

ANOTACIONES SOBRE LA EPILEPSIA

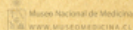
(ESENCIAL Y JACKSONIANA)

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

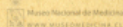
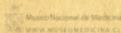
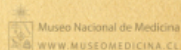
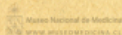
GUILLERMO 2.º VELIS OLIVA

MEMORIA

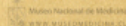
PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA
Y FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina
ANOTACIONES SOBRE LA EPILEPSIA
(ESENCIAL Y JACKSONIANA)

POR

GUILLERMO 2.º VELIS OLIVA

Una de las enfermedades conocidas desde la más remota antigüedad es, sin duda, la epilepsia. En el transcurso de tantos siglos su patogenia, sin embargo, no ha sido puesta en evidencia y las más variadas teorías se han emitido para explicarnos la esencia del cuadro alarmante que la constituye.

Los trabajos de BRAVAIS y JACKSON han arrebatado á la epilepsia-neurosis gran parte de su dominio ó más bien dicho de sus misterios, pues mediante el descubrimiento de las diversas lesiones de la corteza cerebral capaces de engendrar la epilepsia sintomática, se ha segmentado la neurosis, consiguiéndose con esto no sólo una victoria para la ciencia sino también una esperanza para gran número de epilépticos, que no obedecían al tratamiento clásico por los bromuros. Y no podía ser de otra manera, puesto que el síndrome jacksoniano es provocado las más veces por alteraciones, hasta cierto punto groseras de la corteza cerebral, meníngeas, etc. que necesitan de un tratamiento distinto del bromurado.

Es indudable que con el tiempo la epilepsia esencial desaparecerá del cuadro nosológico, pues la medicina no puede admitir sino de una manera provisoria la existencia de enfermedades que no produzcan lesiones en el organismo. Mientras esto no suceda, el clínico tendrá que encontrarse con dos clases de epilepsia,



esencial y sintomática. Debemos agregar aún la epilepsia parasifilítica de FOURNIER, que como las demás afecciones de esta naturaleza, tiene la particularidad de no ser influenciada por el tratamiento específico á pesar de su origen luético.

El estudio de las enfermedades nerviosas se hacía de una manera muy imperfecta en nuestra Escuela antes de la creación de la clínica especial que con tanto brillo regenta el profesor Dr ORREGO LUCO. Las observaciones clínicas de las neuropatías eran por lo general incompletas; y las buenas se perdían ó quedaban aisladas, sustrayéndose así al provechoso análisis en conjunto, tan útil para la comprobación ó rectificación de sus modalidades.

Hace cuatro años que se enseña enfermedades nerviosas en nuestra Escuela y en este poco tiempo han conseguido hacerse más familiares al estudiante y al médico. El archivo de la clínica conserva observaciones generalmente completas, hechas por los alumnos á los enfermos y revisadas por el profesor.

De ahí hemos tomado las bases para estas anotaciones sobre la *epilepsia esencial y sintomática*. Siguiendo en cuanto es posible el orden de las observaciones exponemos, siempre juntos y comparando, los distintos elementos que constituyen el *mal comicial* y el *síndrome jacksoniano*. De este modo resaltan más sus semejanzas y diferencias, ilustrándonos sobre el diagnóstico, punto que tiene un valor inmenso, pues como pronto lo veremos, las deducciones terapéuticas son importantes y el pronóstico puede hacerse con más seguridad.

Empezamos por los antecedentes de los enfermos y hubiéramos querido concluir con algunas palabras sobre el tratamiento; pero, por desgracia, no hay constancia de esto en las observaciones, debido á la poca perseverancia de los enfermos para continuar asistiendo á la policlínica durante el tiempo que dura el tratamiento.

Las numerosas conclusiones á que llegamos en nuestro estudio no van anotadas en conjunto; ellas se ven aisladamente, y creemos que con claridad, á medida que analizamos las diversas fases de estos estados convulsivos.

HERENCIA

EPILEPSIA ESENCIAL.—Las enfermedades del sistema nervioso son más influenciadas que ninguna otra por la herencia mórbida,



rara vez similar; es decir, que la enfermedad del hijo sea la misma de que padecía el padre, la herencia es frecuentemente de transformación: un padre epiléptico engendra coreicos, histéricos, etc.... Fuera de las enfermedades de la familia neuropática, hay otras como el alcoholismo y la sífilis que, alterando profundamente la nutrición dejan al organismo en un estado de predisposición especial para que en él se desarrollen las afecciones del sistema nervioso.

La epilepsia no hace excepción á esta regla que, por el contrario, recibe en ella la más franca confirmación.

De los 25 casos observados en la clínica hemos podido constatar la influencia de la herencia en 14. En 8 de éstos los padres han tenido una afección nerviosa ó han sido alcohólicos; en los 6 restantes la tara neuropática es indirecta; han sido tíos ó primos epilépticos, paralíticos, etc.

Entre los antecedentes de familia figura el asma, en dos casos, enfermedad que tiene su origen en alteraciones del sistema nervioso.

Vamos á resumir en un cuadro los antecedentes hereditarios y familiares de los casos observados:

Número de enfermos 25.

Existe la herencia en 14. No existe en 11.

Es decir que se ha comprobado en un 55%

| | Alcohólico | Enf. nervios. | Asma | Cardíaco | Tuberc. |
|--------------------|------------|---------------|------|----------|---------|
| Padre | 5 | | 1 | | 2 |
| Madre | | 4 | 1 | | |
| Hermanos | | 3 | | | |
| Tíos | | 2 | | | |

Se nota en el padre predominio del alcoholismo y de las neuropatías en la madre.

EPILEPSIA SINTOMÁTICA.—Si tiene importancia en la génesis de la epilepsia esencial la herencia mórbida, podemos decir que sólo aprovechamos de su conocimiento para explicarnos el por qué elige determinadas constituciones. En la epilepsia sintomática, la herencia tiene además de este interés que podríamos llamar puramente científico, puesto que de su conocimiento no se deriva ningún medio terapéutico especial, el de indicar en numerosos

casos el tratamiento que, por lo general, tiene un éxito más seguro que el empleado contra la epilepsia neurosis.

Diagnosticado un caso de epilepsia esencial podría un clínico pasarse sin averiguar los antecedentes hereditarios del enfermo; podría aun más, instituir el tratamiento sin cometer con esto una gran falta. Pero sí, sería imperdonable omitiese averiguar dichos antecedentes en presencia de un caso de epilepsia parcial jacksoniana.

Vamos á analizar los 32 casos observados en la clínica del doctor ORREGO LUCO:

| | |
|------------------------------|----|
| Número de enfermos..... | 32 |
| Padres sífilíticos..... | 7 |
| » alcohólicos..... | 5 |
| » neurópatas..... | 13 |
| » alcohol. y sífilític..... | 1 |
| Tíos neurópatas..... | 7 |
| Hermanos neurópatas..... | 4 |

De estos 32 enfermos la influencia de la herencia se ha podido constatar en 22 casos. Se trata ya de un enfermo cuyos ascendientes han estado bajo el influjo de alguna neuropatía y han transmitido á su descendiente la receptibilidad morbosa del sistema nervioso, que se manifiesta al obrar una causa determinante; ó ya de padres sífilíticos que engendran hijos en los cuales la herencia se ha manifestado por fenómenos convulsivos dependientes de la localización cerebral de la diátesis.

El alcoholismo también ejerce su influencia funesta y no es raro verlo asociado á la lues.

Los antecedentes del enfermo revelan á menudo que varios de sus hermanos ó parientes han sido neurópatas.

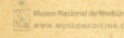
Se puede heredar al mismo tiempo un terreno neuropático y una herencia sífilítica:

| | |
|--------------------------------|-----|
| Número de enfermos..... | 32 |
| Influencia de la herencia..... | 68% |
| Herencia neuropática..... | 40% |
| » sífilítica..... | 25% |
| » alcohólica..... | 18% |

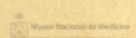
Esto se refiere á enfermos en distintos períodos de la vida, y es fácil comprender que la importancia de las deducciones que



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



podríamos sacar aumentarían á medida que se fuera restringiendo las edades de los enfermos. La herencia sifilítica que aquí figura en el 25% tendría que aumentarse en mucho si la estadística se refiriera á los pequeños enfermos de epilepsia jacksoniana.

Se comprende cuán grandes indicaciones se deducen de los antecedentes hereditarios y el por qué de su mayor importancia que en los casos de epilepsia neurosis.

En un 40% ha habido herencia neuropática; el sistema nervioso de estos enfermos era un punto débil en estado, podríamos decir de inminencia mórbida y que ha respondido con fenómenos convulsivos á excitaciones que en un terreno sano no se habrían producido.

En dos casos los padres han sufrido de *hemicránea* y se han observado también dos padres enajenados.

ANTECEDENTES PERSONALES

EPILEPSIA ESENCIAL.—Se han presentado á la clínica 25 enfermos cuyo sexo, edad y estado podrá verse en el siguiente cuadro:

| | Solteros | Casados | Viudos | Total |
|--------------|----------|---------|--------|-------|
| Hombres..... | 11 | 4 | 0 | 15 |
| Mujeres..... | 8 | 0 | 2 | 10 |

EDADES

| | | |
|--------------|------------------------|---|
| Hombres..... | De 14 á 20 años..... | 6 |
| | » 20 á 30 » | 5 |
| | Mayores de 30 años.... | 4 |
| Mujeres..... | De 11 á 14 años..... | 2 |
| | » 16 á 19 » | 6 |
| | » 22 á 35 » | 2 |

Sexo.—En el corto número de enfermos observados se nota un mayor número de hombres, el 66%. La mayor parte de los autores consideran, sin embargo, más frecuente la epilepsia en la mujer. Nuestro profesor, el doctor Orrego, nos hacía notar que la epilepsia era más común en el hombre, neurosis que tenía especial predilección por éste así como la histeria prefería á la mujer

como campo más propicio para su desarrollo. Los casos observados en la clínica confirman esta opinión.

Estado.—Se comprende naturalmente que, desarrollándose la epilepsia con más frecuencia en una edad en que el matrimonio no puede efectuarse, sea ésta más común en los solteros. Por otra parte, el hecho de que una persona sea epiléptica es un serio obstáculo para el matrimonio y de ahí que muchos guardan á menudo un celibato forzoso.

Edad.—Tiene verdadera importancia el saber á qué edad ha tenido lugar el primer acceso ó la primera manifestación de la enfermedad; pero tampoco carece de ella el conocer la edad de los enfermos al presentarse á la observacion clínica. Analizando ambas se deduce la mayor ó menor cronicidad de la afección. En el cuadro con que encabezamos este párrafo se ve que la mayoría de los enfermos pertenecen á la adolescencia.

Enfermedades anteriores.—No está bien averiguada todavía la relación que exista entre la epilepsia y las enfermedades infecciosas. No es raro observar que el primer acceso tenga lugar en el trascurso ó convalecencia de éstas. M. MARIE cree que desempeñan un gran rol en la génesis de la epilepsia.

Las perturbaciones digestivas afectan á veces íntimas relaciones con la neurosis. El doctor ORREGO ha observado dos casos en que el estado de la función digestiva influenciaba de una manera evidente los accesos epilépticos. Á un estado de saburra gástrica correspondía un acceso; la perturbación digestiva desaparecía; los accesos se alejaban; si, por el contrario, se agravaban, también eran más frecuentes é intensas las crisis convulsivas.

En individuos de salud perfecta cuyos antecedentes mórbidos son negativos, es no pocas veces la epilepsia la primera enfermedad que los ataca.

Vamos á ver cómo se han presentado los casos en la clínica:

| | |
|---------------------------------------|----|
| Hay enfermedades anteriores | 20 |
| No hay » » | 5 |

Las enfermedades han sido:

| | |
|-----------------------|---|
| Pneumonia | 3 |
| Alfombrilla | 3 |
| Viruela | 4 |
| Coqueluche | 2 |



| | |
|--------------------|---|
| Blenorragia | 2 |
| Paludismo | 1 |
| Poluciones | 2 |
| Traumatismos | 5 |

Ocupan el primer puesto las enfermedades infecciosas, viniendo en seguida los traumatismos. Éstos han tenido lugar cuatro veces en la cabeza y una en la rodilla.

Las poluciones deben considerarse como un certificado de que el individuo que las sufre es un neurópata, y bajo este punto de vista tienen gran importancia.

Hábitos.—Nada más difícil que investigar los hábitos viciosos de los enfermos. Generalmente, éstos los niegan por una vergüenza que les es perjudicial en alto grado.

Hemos podido notar que seis de nuestros enfermos eran excesivamente alcohólicos.

EPILEPSIA SINTOMÁTICA.—El cuadro siguiente manifiesta las diversas condiciones de los enfermos observados.

| | Solteros | Casados | Viudos | Total |
|---------------|----------|---------|--------|-------|
| Hombres..... | 17 | 11 | 0 | 28 |
| Mujeres | 3 | 1 | 0 | 4 |

EDADES

| | | |
|--------------|---------------------|---|
| Hombres..... | De 1 á 4 meses..... | 2 |
| | » 5 á 12 años..... | 5 |
| | » 15 á 20 »..... | 5 |
| | » 20 á 30 »..... | 4 |
| | » 30 á 40 »..... | 4 |
| | » 40 á 50 »..... | 8 |

TOTAL..... 28

| | | |
|---------------|----------------------|---|
| Mujeres | De 11 á 16 años..... | 3 |
| | » 36 años..... | 1 |

TOTAL..... 4

Sexo.—Numerosos autores, y M. BRISSEAUD con ellos, no atribuyen ninguna importancia al sexo para el desarrollo de la epi-

lepsia jacksoniana. Sin embargo, en la clínica del doctor ORREGO se han atendido durante cuatro años 32 enfermos de epilepsia jacksoniana, y de éstos sólo 4 han sido mujeres. ¿Cómo explicarnos esta diferencia tan marcada, esta predilección que manifiesta la afección por el sexo fuerte? Nos parece que puede invocarse como causa el que los agentes provocadores más comunes de la afección son más frecuentes en el hombre que en la mujer.

El hombre, por su género de vida, está más expuesto á sufrir traumatismos craneanos; el alcoholismo es más frecuente en el hombre que en la mujer, y en ésta lo es menos la sífilis, pues basta una prostituta infectada para transmitir la sífilis á un centenar de hombres.

Estado.—Se comprende que poca ó ninguna importancia tenga el matrimonio para el desarrollo de la epilepsia jacksoniana. Solamente es deplorable por el oscuro porvenir reservado á la descendencia. La mayor parte de los enfermos son sifilíticos, y sus hijos atestiguarán tarde ó temprano los errores y vicios de sus padres.

Edad.—Estudiaremos este punto al tratar del comienzo de las manifestaciones epilépticas, pues consideramos que es entonces cuando tiene verdadera importancia.

Enfermedades anteriores.—Variada es la historia morbosa de los 32 enfermos observados en la clínica. Algunos tienen verdadera importancia etiológica, al paso que otros desempeñan un rol secundario ó aun ageno á la epilepsia jacksoniana.

Se han observado antecedentes patológicos en 28 de los 32 enfermos, y han sido:

| | |
|-------------------------------------|----|
| Enfermedades infecciosas | 11 |
| Sífilis adquirida | 9 |
| Traumatismos | 3 |
| Ascárides lumbricoides | 2 |
| Afecciones del oído | 5 |
| » de la vista | 4 |
| » » » nariz | 1 |
| Cefálea acomp. de vómitos | 4 |

El papel que en este caso desempeñan las enfermedades infecciosas es indudablemente muy secundario; cuando más, puede suponerse que debilitan el organismo y apresuran así el estallido de la enfermedad. Menos importancia aún tienen los dos casos de

ascárides lumbricoides, pues el origen reflejo de la epilepsia jacksoniana que algunos han pretendido sostener, está muy lejos de ser exacto.

No sucede lo mismo respecto á las demás enfermedades: la sífilis adquirida tiene una importancia incontestable. Por las lesiones óseas, meníngeas y corticales que produce, es con frecuencia la causa de los fenómenos convulsivos y demás que acompañan á la epilepsia jacksoniana.

Las afecciones del oído, nariz y ojos se han presentado en niños, muchas de ellas combinadas entre sí y en compañía de deformaciones dentarias, lo que autoriza para incluirlas en el cuadro de las lesiones heredo-sifilíticas.

En 4 casos se han presentado cefaleas acompañadas de vómitos; cefaleas tenaces y frecuentes á la hora clásica de los dolores lúeticos, lo que nos autoriza para colocarlas al lado de las anteriores.

Los traumatismos figuran en 4 casos como episodios importantes en la vida del enfermo y precursores de la enfermedad convulsiva.

Hábitos.—Aunque es frecuente ver asociado el alcoholismo á la sífilis, puesto que ésta es á menudo contraída después de haber tributado adoración á Baco, sólo hemos encontrado en nuestros enfermos (5) cinco que eran francamente etílicos.

CAUSA PREDISPONENTE

EPILEPSIA ESENCIAL.—El acceso epiléptico se presenta á veces en individuos de salud perfecta; nada lo hacía preveer, el individuo es bien constituido, sus padres gozan de una salud perfecta, ningún traumatismo, ninguna enfermedad anterior; en resumen, no hay una sola causa que explique la invasión de la neurosis. Pero esto no es lo común; por el contrario, las víctimas de la epilepsia son individuos ya predestinados por causas que pronto veremos, para ingresar á la triste familia neuropática.

Las causas predisponentes, es decir, aquellas que preparan el terreno del futuro neuropático, se han observado en 16 de los 25 enfermos presentados á la clínica. Se distribuyen así:

| | |
|--|---|
| Herencia neuropática | 8 |
| Temperamento neurop. | 3 |
| Alcoholismo | 3 |
| Alcoholis. y temperam. neurop. | 2 |



Estas causas podemos dividir las en dos: hereditarias y adquiridas. El terreno neuropático es, por lo común, heredado, y si lo desligamos, es porque en las observaciones recogidas en la clínica no aparecen padres ó parientes neuropatas. Nosotros creemos que en estos casos ha habido una insuficiencia de anamnesis ó imposibilidad de los enfermos para proporcionarse los datos necesarios.

Fuera de todo terreno de toda herencia neuropática ¿puede el alcohol por sí solo engendrar la epilepsia esencial?

El alcoholismo indudablemente es un factor importante en la génesis de la epilepsia esencial; pero no produce directamente la neurosis. Puede determinar el estallido del acceso, obrando solamente como un provocador especial en terrenos ya preparados por otras causas. También el alcoholismo es capaz de engendrar por su sola cuenta la epilepsia sintomática, alcohólica, distinta por supuesto de la neurosis.

Si el alcoholismo no da la epilepsia esencial á un individuo sano y de antecedentes neuropáticos negativos, convierte á éste en el primer eslabón de la familia de los degenerados; crea el terreno neuropático.

LOMBROSO (*L'homme criminel?* 639) forma una escala de degeneración, cuyo primer peldaño, ó más bien dicho, sostén, es el alcoholismo. Es la siguiente:

Padre alcohólico

- 1) Epilepsia larvada.
- 2) » crónica.
- 3) Locura moral.
- 4) Criminal nato.
- 5) » por pasión.
- 6) » de ocasión ó habitual.

En resumen, vemos que el alcoholismo no provoca la epilepsia-neurosis, sino que crea el terreno neuropático. Y la descendencia del étílico estará sometida á las afecciones del sistema nervioso, que se manifestarán en unos casos, bajo la forma de neurosis y otros revestirá los distintos grados de la degeneración.

EPILEPSIA JACKSONIANA.—Numerosas son las causas que pueden engendrar el síndrome jacksoniano: el mecanismo por el que

comunmente obran, puede resumirse diciendo que es provocando la irritación de la corteza cerebral en la zona motora; estas causas pueden ser cuerpos extraños, tumores, lesiones inflamatorias ó específicas, perturbaciones dinámicas, etc.

De todas las arriba nombradas, hay una que, en los casos observados en la clínica del doctor ORREGO LUCO, ha tomado un papel predominante que oscurece por completo á sus rivales; nos referimos á la sífilis: *ya sea ésta heredada ó adquirida, es sin disputa la causa más frecuente del síndrome clínico jacksoniano.*

La causa de la enfermedad se distribuye así:

| | |
|--|----|
| Número de enfermos | 32 |
| Herencia sífilítica | 10 |
| Id. neurop. y sífilítica | 8 |
| Sífilis adquirida | 4 |
| Herencia neurop. y sífilis adquirida | 3 |
| Alcoholismo y sífilis | 4 |
| Alcoholismo | 2 |
| Traumatismo craneano | 1 |

Como se ve, la sífilis ha ocasionado el 89% de los casos de epilepsia jacksoniana, de los cuales corresponde el 56% á la heredo-sífilis y el 33% á la adquirida.

Estas cifras son demasiado elocuentes por sí solas para que nosotros tratemos que encomiar su importancia. Las consideramos, por otra parte, un tanto consoladoras para el porvenir de los desgraciados enfermos. Si la lues, proceso eminentemente invasor, no ha llegado aún á alterar profundamente el parénquima, la célula cerebral misma, si todo se ha reducido á fenómenos irritativos, el atacado de epilepsia jacksoniana será seguramente salvado por el tratamiento específico.

El alcoholismo, por las alteraciones crónicas de los centros nerviosos que provoca, requiere un tratamiento más largo y menos seguro.

Los traumatismos craneanos que ocasionan la epilepsia, van acompañados de fracturas con esquirlas ó hundimientos óseos que comprimen la zona motora cortical ó son seguidos consecutivamente de fenómenos inflamatorios, ambos procesos graves que requieren operaciones difíciles y de resultados no siempre seguros.

Hay que reconocer, sin embargo, que, debido á los progresos de la antisepsia, la cirugía craneana ha perdido gran parte de los peligros de que en otro tiempo estaba rodeada.

CAUSA INMEDIATA DEL ACCESO

EPILEPSIA ESENCIAL.—Llamamos causa inmediata á todo hecho que, presentándose momentos antes del acceso, podamos atribuirle el papel de provocador de éste. Si se nos permitiera una comparación, diríamos que era el fulminante de un fusil, que hace estallar la cápsula que contiene el explosivo.

La causa inmediata del acceso tiene importancia para el clínico; pero sucede á menudo que los enfermos no saben explicarla ó á qué atribuirla. Debido á esto, se encuentra muy poco anotada en las observaciones. En 25 casos hay sólo 7 constatados, el 30%, y son:

| | |
|--|---|
| Impresiones morales | 4 |
| Excesos de trabajo intelectual | 2 |
| Traumatismo | 1 |

EPILEPSIA JACKSONIANA.—Lo mismo que en la epilepsia esencial, figuran aquí las causas inmediatas en un 30%.

Éstas han sido:

| | |
|--|---|
| Excesos alcohólicos | 3 |
| Impresiones morales | 2 |
| Afecciones febriles | 2 |
| Excesos de trabajo intelectual | 2 |
| Perturbaciones digestivas | 1 |
| Vista de un acceso epiléptico | 1 |

El mecanismo íntimo como obran estas distintas causas, nos parece lógico referirlo á uno común: la congestión cerebral que todos ellos provocan. Es indiscutible que el alcoholismo agudo, las infecciones, los excesos intelectuales aportan al cerebro, y por consiguiente á la zona motora, un mayor aflujo sanguíneo que, unido al estado en que se encontraba dicha región, basta para irritarla y dar nacimiento á los fenómenos convulsivos.

La vista de un acceso epiléptico como causa inmediata merece cierta atención. Los antiguos textos de neurología le atribuían un gran rol; por nuestra parte, creemos que obra como cualquiera



otra impresión moral: producen un fuerte sacudimiento en un cerebro débil en estado de inminencia convulsiva.

PRODROMOS

EPILEPSIA ESENCIAL.—En algunos casos, los enfermos tienen perturbaciones especiales que preceden al acceso; pueden ser sensitivas, motoras ó psíquicas. Cuando estas perturbaciones guardan cierta distancia del comienzo del acceso, reciben el nombre de prodromos.

En nuestros enfermos, pocos han presentado prodromos; solamente seis, y han consistido:

| | |
|---|---|
| Tristeza, cambio de carácter..... | 2 |
| Escotomía, adormec. de la cara y brazo.... | 1 |
| Sensación de hielo en el cuerpo..... | 1 |
| Oye que le hablan, zumbido de oídos.... | 1 |
| Sensación de que hacen girar al enfermo horizontalmente..... | 1 |

Los prodromos anteriores se han presentado con variada anticipación al acceso, desde algunos minutos hasta muchos días antes, y han consistido, como se ve, en la mayor parte de las veces, en fenómenos sensitivos.

EPILEPSIA JACKSONIANA.—Como en la epilepsia esencial, en la jacksoniana pocos enfermos tienen anotada la existencia de prodromos. De los 32 que han servido para nuestro estudio encontramos prodromos en 8 distribuídos de la manera siguiente:

| | |
|--|---|
| Tristeza, cambio de carácter..... | 3 |
| Cefalea intensa acomp. de vómitos..... | 3 |
| Tristeza y angustia precordial..... | 1 |
| Perturbaciones digestivas..... | 1 |

Entre los prodromos anotados aparece una cefalea intensa acompañada de vómitos que consideramos de gran importancia diagnóstica, pues nos pone en el camino de la causa generadora más común de la epilepsia jacksoniana: la lues.

AURA

EPILEPSIA ESENCIAL.—Es sumamente útil para el enfermo de epilepsia que sus accesos vengán precedidos de ese anuncio tan



variado en sus formas y que le permite tomar sus precauciones contra el enemigo y en muchos casos evitarlo. Algunos colocan al aura como formando parte integrante del acceso; es el primer tiempo de ciertos autores; pues otros piensan lo contrario, fundándose en la posibilidad de impedir el acceso, cortando brusca- mente por diversos medios la perturbación fisiológica que consti- tuye el aura (compresión de los miembros, golpe, etc.). Nosotros creemos esto y por eso la separamos del acceso.

El aura epiléptica puede ser motora, sensitiva, sensorial, visce- ral ó psíquica. Vamos á exponer el resultado de nuestras obser- vaciones en los 25 enfermos de la clínica:

| | |
|--|----|
| Presentaban aura | 12 |
| No presentaban | 13 |
| Aura sensitiva | 5 |
| Psíquica y sensorial | 1 |
| Sensorial y sensitiva | 2 |
| Motora y sens. de vértigo | 1 |
| Motora, sensorial y visceral | 1 |
| Psíquica | 1 |
| Sensación de vértigo | 1 |

Se nota que el aura rara vez es simple; por lo general se com- binan varias formas entre sí, y un enfermo presenta perturbacio- nes sensitivas y motoras, otro psíquicas y viscerales, etc.

El aura sensitiva ya aislada ó combinada es la más frecuente de todas. Se localiza de preferencia en los miembros y consiste en sensaciones de hormigueo, impresión de hielo, calambres, etc. hemos observado un caso enteramente semejante al bolo histó- rico. La enferma dice: siento algo extraño que parte de un lado del vientre y asciende; al llegar á la garganta me impide respirar y en este momento pierdo el conocimiento.

El aura sensitiva ha consistido en alucinaciones de la vista y el oído: escotomas, ruidos de oído.

Las perturbaciones psíquicas consisten en impresiones de ter- ror acompañadas á menudo de palpitaciones.

De los dos casos de aura motora, uno ha revestido la forma llamada *cursativa*: el enfermo experimenta una propulsión irre- sistible á andar.

La sensación de vértigo se encuentra anotada en dos casos y

sus caracteres no están descriptos, por lo que no insistimos sobre este punto.

EPILEPSIA SINTOMÁTICA.—Con menos frecuencia que en la epilepsia esencial se han observado las auras en la jacksoniana. De 32 enfermos 10 las presentaban. También observamos aquí el predominio del aura sensitiva sobre las demás, pero en la jacksoniana tiene una competidora: el aura psíquica. Consiste ésta generalmente en un sentimiento de malestar indefinible acompañado á veces de tendencia irresistible al sueño; en otras ocasiones el enfermo experimenta sólo tristeza; como se ve, estas auras son de carácter depresivo. ¿Esta mayor frecuencia del aura psíquica en la epilepsia jacksoniana no podría tomarse como una prueba más del origen cerebral de la afección?

ACCESO

EPILEPSIA ESENCIAL.—Hemos llegado al punto más importante de la enfermedad que tratamos de estudiar. Conocido desde la más remota antigüedad el acceso epiléptico ha sido confundido á menudo con diversos estados convulsivos, especialmente con las formas epileptoideas de la histeria.

El gran acceso es verdaderamente de una fisonomía bastante trágica para absorber por completo la atención de los que rodean al enfermo y hacer por esto que los fenómenos que frecuentemente lo acompañan en el curso de la afección pasen desapercibidos. Una deducción importante de lo que exponemos, es sin duda, la dificultad del diagnóstico de la epilepsia en los casos en que el gran acceso haga falta, y éstos no son raros; aunque lo fueran, tendrían siempre un valor considerable para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia. Al tratar del *pequeño mal* insistiremos sobre este respecto.

En el presente capítulo estudiaremos solamente el gran acceso que se ha presentado en 23 de los 25 enfermos observados en la clínica. Vamos á analizarlo siguiendo el orden en que se desarrollan los fenómenos en un caso completo, típico.

Época del primer acceso.—La epilepsia esencial es una enfermedad propia de la infancia y adolescencia, sumamente rara en la edad adulta, atreviéndonos á asegurar que gran número de los casos que se dice observados en edades avanzadas de la vida,



corresponden á otros estados patológicos: epilepsia jacksoniana, histeria, parálisis general, etc.

De los 23 enfermos con el gran acceso había:

| | |
|------------------------|---|
| De dos meses | 1 |
| » 2 á 8 años | 6 |
| » 10 á 13 » | 6 |
| » 16 á 21 » | 8 |
| » 22 | 1 |
| » 30 | 1 |

Se nota claramente en el cuadro anterior mayor frecuencia en la infancia que en la adolescencia y una débil proporción en la edad adulta.

Hora del acceso.—¿A qué hora se presenta con más frecuencia el acceso?—Es un hecho admitido por todos el considerar la noche como más favorable para el estallido de los accesos. Las observaciones de la clínica no resuelven esta cuestión, pues en la mayoría de los casos no se ha dejado constancia en las observaciones de la hora del acceso.

| | |
|------------------------------|----|
| Número de enfermos | 23 |
| Diurnos | 2 |
| Nocturnos | 3 |
| Variables | 6 |
| No está anotado | 12 |

Es probable que tengan alguna influencia para que sean más frecuentes en la noche: la acción excitante del aire comunmente confinado que respiran los enfermos, la falta de luz y la disminución que experimentan los órganos de escresción en sus funciones durante el sueño, aumentan, por consiguiente, la cantidad de leucomainas en el torrente circulatorio.

Grito.—Frecuentemente el aura es seguida inmediatamente de un grito extraño inarticulado é inimitable. Este grito lo recuerdan algunos enfermos; pero otros sólo saben su existencia por el testimonio de los que le rodean.

En 12 casos hemos encontrado anotado el grito epiléptico en las observaciones de la clínica, es decir, en el 51% de los 23 enfermos observados.

Pérdida de la conciencia.—Si hay un fenómeno verdadera-

mente constante en la epilepsia esencial, indudablemente es éste la pérdida de la conciencia. Se ha presentado sin excepción en todos los enfermos de la clínica del doctor ORREGO LUCO. El clínico puede sacar gran partido de este signo para el diagnóstico de la afección. Si bien es cierto, se presenta en otros estados convulsivos, epilepsia jacksoniana, histeria, nunca es tan constante y completa como en la epilepsia-neurosis.

Su duración puede decirse que mide la del acceso. El enfermo, cuando más, asiste al prólogo (aura, grito) del drama convulsivo en que es único actor, quedando todo el resto oculto para él por el velo de la más completa pérdida de la conciencia.

Caída.—Consecuencia inmediata de la pérdida de la conciencia es la caída. Sólo en un caso no se ha observado en nuestros enfermos.

Los epilépticos caen generalmente de frente, al revés de los histéricos que caen de espaldas. En 4 casos no más encontramos anotado el modo como se hace la caída; en dos ha sido de frente y en dos sobre el lado izquierdo del cuerpo.

La caída ocasiona numerosas lesiones traumáticas: heridas, contusiones y fracturas que se localizan generalmente en el plano anterior del cuerpo. Estas lesiones tienen cierto valor médico-legal y no sería aventurado denominarlas *estigmas epilépticos*.

Algunos de los enfermos de la clínica han presentado traumatismos de diversa naturaleza, quemaduras ocasionadas por la caída que sobreviene después de la pérdida de la conciencia.

Extensión de las convulsiones.—Las convulsiones son por lo común generalizadas, presentándose á veces predominio en una mitad del cuerpo.

Nuestros enfermos las han presentado:

| | |
|--|----|
| Generalizadas | 17 |
| General. con predom. en el lado izquierdo. | 2 |
| No está anotado | 4 |

Es decir, generalizadas en todos los casos anotados. No sucede lo mismo, como pronto lo veremos, en la epilepsia jacksoniana, llamada también parcial por la limitación que tienen los fenómenos convulsivos.

De ordinario, todos los músculos voluntarios toman parte en las convulsiones; los masticadores y la lengua durante el período



clónico agitan la saliva que entónces se secreta en gran cantidad y hacen salir de boca del epiléptico gran cantidad de espuma que se vuelve sanguinolenta, cuando la lengua ha sido tomada por las arcadas dentáreas al chocar entre sí. En la clínica hemos notado:

| | |
|--------------------------------|---------|
| Espuma | 3 veces |
| Espuma sanguinolenta | 13 » |
| No ha habido. | 7 » |

Durante el primer período, la cabeza ejecuta movimientos variados; se inclina hacia atrás y á un lado, que ha sido el izquierdo comunmente en nuestros enfermos. Los ojos siguen los movimientos de la cabeza en unos casos, en otros se observa las diversas formas de estravismo, y no es raro notar un movimiento oscilatorio transversal (nistagmo) durante el período de las convulsiones clónicas.

Los músculos abdominales se contraen en el período tónico, á veces con tanta energía, que el recto y la vegiga se vacian con brusquedad. La expulsión suele ser debida á un fenómeno inverso, á la relajación de los esfínteres en el período clónico. Para distinguir estas dos causas bastaría, pues, averiguar si la evacuación ha tenido lugar durante ó después de la rigidez tónica.

Las observaciones de la clínica dejan sólo constancia de la existencia de las pérdidas involuntarias de las materias fecales y orina en el acceso, sin indicar el momento en que han tenido lugar. Si hemos de juzgar sólo con los datos que nos suministran los enfermos asistidos en la clínica del doctor ORREGO LUCO, diremos que las pérdidas involuntarias de materias fecales y orina en la epilepsia esencial son un fenómeno poco frecuente, pues sólo se ha presentado en uno de los 23 epilépticos asistidos.

Duración del acceso.—Imposible nos ha sido poder estudiar la duración de cada uno de los períodos que componen el acceso. Para saber, por ejemplo, la duración de las convulsiones tónicas, sería preciso haber presenciado el acceso en cada uno de los enfermos, pues los que lo han visto nos suministran datos muy poco precisos y con los cuales sería aventurado sacar deducciones. Por consiguiente, nos referimos aquí á la duración total del acceso, incluso el período estertoroso, que se ha presentado en la gran mayoría de los casos.

La duración ha sido:

| | | |
|------------------------|----|---|
| De 5 á 10 minutos..... | en | 5 |
| » 15 á 20 » | » | 4 |
| » 25 á 30 » | » | 2 |
| » 1 á 2 horas | » | 2 |
| » 1 á 4 » | » | 1 |
| » más de 5 » | » | 1 |
| No está anotada | » | 7 |

Como se ve, la duración del acceso es comunmente inferior á una hora, bien entendido que incluimos también el período estertoroso, pues los que comprenden las convulsiones tónicas y clónicas unidas, excepcionalmente duran más de cinco minutos. Por el contrario, el período estertoroso se prolonga á veces por horas, continuándose en ciertos casos sin interrupción con el sueño.

Número de accesos.—Nada más variable que el número de accesos que han tenido los enfermos antes de asistir á la clínica. En general han sido muchos; de tal modo, que muy pocos pueden dar la cifra exacta. Por otra parte, es bien conocida la desidia habitual de nuestros enfermos. Cuando un epiléptico ha tenido un acceso, él ó sus parientes confían mucho en que ha de ser el último, y sólo recurren al médico cuando ven que se repiten con más ó menos frecuencia.

El número de accesos no carece de valor pronóstico, y tanto más grave será la epilepsia, cuanto mayor sea el número en un tiempo dado.

Los enfermos observados son 23, y de éstos

| | |
|---------------------------------|----|
| Han tenido muchos accesos | 21 |
| » » dos » | 2 |

Frecuencia.—Hemos observado enfermos que sufrían accesos desde varios en el día hasta uno por año.

El siguiente cuadro resume las observaciones:

| | | |
|-------------------------------------|----|---|
| No está anotada la frecuencia | en | 2 |
| Varios accesos en el día | » | 2 |
| Uno » » » | » | 1 |
| » cada 8 días | » | 2 |
| » » 1 mes | » | 4 |

| | | |
|------------------------------|----|---|
| Uno cada 2 meses..... | en | 3 |
| » » 3 » | » | 2 |
| » » 6 » | » | 1 |
| » » 1 año | » | 1 |
| Intervalos irregulares | » | 5 |

Vemos aquí que, en la mayoría de los epilépticos, los accesos se repiten con intervalos de tiempo variables para todos, pero que es el mismo en cada caso aislado. Esta regularidad en los períodos interparoxísticos es un carácter propio de la epilepsia esencial, que tiene valor diagnóstico asociado á otros factores de mayor importancia.

La frecuencia del acceso desempeña un papel importante para darnos cuenta de la marcha de la enfermedad y del éxito de los tratamientos empleados: es el termómetro de la epilepsia. Cuando ésta tiende á mejorar, los intervalos se van espaciando más y más, llegando en los casos felices á hacerse de años. Cuando, por el contrario, el enfermo se agrava, los intervalos se acercan, á veces tanto que desaparecen, y queda entonces constituido el *estado de mal* en que la conclusión de un acceso, en ocasiones incompleto, marca el principio de otro, y así sucesivamente, hasta concluir con el enfermo. Conviene dejar constancia aquí que no es raro el observar, mediante la medicación bromurada, que los accesos desaparecen y quedan los equivalentes de éstos mucho más tenaces.

Fenómenos post-paroxísticos.—Hemos dividido los fenómenos que suceden al acceso en inmediatos y alejados, según que se presenten al concluir el acceso ó algún tiempo después en los intervalos que los separan.

Hay epilépticos que fuera de los accesos no presentan la menor alteración, tanto física como psíquica; se podría decir en éstos que cada acceso es una borrascosa tempestad de verano, que al disiparse no deja huellas de su paso. Aun más, la historia nos enseña que hombres de gran genio han sido epilépticos; César, Napoleón y otros podrían atestiguar con la grandeza de sus obras que el *mal comicial* no ha sido obstáculo para su gloria.

Pero estas son excepciones y la mayoría de los epilépticos, seres degenerados, arrastran una vida penosa; su estado general decae de día en día y su sistema nervioso, agotado con tantas excitaciones, se hace cada vez menos apto para desempeñar sus funciones,



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

y á la depresión física viene á agregarse la intelectual, pudiendo ésta llegar hasta la demencia.

En 14 enfermos se han presentado inmediatamente después del acceso los siguientes fenómenos:

| | |
|--|---|
| Cansancio general..... | 6 |
| Cefalea | 2 |
| Cefalea y vómitos | 1 |
| Vómitos..... | 1 |
| Llanto..... | 2 |
| Delirio persecutorio, gritos, zoopsia..... | 1 |
| Impresión de terror, hebetud..... | 1 |
| Abatimiento..... | 2 |
| Dolor á la vista..... | 1 |
| Malestar | 1 |

El más frecuente de los fenómenos post-paroxísticos inmediatos es el cansancio, debido al exceso de trabajo muscular durante las convulsiones.

Las alteraciones observadas en los enfermos en un período alejado del acceso son:

| | |
|--|---|
| Insomnio..... | 1 |
| Imposibilidad de cerrar los ojos..... | 1 |
| Hiperest. de la mitad izquierda..... | 1 |
| Cefalea (occipital-frontal)..... | 2 |
| Debilitamiento de la memoria..... | 1 |
| Perturbaciones cerebrales..... | 2 |
| Sensación de hielo en la cabeza, hiperestesia del cuero cabelludo..... | 1 |
| Cefalea, disartria..... | 1 |

EPILEPSIA JACKSONIANA.—Como en la epilepsia-neurosis los enfermos pueden presentar un gran acceso y formas larvadas ó atenuadas del mismo. Cualquiera que sea la forma del síndrome, se presenta con caracteres que nos permite diferenciarlo de la epilepsia esencial.

CHARCOT señala como caracteres de una de las formas más comunes de epilepsia jacksoniana, la sifilítica hereditaria, los siguientes:

1.º Va precedida de cefalea nocturna intensísima, acompañada



á veces de vómitos con punto de partida en la región parietal é irradiación á toda la cabeza; desaparece en ciertos casos espontáneamente, siendo esto á menudo el preludio de desórdenes cerebrales graves;

2.º El enfermo presenta neuritis óptica (papila infiltrada);

3.º Atrofia corioidea. (Estigma de heredo-sífilis tardía de FOURNIER);

4.º Lesiones nasales;

5.º Antecedentes personales relativos á otras manifestaciones de la herencia.

Quando la lues es adquirida, muchas de las condiciones anteriores hacen falta; pero, en cambio, el enfermo ha tenido numerosas manifestaciones que una buena observación puede dejar en evidencia.

Las otras alteraciones capaces de engendrar el síndrome de BRAVAIS, salvo los traumatismos, son más difíciles de pesquisar y es indudablemente en estos casos donde la observación prolija y concienzuda de los accesos convulsivos pueden por sí solos bastar para el diagnóstico.

Vamos á pasar en revista como se produce el acceso, tratando de hacer á cada paso comparaciones con la neurosis.

Época del primer acceso.—En la epilepsia esencial hemos visto que los accesos eran más frecuentes en la infancia. El único enfermo adulto observado tenía 30 años. En la epilepsia jacksoniana las cosas pasan de otro modo, se desarrolla con igual frecuencia en la infancia y edad adulta. El hecho de presentarse á la observación médica un enfermo adulto que se dice atacado de accesos epilépticos desde hace poco tiempo, es ya una presunción en favor de la epilepsia jacksoniana y en este sentido debemos llevar nuestras investigaciones.

Edad de los enfermos:

| | |
|---------------------|---|
| De 1 á 4 meses..... | 2 |
| » 1½ á 5 años..... | 5 |
| » 8 á 14 »..... | 9 |
| » 20 á 30 »..... | 6 |
| » 30 á 40 »..... | 5 |
| » 40 á 50 »..... | 5 |

Lo que nos da un 50% para la infancia y otro tanto para la edad adulta.



Conviene notar que todos los pequeños enfermos de jacksoniana son heredo-sifilíticos y la mayoría de los adultos han adquirido la lues.

Hora. — Hemos notado las variedades más diversas respecto á la hora de aparición de los accesos; diurnos á veces, otras nocturnos y lo más á menudo se presentaban indiferentemente á cualquier hora:

Hora del acceso

| | |
|----------------------|----|
| Diurnos..... | 5 |
| Nocturnos..... | 5 |
| Variables..... | 11 |
| No está anotada..... | 11 |

Tenemos que hacer una observación interesante respecto á uno de nuestros enfermos, en el que los accesos eran diurnos. Era tipógrafo, trabajaba durante la noche y dormía en el día, es decir, el acceso se producía durante las horas consagradas al sueño.

Grito.—18 enfermos han tenido grito, lo que da un 56%, un poco más que en la epilepsia esencial.

Pérdida de la conciencia.—No es un fenómeno constante en la epilepsia jacksoniana. Se presenta en la mayoría de los casos, pero no es tan prolongada y completa como en el mal comicial, por lo que el enfermo puede en muchos casos describirnos la sucesión y fisonomía de cada uno de los períodos que componen el acceso.

En nuestros enfermos hemos tenido:

| | |
|-------------------------------|----|
| Pérdida de la conciencia..... | 22 |
| Conservación » | 10 |

Lo que da un 68%, cifra por supuesto muy inferior á la de la epilepsia esencial, donde los 23 enfermos observados la han presentado.

Caída.—Puede ser debida á dos causas: á la pérdida de la conciencia ó á la intensidad misma de las convulsiones que hace perder el equilibrio á los enfermos y los echa por tierra. Pero como los fenómenos se inician de una manera moderada, el paciente tiene el tiempo suficiente para evitarla y buscar un sitio á propósito donde esperar que la borrasca convulsiva pase.



En los casos en que precede al acceso una aura de forma vertiginosa; es esta entonces la que ocasiona la caída.

El acceso ha venido:

| | |
|----------------|----|
| Sin caída..... | 12 |
| Con » | 20 |

En 63%

Extensión de las convulsiones.—Por la limitación ordinaria de las convulsiones ya sea á un miembro ó á una mitad del cuerpo, la epilepsia jacksoniana ha recibido el nombre de *parcial*. Sin embargo, suele generalizarse, pero conservando siempre un marcado predominio por una de las mitades del cuerpo. Esta localización de las convulsiones está íntimamente ligada con la extensión de las lesiones corticales, así en la sífilis, «hay lesiones de la convexidad en la región fronto-parietal generalmente superpuestas á lesiones de la base que se han desarrollado primitivamente. Consisten en alteraciones meníngeas gomosas que se han extendido en superficie. Las placas gomosas paquimeningíticas invaden la pía-madre, que se vasculariza tanto como la dura, produciéndose algunas veces adherencias de las meníngeas á la substancia cortical. La lesión debe estar naturalmente radicada en la región motora, es decir, en la superficie de las circunvoluciones fronto-parietal ascendentes, y según que parte ocupe, así será también los músculos interesados.» (CHARCOT).

Si ocupa la parte superior, las convulsiones principiarán por los miembros inferiores; si ocupa la parte media serán los superiores los que inicien el acceso, y será la cara; si la lesión meníngeo-encefálica ocupa la parte inferior. Estas alteraciones afectan comunmente las circunvoluciones fronto-parietal ascendentes de un lado, y aunque no siempre, todas se dejan influenciar á menudo por la parte enferma y entonces las convulsiones toman la mitad del cuerpo. Pero también suele suceder que se limiten ya sea á la cara, brazo, pierna ó que quede una de estas partes libre de las convulsiones.

En estas consideraciones fundamos la división que ha hecho BRAVAIS de la epilepsia jacksoniana en los tipos braquial, facial y crural, á la que nosotros proponemos agregarle la subdivisión de *completas é incompletas* según afecten todas ó algunas de estas partes.

En nuestros 32 enfermos hemos tenido:

| | |
|--|---|
| Convulsiones generalizadas | 7 |
| Generaliz. con predom. en el l. izquierdo. | 5 |
| » » » » » derecho.. | 3 |
| Limitadas al lado derecho | 5 |
| » » » izquierdo | 4 |
| » á los brazos | 1 |
| No está anotado | 7 |

En los casos en que se han localizado las convulsiones al lado izquierdo hemos tenido:

| | |
|-----------------------------------|---|
| Sin especificar el tipo | 2 |
| Tipo facial completo | 1 |
| » crural » | 1 |

Cuando los fenómenos se han limitado al lado derecho hemos encontrado:

| | |
|--|---|
| Sin especificar el tipo | 1 |
| Tipo facial completo | 2 |
| Tipo braquial incompleto (menos la pierna) | 1 |
| Tipo crural incompleto (menos la cara) . . . | 1 |

M. BRISSAUD dice que el tipo más frecuente es el braquial; sin embargo, nosotros hemos encontrado sólo un caso y de forma incompleta.

La presencia de espuma en la boca ha sido invocada en otro tiempo como signo importante de diagnóstico, pues decían que no se presentaba en la epilepsia jacksoniana. Los enfermos de la clínica prueban todo lo contrario; lo único que podría indicar la ausencia de espuma es que la cara no ha sido tomada por las convulsiones.

De los 32 enfermos observados:

| | |
|--|----|
| Arrojan espuma durante el acceso | 17 |
| No arrojan espuma durante el acceso . . . | 15 |

Es decir, la espuma se ha constatado en un 53%: en la mitad de los casos era sanguinolenta.

Cuando la cara ha sido tomada, ésta se vuelve ordinariamente

del lado de las convulsiones, acompañada en este movimiento por los ojos. Las observaciones de la clínica dicen solo que este movimiento se ha efectuado tres veces á la derecha y dos á la izquierda.

Un poco más frecuente que en la epilepsia esencial es la emisión involuntaria de materias fecales y orina, debido, quizás, á la mayor energía y á la parcialidad de las contracciones de los músculos abdominales, durante el período tónico. Cuatro de los enfermos han tenido de estas pérdidas.

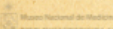
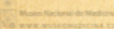
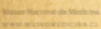
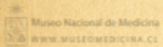
Duración total del acceso.—El acceso dura comunmente pocos minutos, incluyendo en él el período estertoroso, mucho más raro que en la epilepsia-neurosis. Nuestras observaciones nos dan la siguiente duración:

| | |
|------------------------|----|
| De 3 á 10 minutos..... | 10 |
| » 15 á 30 » | 7 |
| » 45 á 2 horas..... | 4 |
| No está anotado..... | 11 |

En la epilepsia jacksoniana puede también observarse el estado de mal y el enfermo es entonces presa de convulsiones que se suceden casi sin interrupción. Hemos tenido ocasión de presenciar el caso de uno de estos enfermos, en el cual los accesos se repetían de minuto en minuto durante más de 20 horas, terminando, como es lógico suponerlo, con la vida del enfermo.

Número.—Por lo general, el número de accesos ha sido bastante grande; pero hay casos más frecuentes que en la neurosis, donde de los enfermos han recurrido á la clínica poco después del primero ó primeros accesos.

Pensamos que esto es debido á que en la epilepsia esencial las alteraciones consecutivas al acceso se presentan á la larga y de una manera gradual; en la epilepsia jacksoniana no sucede esto; cada acceso tiene gran influencia sobre el organismo y especialmente sobre las funciones cerebrales, lo que alarma con justicia á los pacientes que entonces acuden al médico. Se concibe un neuroepiléptico que haya tenido 30 accesos, y con sus facultades intelectuales en perfecto estado; pero consideramos ideal encontrar un enfermo de epilepsia jacksoniana en iguales condiciones con sus facultades intelectuales inalterables, puesto que en este caso hay alteraciones anatómicas muchas veces groseras en la región cortical. Siendo estas alteraciones comunmente de origen sífilítico debemos



también recordar aquí que la lues cerebral es un proceso eminentemente invasor. Y que si no la combatimos enérgicamente con tratamiento específico, el de los centros motores, las alteraciones avanzan á los de la ideación, etc.

El resultado de las observaciones de la clínica del Dr. ORREGO LUCO es el siguiente:

NÚMERO DE ACCESOS:

| | |
|--------------|----|
| Uno | 2 |
| Dos | 1 |
| Tres | 2 |
| Cuatro | 1 |
| Cinco | 2 |
| Seis | 1 |
| Varios | 23 |

Frecuencia.—Treinta de nuestros enfermos han presentado más de un acceso y en ellos se han repetido con la frecuencia que pasamos á indicar.

Se presenta el acceso:

| | |
|---|---|
| Con intervalos irregulares de años..... | 1 |
| » » » de meses..... | 6 |
| » » » de días..... | 3 |
| Varios en el día..... | 7 |
| Uno en el día..... | 2 |
| Cada 3 días..... | 1 |
| » 4 »..... | 2 |
| » 10 »..... | 1 |
| » 1 mes..... | 3 |
| » 2 meses..... | 1 |
| » 3 »..... | 1 |
| No está anotado..... | 2 |

Los accesos no se presentan aquí con tanta regularidad como en la epilepsia esencial. Su frecuencia es mayor en la jacksoniana, pues vemos que siete enfermos han tenido varios accesos en el día. Naturalmente en éstos el pronóstico es más serio, la sustancia cerebral está muy irritada y á la menor excitación responde con fenómenos convulsivos.



Fenómenos post-paroxísticos.—Inmediatamente después del acceso algunos enfermos quedan en perfecto estado; pero, en cambio, otros presentan perturbaciones funcionales diversas, generalmente transitorias. Estas alteraciones son parecidas á las que quedan después del mal comicial; consiste en cansancio, malestar, hebetud, perturbaciones sensitivas, sensoriales ó viscerales, 18 de los enfermos de epilepsia jacksoniana las han presentado en la forma siguiente:

| | |
|------------------------------------|---|
| Cansancio, tristeza | 8 |
| Cefalea, malestar | 7 |
| Hebetud | 6 |
| Hemiplegia izquierda comp. | 1 |
| Afasia y disfagia | 1 |

Estos diversos fenómenos se han presentado en muchos casos combinados entre sí y nosotros los hemos disociado para hacer más clara su exposición.

La cefalea es más frecuente que en la epilepsia esencial, y aprovechamos esta oportunidad para hacer notar que durante todo el curso de la afección, antes y después del acceso, la cefalea acompaña al enfermo jacksoniano mucho más que al de mal comicial, revistiendo ordinariamente caracteres especiales.

Es constante observar alteraciones alejadas del acceso en la epilepsia jacksoniana cuando no se recurre al tratamiento apropiado: 25 de nuestros enfermos las han presentado, revistiendo las formas más variadas, pero que podemos reducir á las cuatro siguientes: alteraciones motoras, tróficas, sensitivas y psíquicas.

Fenómenos motores y tróficos

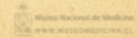
| | |
|---|---|
| Fenómenos paréticos en los miembros superiores | 2 |
| Fenómenos paréticos en los miembros superior é inferior | 1 |
| Hemiplegia izquierda | 1 |
| » » con atrofia | 1 |
| Rigidez y atrofia de la mitad derecha con parálisis facial y desv. de la lengua | 1 |



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





| | |
|--|---|
| Parálisis y atrofia del hombro y brazo izquierdo | 1 |
| Paresia pupilar | 2 |
| Paresia del velo del paladar..... | 1 |

Fenómenos sensitivos

| | |
|------------------------------|---|
| Parestesia mano derecha..... | 1 |
| Hiperestesia izquierda..... | 1 |
| Cefaleas | 6 |
| Polidipsia | 2 |

Fenómenos psíquicos

| | |
|----------------------------------|----|
| Distintos grados de amnesia..... | 15 |
| Debilitamiento intelectual..... | 5 |
| Tristeza | 3 |
| Disartria..... | 3 |

Estas distintas perturbaciones tienen gran importancia, especialmente las psíquicas; y las que comprometen el aparato muscular, nos indican que la lesión, al principio superficial y sólo irritativa de la célula funcional del cerebro, se ha convertido en un proceso más avanzado, necrobiótico, que trae como consecuencia fatal, é irreparable por lo general, profundas alteraciones en los órganos donde se van á distribuir las fibras nerviosas á que dan salida dichas células.

Por otra parte, el protoplasma que elabora las ideas, que guarda los recuerdos, degenera ó muere, lo que trae como triste consecuencia una degeneración mental y en algunos casos la muerte psíquica del enfermo.

La *amnesia* es un fenómeno muy frecuente en la epilepsia jacksoniana.

Cuando se presentan las alteraciones cerebrales de que hemos hablado, lo primero que las anuncia es un debilitamiento más ó menos grande de la memoria

ESTADO DE LOS REFLEJOS

EPILEPSIA ESENCIAL.--Los reflejos no presentan una fisonomía especial en la epilepsia y se encuentra respecto á esto las varie-



dades más grandes; normales comunmente, otras disminuído, abolido ó por el contrario exagerados, ya simétrica ó desigualmente:

De los 25 enfermos tenían reflejos normales..... 17

Reflejo rotuliano aumentado..... 2

» » desigual aumentado.... 1

» » » disminuído.... 2

» » abolido..... 1

» faríngeo abolido..... 2

Lo único que podemos notar es un ligero predominio de la frecuencia de los reflejos disminuídos.

EPILEPSIA JACKSONIANA.—Sucedee aquí lo mismo que en la anterior, grandes variedades en el estado de los reflejos; pero es más frecuente encontrarlos alterados puesto que 19 de los 32 enfermos así los presentaban:

Reflejos normales..... 13

Reflejo rotuliano exagerado..... 4

» » desigual exagerado.... 6

» palmar exagerado..... 1

» rotuliano disminuído..... 2

» » » desigual.... 2

» » abolido..... 3

» faríngeo » 1

Como se ve, es más frecuente encontrar los reflejos exagerados que abolidos y lo es más aún el observarlos desiguales. Este último fenómeno no debe imputarse á la epilepsia sino á la lues en la que es frecuente encontrar esta alteración.

PEQUEÑO MAL, EQUIVALENTES

EPILEPSIA ESENCIAL.—No es raro el observar en un epiléptico que, junto con sufrir del gran acceso, presente también formas larvadas del mismo. Dos de nuestros enfermos han presentado únicamente éstas y en éstos el pequeño mal revistió la forma de



automatismo comicial, que se ha observado también en otros dos casos en enfermos que sufrían del gran acceso.

De los 25 enfermos observados, 7 han presentado las siguientes formas del pequeño mal:

| | |
|--|---|
| Vértigo..... | 3 |
| Ausencia..... | 2 |
| Impulsos irresistibles..... | 1 |
| Automatismo comicial..... | 4 |
| Amnesia absoluta, hemianopsia y afasia..... | 1 |
| Convulsiones ligeras sin pérdida de la conciencia..... | 1 |

Llama la atención la gran frecuencia del automatismo comicial ambulatorio: 4 casos en un total de 25 enfermos es indudablemente un número considerable. Para dejar constancia de este interesante fenómeno, nos permitimos hacer una ligera descripción de dos de los casos observados.

En uno de ellos se trata de un individuo joven con delirio alucinatorio. Estando en la clínica después de un acceso, el enfermo se levantó, ejecutó movimientos de deglución sonoros, se dirigió en seguida á un estante como buscando algo. Temiendo el alumno fuera á herirse si rompía las vidrieras, se opuso á sus manipulaciones; pero fué rechazado con fuerza y casi derribado; en este momento el enfermo despertó sin recordar nada de lo sucedido.

El otro es un italiano que anduvo vagando durante varios días sin rumbo; le sorprendía la noche y él seguía imperturbable su marcha; decía que durante el acceso ambulatorio le perseguía una mujer que le hablaba; afirma también el enfermo que tenía conciencia del lugar en que se encontraba.

EPILEPSIA JACKSONIANA.— Sólo cuatro de los enfermos han presentado las pequeñas manifestaciones de la epilepsia. Uno de éstos sufría á menudo de jaqueca oftálmica que venía á reemplazar al acceso convulsivo. Los demás tenían:

| | |
|-----------------------------|---|
| Ausencia..... | 2 |
| Vértigo..... | 1 |
| Impulsos irresistibles..... | 2 |
| Calambres..... | 1 |

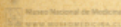
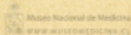
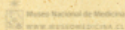
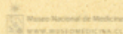
En el enfermo que presentaba calambres, esta manifestación sensitiva reemplazaba al ataque de epilepsia, pudiendo decirse que en este caso el síndrome de Bravais se manifestaba en su forma sensitiva.

ESTADO DE MAL.

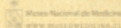
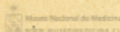
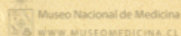
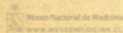
Ningún enfermo de epilepsia esencial ha presentado accesos en serie sub-intrantes, cuyo pronóstico, como ya lo hemos dicho, es bastante serio. En cambio, dos enfermos de epilepsia parcial han tenido los accesos en esta forma y es digno de hacerse notar que el uno tenía 2 meses y el otro 8 de edad. Ambos eran heredo-luéticos.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

18,979. — IMP. CERVANTES, Bandera, 73.

