

José Manuel Hernández A.

FACULTAD DE MEDICINA.

Epilepsia
(3)

ESTADO MENTAL DE LOS EPILEPTICOS.

ESTADO MENTAL DE LOS EPILEPTICOS.

Prueba escrita que para su examen general de

MEDICINA, CIRUGIA Y GINECOLOGIA,

presenta

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ A.

MEXICO MCMXXVII.-



, UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA.

ESTADO MENTAL DE LOS EPILEPTICOS.

A mi madre.

, Prueba escrita que para su exámen general de

MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA,

presenta

JOSE MANUEL HERNANDEZ A.

-o-o-o-o-

A la sagrada memoria de mi padre.

A mi madre.

Al señor don Miguel

don Miguel Hernández Jauregui,

con mi agradecimiento.

A mis hermanos.

Al señor licenciado

don Miguel Hernández Jáuregui,

con mi agradecimiento.

A los señores doctores

Al señor doctor

don Manuel de los Angeles y

don Abelardo Rongas y

don Manuel Guevara Oropeza,

por su valiosa ayuda.

y al señor

José de J. Muñoz y Dominguez.

A MIS MAESTROS

A MIS AMIGOS

A los señores doctores

don Manuel Gea González y

don Abelardo Monges López

y al señor don

José de J. Núñez y Domínguez.

A MIS COMPAÑEROS

A MIS MAESTROS

HISTORIA.

La epilepsia es una enfermedad conocida desde los más remotos tiempos de la medicina.

Un cuadro tan notable, unido a la frecuencia de la enfermedad, a su gravedad desesperante, a las consecuencias por desgracia muy frecuentemente desastrosas, explica como ha llamado la atención de los más antiguos observadores.

Hipócrates le ha consagrado todo un libro; Galeno habla de ella en su tratado de la epilepsia, pero el cuadro más importante que se conoce de la antigüedad es el trazado por Aristóteles en su tratado de la epilepsia.

Los autores de los siglos siguientes no añadieron nada de notable y es preciso llegar hasta Van Swieten para ver añadir algo

Nº 86

HISTORIA.

La epilepsia es una enfermedad conocida desde los más remotos tiempos de la medicina.

Un cuadro sintomático tan notable, unido a la frecuencia de la enfermedad, a su tenacidad desesperante, a las consecuencias por desgracia muy frecuentemente desastrosas, explica como ha llamado la atención de los más antiguos observadores.

Hipócrates le ha consagrado todo un libro; Celso habla de ella, lo mismo que Galeno, pero el cuadro más importante que se conoce de la antigüedad es el trazado por Aristec Coeluis Aurelianus.

Los autores de los siglos siguientes no añadieron nada de notable y es preciso llegar hasta Van Swieten para ver añadir algo

importante. Digno es de recordar la célebre monografía que Tissot escribió sobre el particular.

En el siglo pasado podemos agregar los trabajos importantísimos de Augusto Voisin, de Locock y de Brown-Sequard. Ahora bien esta etapa tan larga que ha recorrido la enfermedad desde los más remotos tiempos, ha hecho que haya recibido un sinnúmero de denominaciones, según las creencias de la época, o según que algún autor creyese encontrar algún nombre que le parecía apropiado. Así vemos que ha sido llamada: "morbus sacer, mal comitial, gran mal, alto mal, mal de San Juan, mal de tierra, morbus divinus, mayor, herculeus, lunáticus, mal de corazón, alfercía, Cataluña, mal de Sant Pau, etc"

DEFINICION.

La epilepsia es una enfermedad caracterizada, en los casos típicos por crisis consistentes en pérdida completa de conocimiento, acompañada de convulsiones más o menos generalizadas.

Se le llama también complejo sintomático epiléptico.

Para algunos autores, no es sino, un síndrome es decir la expresión clínica de un gran número de afecciones cerebrales, de etiología variable.

Se le puede subdividir basándose en sus manifestaciones clínicas en epilepsias parciales y en epilepsias generalizadas siendo las primeras bajo el punto de vista etiológico, en la inmensa mayoría de los casos, epilepsias orgánicas debidas a lesión irritativa directa o indirecta de un punto limitado

de la corteza gris que cubre la circunvolución central anterior. Se le denomina epilepsia jacksoniana y algunos autores la llaman también epilepsia cortical.

Las epilepsias generalizadas o epilepsias verdaderas se subdividen en dos grandes grupos: las epilepsias orgánicas o sintomáticas y epilepsias genuinas o idiopáticas.

Las primeras comprenden las epilepsias orgánicas propiamente dichas, las epilepsias precoces y las epilepsias tardías. Se consideran como epilepsias propiamente dichas las debidas a una lesión traumática del cráneo, del cerebro y de los meninges; citaremos las que acompañan a las enfermedades orgánicas de origen cerebral o meníngeo (tumor, absceso, hemorragia, embolia, encefalitis, meningitis agudas y crónicas, quiste, etc.) La epilepsia precoz o epilepsia de la infancia, debidas muchas de ellas a lesiones graves: anomalía congénita del cerebro, traumatismos graves en el momento del parto, encefalitis,

hemorragia meníngea o cerebral, trombosis, etc., se acompañan de un grado más o menos marcado de debilitamiento intelectual. Las epilepsias tardías son las que comienzan - después de la edad de 30 a 40 años y comprenden:

a.- Epilepsias asociadas o enfermedades degenerativas del corazón o de los vasos: arterioesclerosis, arteritis sífilítica.

b.- Las epilepsias tóxicas debidas a la intoxicación por el alcohol y por el plomo.

c.- Las que aparecen en el curso de la parálisis general progresiva.

d.- Finalmente la que sobreviene de la uremia, en la eclampsia puerperal.

La epilepsia generalizada, sintomática o idiopática puede aparecer en cualquier edad teniendo dos períodos de predilección: primero comprendido del nacimiento a la edad de cinco o seis años, es la epilepsia precoz y se observa en un 25% de los casos y segundo la que comprenden de los diez a los veintidós o

veintitres años, con predominio en la época de la pubertad, llamada epilepsia esencial o idiopática, observándose en un 50% de los casos. Después de los 30 años vuélvese más rara y se llama epilepsia tardía.

Causas predisponentes o endógenas. Entre estas citaremos no solamente las predisposiciones hereditarias y trastornos nutritivos que se ha podido sufrir a causa de enfermedades tóxi-infecciosas de los padres (alcoholismo, tuberculosis, sarampión, etc.) sino también alteraciones que han sobrevenido en el curso de la vida intra uterina y durante el parto. La más importante es la herencia que puede ser similar o directa y de transformación o indirecta, siendo la primera con mucho la más frecuente.

Se admite que 25 a 30 p. c. de niños epilépticos nacen de padres atacados de la misma enfermedad; la herencia de transformación, intervien en casos de familias de tara neuropsí-

E T I O L O G I A .

Dos grandes causas, primero causas predisponentes o endógenas y segundo causas determinantes.

Causas predisponentes o endógenas. Entre estas citaremos no solamente las predisposiciones hereditarias y trastornos nutritivos que se ha podido sufrir a causa de enfermedades toxi-infecciosas de los padres (alcoholismo, tuberculosis, sarurnismo, etc.) sino también alteraciones que han sobrevenido en el curso de la vida intra uterina y durante el parto. La más importante es la herencia que puede ser similar o directa y de transformación o indirecta, siendo la primera con mucho la más frecuente.

Se admite que 25 a 30 p. c. de niños epilépticos nacen de padres atacados de la misma enfermedad; la herencia de transformación, interviene en casos de familias de tara neuropática puerperal, el parto, alcoholismo, sífilis.

tica, enfermedades mentales, histeria, alcoholismo, etc.

Estos niños epilépticos presentan la constitución hereditaria degenerativa; cuyos síntomas clínicos llamados estigmas de degeneración, los más frecuentes son: la asimetría del cráneo, de la cara, de la bóveda palatina del tórax, deformaciones de las orejas, - - extravísmus, nystagmus, implantación defectuosa de los dientes, deformación de las manos y de los pies (polidactilia, sindactilia) y trastornos intelectuales variados pudiendo llegar hasta la imbecilidad e idiotez.

Causas determinantes.- En cierto número de casos, una causa en ~~la~~ frecuencia insignificante interviene para la producción de la primera crisis epiléptica; siendo el período mas frecuente de principio el de la pubertad. Las causas de cierta frecuencia para su aparición son:

1º.- Las reglas, la fecundación, el estado puerperal, el parto, alcoholismo, sífilis,

etc.

2º.- Influencias psíquicas: emoción surmenage, etc.

3º.- Traumatismos.

4º.- Enfermedades infecciosas: escarlatina, sarampión, difteria, fiebre tifoidea, etc.

5º.- Causas reflejas: irritación de la mucosa nasal por pólipos, vegetaciones adenoides, por cuerpos extraños, irritación de la caja del tímpano, la producida por la dentición, por trastornos gastro-intestinales y por excitaciones genitales. En todos estos casos es de admitirse cierta predisposición hereditaria.

S I N T O M A T O L O G I A .

Ya se ha definido la epilepsía, la que como se sabe está caracterizada por crisis, en las que la pérdida de conocimiento es el elemento principal, acompañada de convulsiones y de fenómenos psíquicos, que pueden ser transitorios, permaneciendo el enfermo en el intervalo de las crisis, en estado normal o bien acarrear trastornos mentales más o menos acentuados y permanentes que pueden llegar hasta la demencia.

La única condición necesaria para establecer la existencia de la epilepsía es la pérdida de conocimiento, pero además la confusión mental temporal que sigue a la pérdida de la conciencia es característica del ataque y constituye por si sola el elemento psíquico principal, dado que la primera puede faltar.

De esto se deduce que la epilepsía comprende dos elementos principales: uno psíquico y otro convulsivo siendo aquel el más im-

portante y el único indispensable dado que el convulsivo puede faltar o bien constituir por si solo todo el acceso.

La crisis de epilepsía puede presentarse bajo tres formas: el gran mal, llamado también el gran ataque convulsivo, epilepsía - - - - grave, alto mal, gran epilepsía ; 2° el pequeño ataque epileptoide, pequeño mal, epilepsía ligera o pequeña epilepsía y 3° equivalentes epilépticos o psicoepilépticos o epilepsía psíquica. El gran ataque convulsivo, puede aparecer bruscamente, pero también puede ir precedido de un estado preliminar, constituyendo el aura epiléptica, la cual varía según los individuos, pero en un enfermo siempre es la misma y se repite de una manera típica en cada acceso.

El aura consiste en fenómeno de excitación y de inhibición de ciertas regiones corticales y puede ser: motriz, sensitiva, sensorial vaso-motriz, visceral y psíquica.

El aura motriz es rara y consiste en -

sacudidas de un grupo de músculos sea de un miembro o de la cabeza, para invadir - - progresivamente y siguiendo un orden regular los músculos siguientes.

El aura sensitiva es una sensación de picoteo, abotamiento o de quemadura en - - cualquier parte del tronco o de los miembros para alcanzar la cabeza.

El aura sensorial variable, puede ser visual, olfativa, acústica o gustativa. La visual es la percepción de colores (rojo) - o bien la obnubilación de la vista llegando a veces hasta la ceguera, fenómenos de micropsía o macropsía, llegando a presentarse en ocasiones bajo forma de verdaderas alucinaciones. La olfativa y gustativa son raras, siendo su carácter desagradable, olor de azufre, carne descompuesta, gusto amargo, etc. La auditiva puede consistir o bien sordera súbita o hiperacusia dolorosa a la percepción de un sonido, de un ruido, o de una palabra, etc.

La secretoria es la producción súbita -

de sudor en la cara y en las manos o en la producción salival acompañándose a veces de movimientos de masticación y de deglución.

La vaso-motriz consiste en una palidez súbita o rubicundez de la cara llegando a veces hasta la congestión de la cabeza con dolor, edema o adema localizado.

La visceral puede consistir en palpitaciones cardiacas, accesos de tos, suspensión respiratoria, etc.

La psíquica es variable: sensación de angustia acompañado de palpitaciones vértigos; o bien melancolía o ideas de terror.

De duración variable, es muy corta por lo regular, el enfermo siente la sensación extraña que le anuncia la aparición de la crisis y en ocasiones tiene suficiente tiempo para preverse. Cuando no es seguida de crisis constituye un equivalente. Inmediatamente al caerse el estado convulsivo, caracterizado porque el enfermo palidece.

ce, grita y cae con pérdida de conocimiento en estado de Ictus epiléptico; para que se sucedan tres períodos: 1°. el de convulsiones tónicas, 2°. el de convulsiones clónicas y el de estertor.

Primer período: El ataque comienza -- por una contracción tetánica de toda la musculatura; deteniendo la respiración, la cara al principio pálida vuélvese roja y más tarde cianosada; la cabeza gira ya hacia atrás o más frecuentemente de lado con desviación de los ojos; pupilas dilatadas con abolición del reflejo a la luz; la lengua presa entre los maxilares y algunas veces es mordida en la punta o en sus bordes. Miembros superiores en la extensión y rotación interna, puños cerrados, dedos cubriendo el pulgar. Vientre duro, a veces expulsión brusca de orina o materias fecales. Miembros inferiores en extensión, o poniendo fuerte resistencia a cualquier movimiento. Pulso frecuente, tensión arterial elevada.

Su duración es variable de algunos segundos; quince a veinte para pasar inmediatamente al segundo período el cual está caracterizado por sacudidas crónicas cortas - primero para ir desapareciendo lentamente; la respiración vuélvese profunda, regular, la cianosis se acentúa, la piel se cubre de sudor. En este período el enfermo puede ocasionarse heridas, aún luxaciones y fracturas, su duración es de uno a tres minutos.

El tercer período o el período de estupefacción se caracteriza por un estado de torpeza. El enfermo se encuentra en sueño profundo, su musculatura flácida, sensibilidad abolida; boca y nariz llena de comosidades. Al cabo de algunas horas el enfermo vuelve en sí, no teniendo ningún recuerdo de la crisis. En ocasiones no es seguida sino de un estado transitorio de obnubilación que dura de media hora a una hora para pasar al estado normal.

E S T A D O M E N T A L.

Desde el punto de vista psíquico, la epilepsia se manifiesta por trastornos permanentes y por accidentes paroxísticos.

Trastornos psíquicos permanentes.- Dan a la personalidad epiléptica un sello particular y frecuentemente desde el primer contacto con el enfermo permiten sospechar la existencia de la neurosis. Estudiaremos separadamente los trastornos de carácter y los de la inteligencia.

1º. Los trastornos de carácter son muy pronunciados siendo los principales los siguientes:

a.- Irritabilidad y variabilidad de humor, egoísmo.

b.- Apatía habitual, reacciones impulsivas pasajeras y cóleras violentas, a veces terrible.

c.- Falta de consecuencia en la conducta y en las ideas y con mayor rareza terquedad

tenacidad anormales "Muchos hombres célebres que pasan por haber sido epilépticos han brillado más por su tenacidad que por la grandeza de sus concepciones".-

De religiosidad morbosa incostante, pero frecuentemente, no considerando mas que la parte material de las religiones, sin influencia alguna sobre la moral del individuo.

han ocupado sitios que requieren una inteligencia lucida y un sano juicio. Estos casos son excepcionales, pues el fondo intelectual del epiléptico rara vez está intacto.

El trastorno más constante es la lentitud de las asociaciones de ideas, a veces enorme hasta el punto que pueden transcurrir 30-40 o más segundos antes de que el enfermo responda a las preguntas que se le hacen de hacer. Si no se está prevenido, puede creerse que la pregunta no ha sido comprendida o ha sido olvidada y esta lentitud puede confundirse con una demencia o con una profunda que en realidad no existe, la --

TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA/

Aunque no frecuentemente los epilépticos son a veces como han dicho algunos autores - hombres muy inteligentes, habiendo ocupado algunos de ellos en la historia de la literatura lugares muy importantes, citaremos a César, Napoleón, etc. otros en esfera más modesta - han ocupado sitios que requieren una inteligencia lúcida y un sano juicio. Estos casos son excepcionales, pues el fondo intelectual del epiléptico rara vez está indemne.

El trastorno más constante es la lentitud de las asociaciones de ideas, a veces enorme hasta el punto que puedan transcurrir 30 -40 o más segundos antes de que el enfermo responda a las preguntas que se le acaban de hacer. Si no se está prevenido, puede creerse que la pregunta no ha sido comprendida o ha sido olvidada y esta lentitud puede confundirse con una demencia o confusión profundas que en realidad no existen, la --

conversación espontanea y las contestaciones a los enfermos están sembradas de incidentes, de frases, y de palabras inútiles. Al cabo de cierto tiempo la memoria se debilita y entonces la demencia epiléptica es una demencia - global. La intensidad de esta es función del número y violencia de las crisis. Las manifestaciones del pequeño frecuentemente repetidas conducen al enfermo rápidamente a la demencia según la opinión clásica, siendo el hecho no dudoso pues no es menos cierto también que el efecto de las grandes crisis es todavía mas perjudicioso. Los dos caracteres esenciales de la demencia epiléptica considerado desde el - punto de vista de su marcha son: 1° ser irregularmente progresiva, procediendo por exacerbaciones consecutivas a la serie de ataques y 2° ser hasta cierto punto remitente, pues el debilitamiento intelectual disminuye cuando las crisis tienden a espaciarse.

Trastornos mentales episódicos. Pueden - procedera los ataques convulsivos (trastornos mentales preparoxísticos); reemplazarlos

(equivalentes) y seguirlos (trastornos mentales posparoxísticos).

Los principales trastornos mentales de paroxísticos son: los de carácter: irritabilidad, tristeza y el estado confusional que con frecuencia anuncia la crisis y las auras que señalan al principio y de las que ya en el capítulo anterior es citado.

Los equivalentes que constituyen la epilepsía larvada son: el vértigo, la ausencia, la impulsión, la fuga y el delirio.

Las tres primeras constituyen pequeño mal epiléptico, las crisis convulsivas y el delirio forman las manifestaciones de gran mal.

El vértigo es más bien una sensación de desvanecimiento, que en ocasiones va acompañada de caída y movimientos ligeros, junto con la palidez de la cara y la amnesia consecutiva; lo que hacen del vértigo un ataque rudimentario de epilepsía.

La ausencia está esencialmente caracterizada por una momentánea suspensión de las operaciones psíquicas. El enfermo se queda -

bruscamente inmóvil, fija la mirada y la fisonomía atontada; una vez pasado el acceso, - vuelve a empezar su obra o conversación en el mismo punto en que había sido interumpida; - aunque hay algunos enfermos que siguen de una manera automática los movimientos empezados.

La impulsión epiléptica se caracteriza por la instantaneidad, brevedad y simplicidad del acto ejecutado y la amnesia consecutiva. El acto es impulsivo consistiendo en movimiento extraño, carrera o salto; o antisocial: exhibicionismo, rotura de objetos, muerte o tentativa de incendio. Excepcionalmente la impulsión epiléptica puede ser consciente dejando en el espíritu del enfermo un recuerdo más o menos claro.

La fuga epiléptica es amnésica lo mismo que la impulsión, diferenciándose por su duración pues puede llegar a alcanzar, horas, días y hasta semanas y por su complejidad, ejecutando el enfermo actos complicados como viajar, detenerse en los hoteles, etc., sin conservar ningún recuerdo de ello.

Es muy semejante el sonambulismo, pero hay que hacer notar que con frecuencia este se encuentra en los epilépticos sobre todo durante la infancia y la adolescencia.

El delirio epiléptico, se anuncia por una acentuación de los trastornos de la emotividad y el carácter. El enfermo vuélvese irritable y ansioso, y muy pronto se establece el delirio.

Sus caracteres fundamentales son, en la forma clásica:

1º.- La obnubilación profunda de la conciencia y la desorientación completa en el tiempo y en el espacio.

2º.- El estado efectivo intenso, angustia, cólera euforia, (esta última excepcional), revisitando a veces los caracteres de éxtasis.

3º.- Las alucinaciones son múltiples y combinadas, dando lugar el conjunto a un estado onírico que adquiere la forma de dramas horribles, o más rara vez la de escenas grandiosas, místicas o eróticas.

4º.- Las reacciones puramente automáticas

y extraordinariamente violentas. Llevada a su límite la violencia se convierte en furor epiléptico, durante el curso del cual el enfermo se entrega a actos con frecuencia escandalosos por su brutalidad y que llevan siempre el sello de una inconsciencia absoluta. Mata indistintamente a un miembro de su familia o a un extraño, llegando en ocasiones hasta despedazar el cadáver y devorarlo. El suicidio se observa raras veces.

5°.- La amnesia lacunar, generalmente absoluta sigue a todas las crisis. Cualquiera descripción clásica que se vea, representa al enfermo en la más completa de las ignorancias de los perjuicios o crímenes que ha cometido. En algunos casos - excepcionales, el enfermo guarda un recuerdo, vago lo más frecuentemente, de los actos realizados por si durante el curso del acceso.

Pueden presentarse tres casos, según que el individuo conserve el recuerdo, ya

en su totalidad, ya de una parte del período delirante, persistiendo este como un recuerdo ordinario; que el recuerdo - presente inmediatamente después del acceso, se borra en seguida, el enfermo niega hechos que ha reconocido anteriormente como exactos, o bien el recuerdo ausente en el momento en que el enfermo vuelve en sí, aparecen en seguida y admite un hecho que ha empezado por negar.

El acceso de delirio comicial dura de algunos minutos a varios días. Lo mismo que las otras manifestaciones de la epilepsia, pueden reproducirse, a veces bajo la influencia de causas exteriores idénticas y afectar la misma forma; no siendo esta regla absoluta.

La terminación sobreviene, unas veces bruscamente después de un sueño profundo, y otras progresivamente, quedando durante algunas horas ideas delirantes y alucinaciones que persisten a pesar de la vuelta a la lucidez.

El diagnóstico muy fácil cuando se presentan todos los signos completos en un epiléptico evidente, se convierten a veces en difícil cuando la epilepsia es silenciosa y disimulada en su marcha.

Unicamente por el conjunto de los síntomas y de los antecedentes se reconocerá el delirio o cualquiera otra manifestación epiléptica pues no existe signo patagnómico del delirio epiléptico.

Se distinguirá del delirio tremens por el delirio de ocupación, la conservación de la orientación autopsiquica, la obnubilación menos pronunciada y los estigmas del alcoholismo crónico.

Los estados de obnubilación pasajera que se encuentran durante el curso del alcoholismo crónico se distinguen por la ausencia de estupor consecutivo.

Algunos accesos de parálisis general, que se parecen al de la epilepsia por la obnubilación de la conciencia y la violencia de las reacciones por los antecedentes

del enfermo y sobre todo por la presencia de los signos físicos propios de esta afección.

Se pueden observar además accesos llamados de manía epiléptica, simulando los accesos de la psicosis maniaca depresiva. Sin embargo la fuga de las ideas es generalmente mucho menos señalada, y sobre todo, las ideas morbosas presentan una fijez y una monotonía mucho más pronunciadas.

Trastornos mentales postparoxísticos. - Hay uno que es constante: el estupor postparoxístico ya mencionado a propósito del delirio epiléptico. De duración variable, desde algunos minutos a varias horas y excepcionalmente varios días; al principio completo, se atenúa poco a poco dando lugar al estado crepuscular, en el que domina un estado confusional más o menos pronunciado asociado a manifestaciones de automatismo psíquico, a veces peligrosos y variables en su naturaleza e intensidad.

Los escritos del enfermo en este período

do orientan con notable claridad respecto al déficit de la atención, siempre muy marcada, así como la exaltación del automatismo mental que toma la forma de incoherencia, de estereotipía o de impulsión gráfica. En los casos tipo los escritos se presentan con caracteres verdaderamente específicos suficientemente seguros para orientar el diagnóstico sin necesidad de más datos,-

Los epilépticos que se caracterizan por trastornos mentales son inscurables; las tardías cuando la inteligencia no está afectada su curación solo se logra en un 10 por ciento de los casos.

De una manera general puede decirse que la epilepsia por sí sola no produce la muerte exceptuando los casos en los que las crisis se suceden unas a otras lo que por lo regular se debe a una causa accidental por asfixia o alguna lesión grave debida a caída de cierta altura o a un traumatismo.

PRONOSTICO.

--- p ---

Variable según la causa que le ha producido. En la epilepsia sintomática de cualquier lesión cerebral su pronóstico depende de la naturaleza de aquella y de la posibilidad de su curación.

Para la epilepsia esencial depende tanto de la intensidad y número de las crisis como de la fecha de aparición del primer ataque.

Las epilepsias precoces que se acompañan de trastornos mentales son incurables; las tardías cuando la inteligencia no está atacada su curación solo se logra en un 10 por ciento de los casos.

De una manera general puede decirse que la epilepsia por si sola no produce la muerte exceptuándose los casos en los cuales las crisis se suceden unas a otras. La muerte por lo regular se debe a una causa accidental por asfixia o alguna lesión grave debida a caída de cierta altura o a quemaduras.

RESUMEN HISTORICO DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS SEGUIDOS PARA COMBATIRLA/.-

La epilepsia es la enfermedad contra la cual se han propuesto más remedios, pudiéndose llevar su número a más de trescientos.

Hipócrates dijo que los charlatanes e impostores pretendían que esta enfermedad fuera sagrada, para excusar su impotencia para curarla.

Hay pocos medicamentos, desde los más inertes hasta los más activos que no hayan sido empleados contra esta enfermedad; pudiéndose afirmar que si algunos de ellos son útiles, ninguno está dotado de propiedades maravillosas.

Se han utilizado: el muérdago, la temis, el índigo, el alcanfor, el almizcle, la quina, el aceite de trementina, la gracia, el cedus acrelas cantáridas el polvo de pote tostado, etc. Se han usado igualmente el ácido prúsico, el amoniaco, el mercurio, el arsénico, el acetato de plo-

no, el alquequeje, el imán, el amoniuro de cobre, la plata, cianuro doble de fierro - hidratado, fósforo, sulfato de cobre y hasta nitrato de plata. Se han puesto en experimentación el cloroformo y otros anestésicos; - narcoticos como el datura estramonium, el opio y sobre todo la belladona y la atropinan(Hohnagel y Rossbah, Pierret).

A la lista anterior hay que agregar todavía la apomorfina, el nitrato de amilo, - la trinitrina en inyecciones hipodérmicas, bromuro y cloruro de tilo, bromuro de alcanfor, etc.

El óxido de zinc ha sido uno de los más usados, pero fué substituído después con - lactato de zinc.

La valeriana se usó en infusión, en polvo, en extracto; usándose más tarde asociada con el zinc bajo forma de valerianato de zinc.

La sangría se usó bastante sin ninguna ventaja y con grave perjuicio del enfermo. Para los casos en que existen aures se a-

plicaron cauterios vesicatorios y moxas - (especie de cauterización consistiendo en aplicar un cono de algodón en cuya punta se pone fuego, con el fin de excitar el sistema nervioso).

Hay otros que han querido que se corte un nervio o se ampute la parte siendo esto causa de mutilaciones gravísimas a la vez que inútiles. Igualmente se han propuesto coronas de trepano, o ligar una de las carótidas, etc.

Pero no fué sino hasta el año de 1851 cuando Locock propuso el bromuro de potasio que muy pronto fué divulgado por Nicks - Brow-Sequard, Bazin y Augusto Voisin.

Esta medicación se ha transformado - dándose asociados los bromuros de potasio sodio y amonio, pero desgraciadamente los resultados obtenidos han defraudado las - esperanzas que los primeros experimentadores tuvieron en su principio, pero a pesar de ello sigue usándose y en ocasiones con verdadero éxito.

Se preconizó la asociación del bromuro de potasio con el opio, pero considerado este método muy peligroso ha sido imposible usarlo.

Más tarde se creyó que el radical bromo podía substituir al radical cloro en las combinaciones y reacciones orgánicas y esto condujo a reducir los cloruros en la alimentación lo más posible con objeto de saturar el organismo de bromo con una dosis mucho menor de la que se necesita siguiendo el sistema primitivo y evitar de esta manera el bromismo. De este modo se logró reducir mucho el número de ataques y la cantidad de bromuros administrados, pero por las molestias que ocasionaba al enfermo muy pronto fué abandonado.

Los métodos terapéuticos actuales pueden dividirse en tres grupos: 1°. aquéllos que van directamente contra la enfermedad que constituye el origen de las convulsiones.

Pertenece a este grupo aquéllos casos en que la sífilis preparó el terreno y aquéllos que son producidos por trastornos de secreción interna y la llamada epilepsia refleja en la que la causa de las convulsiones se debe a parásitos intestinales.

La cirugía cerebral cuando trata de suprimir por medio de operaciones las causas anatómicas de las convulsiones que casi siempre se trata de causas mecánicas - que producen la irritación orgánica primitiva (tumor, quiste, etc.).

2°.- Este método está dirigido a la profilaxis procurando excluir a los factores que aumentan y desencadenan las convulsiones. Las dificultades prácticas disminuyen considerablemente el radio de acción de esta terapéutica que con éxito, puede emplearse casi exclusivamente en establecimientos especiales.

3°.- El más importante, conduce al tratamiento de las convulsiones, incluyendo en esta medicación, el luminal, de re-

sultados brillantes y sin que se conozca el mecanismo de su acción.

Este es el tratamiento, actualmente empleado por la mayoría de los médicos, pues a los resultados satisfactorios obtenidos, hay que agregar que no exige de parte del enfermo ningún régimen dietético, exceptuando los casos de epilepsia nocturna.

Existen dos modos para su administración; por vía digestiva y por vía subcutánea. Por la primera es conveniente empezar por dosis pequeñas de 0.05 a 0.15 gramos, en el día, repartidas en dos o tres tomas, teniendo especial cuidado en dar la dosis cerca de la hora en que el enfermo sufra el ataque. De este modo puede irse aumentando las dosis hasta que se juzgue necesario según la modificación que se observe en el curso de los ataques; y siempre de modo racional para no llegar a dosis excesivas que perjudiquen al enfermo, ya

sea para lograr la desaparición de los ataques, o bien modificar la evolución de la enfermedad. Cuando los ataques - - frecuentes, se presenten en el día, y - de manera intermitente es conveniente y se observa en ocasiones aumentar la dosis hasta 0.60 centigramos fraccionada en - tres tomas: mañana, medio día y noche; - - sin que por esto el enfermo presente signos de intolerancia, y si llegasen a aparecer con suspender el tratamiento desaparecen, las manifestaciones, por lo - regular cutáneas.

Quando sea necesario inyectarlo, debe prescribirse el luminal sódico en solución al 5% o 10% en solución reciente. La preparación debe hacerse en frío, a - 35 grados centigrados, como máximo no debe calentarse.

La inyección debe ser en la región glutia.

Si la solución se deja abandonada -

o se hierve, o bien se deja la sal al aire húmedo, sufre una descomposición que hace que su poder hipnótico y anti-convulsivo sea nulo.

civil de los epilépticos, por lo que se debe tener en cuenta la importancia de hallar los síntomas y causas patológicas constituidas por estas enfermedades.

La concurrencia de los epilépticos de parte de la justicia, de si se trata de cuestiones médico-legales y según la interpretación que de ellas han dado los autores, para según esto el epiléptico, en todos los casos, debe ser visto como irresponsable y para evitar la irresponsabilidad se le declara en los tres días que preceden a que siga al estado de violencia.

En la actualidad, se considera que los actos de cualquier naturaleza, que sean voluntarios o involuntarios, y que son ejecutados por un epiléptico durante o inmediatamente después de los períodos convulsivos son imputables a la voluntad del enfermo, no siendo lo mismo con los actos que se ejecutan en el momento de la crisis.

ESTUDIO MEDICO LEGAL.

Las cuestiones de responsabilidad penal o civil de los epilépticos, merece unas palabras en razón de la frecuencia de delitos y crímenes patológicos cometidos por estos enfermos.

La comparecencia de los epilépticos delante de la justicia, da siempre lugar a discusiones médico-legales y según la interpretación que de ellos han dado los autores, pues según unos el epiléptico, en todos los casos, debe ser visto como irresponsable; y para otros la irresponsabilidad solo es completa en los tres días que preceden o que siguen al ataque de epilepsia.

En la actualidad, se considera que los actos de cualquier naturaleza, que sean, criminales o delictuosos, y que son ejecutados antes, durante o inmediatamente después de los paroxismos convulsivos son independientes de la voluntad del enfermo; no sucediendo lo mismo con los cometidos en el in-

tervalo de los ataques o cuando hay sospecha de epilepsia pues en este caso el especialista, por medio de una exploración minuciosa da cuenta de las diversas particularidades de un acto, de una manera impulsiva, instantanea y violenta. Comprobándose esto y su reproducción a intervalos de tiempo más o menos regulares dejando un trastorno en la conciencia y en la memoria y la obnubilación en que se encuentra el enfermo al terminar su crisis, es característica de la epilepsia y un signo claro de diagnóstico.

Hay que tener presente además que la amnesia puede ser lagunar y es así que en ciertos casos el sujeto puede dar la impresión de haber premeditado su crimen, por la claridad de las palabras en el pulso del paroxismo o su actitud una vez cometido aquél.

Se observa además en el curso de accesos de agitación, en los caídos en demencia, actos violentos que en ocasiones llevan los enfermos delante de la justicia y en los -

cuales por la exploración psíquica se da cuenta el médico legal del debilitamiento de su inteligencia y lleva a la mente de los tribunales la obtención de su libertad.

Desde el punto de vista de su capacidad civil, el epiléptico goza del ejercicio de sus derechos civiles y es capaz de testar, de hacer donaciones, etc., y esto sólo en los casos que no existe ningún acceso característico de locura o de demencia.

Creo para terminar, que un epiléptico no debe casarse, pues en si la enfermedad constituye un peligro, que se hace más pesado dado que la descendencia lleva la herencia, que es susceptible de reproducir la misma enfermedad a una forma cualquiera de alineación mental.

HISTORIAS CLINICAS.

No. 1.- R. B.- de 25 años de edad, natural de Guajimalpa, soltero, agricultor, ingresó al H. G. por primera vez el 26 de diciembre de 1925.

Antecedentes familiares.- Un tío materno sufrió de enfermedades mentales. Ocho hermanos, sanos, aparentemente.

Antecedentes personales.- Desarrollo mental de su niñez desconocido; -sufrió de viruela. En su juventud de enfermedades venereas: chancros, blandos probablemente y en repetidas ocasiones.

No acostumbra tomar bebidas alcoholicas y fuma con moderación.

Antecedentes de la enfermedad.- Sábese - que hace ocho años; sufre de ataques, los que a continuación describiré.

Refieren los familiares del enfermo que - "Undía estando dormido, llegó uno de sus -

hermanos a decirle que los revolucionarios carrancistas iban a fusilar a su padre y levantose rapidamente y en llegando al quicio de la puerta, cayó con pérdida de conocimiento y convulsiones. Al año siguiente le repitió el acceso; después a los seis meses, luego a los tres, al mes y a los ocho días ultimamente. En los últimos meses se le observó cambio de carácter y al mismo tiempo debilitamiento de los músculos de los miembros inferiores al grado de no poder estar en pié. Ocho días antes de su ingreso, sufrió delirio de persecución ausencia y agresividad. Se le practicaron incisiones en las partes laterales del cuello y en la nuca, -cuyas cicatrices se observan y se le dieron extractos glandulares.

Se le ha observado, coincidiendo con el mes lunar, los ataques característicos del gran mal, y precedidos de aura sensitiva - (sensación de opresión en la región precordial); motriz (deseos de correr) op psíquica (sensación de angustia). De carácter

dócil en el intervalo de las crisis se vuelve irritable antes y después de ellas.

Inspección.- Se presenta tranquilo, con sus vestidos limpios, indiferente, con cicatrices de heridas cortantes en la nuca y regiones laterales del cuello, dolicocéfalo y microcéfalo, asimetría de la cara, tórax y miembros proporcionados; contestando al interrogatorio con retardo y dificultad.

(1) **Orientación.**- O. autopsíquica y desorientación cronopsíquica.

Lentitud en asociación de ideas.

Percepción.- Con intervalo de tres segundos se da cuenta exacta de lo que se le enseña.

Prueba de Heilbroner.- Diferentes dibujos mostrados, desde una línea vertical a diferentes figuras geométricas no supo distinguirlos; en diferentes dibujos, no supo reconocer los objetos.

Atención activa.- Ligeramente disminuida tarda en contestar cinco segundos.

Pruebas de Bourdon y de Binet.- Las e-

jecuta, aunque con lentitud.

Prueba de Kraspelin.- No la hace.-

Prueba de Münsterbeg.- Inmediatamente - después de ejecutados los movimientos una sola vez, tienden a hacerse en el mismo sentido.

Memoria.- Amnesia anterógrada y lagunar, en relación con los ataques.

Juicio y raciocinio.- Autocrítica y autocritica abolidos.-

Pruebas de silogismo, de frases absurdas, de Ziehen, el enfermo repite unicamente las palabras.

Prueba de Finkk.- No da ninguna explicación a los diferentes refranes; solo los repite nuevamente; y el mismo resultado se obtiene con la de Maeselon y la de Ett Etting.

Hipoafectividad y abulia.-

Variabilidad de carácter: egoísta, irritable.

Exámen serológico.- Reacción de Wassermann, negativa en la sangre y en el líqui-

do céfalo-raquídeo: negativa.

Exámen físico.- Dolicocefalia, microcefalia, bóveda ojival, implantación defectuosa de los dientes; reflejos pupilares a la luz y a la acomodación disminuídos; reflejos rotulianos exaltados.

Diagnóstico.- Epilepsía esencial.

Etiología.- Desconocida.

2.- A. G.- de 60 años de edad, natural de Puebla, Pue., casado, latonero, ingresó al M. G. el 26 de Julio de 1926.

Antecedentes familiares.- Padre alcoholico inveterado. Ocho hijos, de los que han muerto tres ignorándose las causas.

Antecedentes personales.- No se conoce el desarrollo de sus facultades intelectuales en su infancia; fué sano. En su juventud ha sufrido de tifo y afecciones gastrointestinales.

Alcohólico pertináz, fuma en demasía.

Antecedentes de la enfermedad.- No se sabe la fecha exacta de aparición del pri-

mer ataque, sólo que fué a raíz de una bo-
rrachera. y raciocinio abolido. Estereotipa-
do. A su ingreso sufrió de período de excita-
ción psico-motriz, que le duró ocho días en
el curso del cual se le observó: correr por
los corredores del pabellón, y detenerse -
bruscamente delante de las puertas y venta-
nas, arrodillándose para rezar en voz alta -
o cantar en latín; manifestando hacerlo a-
sí para alejar al diablo.

Fuere oportunidad de ver uno de estos -
accesos e interrogado manifestaba que lo
perseguía, que querían matarlo ya que él -
es el hijo de Dios, arrodillándose y can-
tando. Después de estos accesos, caé en
sueño profundo, para levantarse con cefalea
quebrantamiento general y en estado confu-
sional. En su niñez, ignorado; sufrió de
Las crisis epilépticas se le han obser-
vado con relativa periodicidad en estos úl-
timos meses, pero en los primeros días de
su ingreso eran muy frecuentes e intensas

acostumbrado tomar toda clase de drogas

Memoria.- Amnesia retro-anterógrada.

Juicio y raciocinio abolidos. Estereotipia.

Afectividad abolida. Abulia.

Las diferentes pruebas de exploración psíquica, se hicieron sin ningún resultado, exceptuando la de Reih, que la hizo después de un minuto de intervalo.

Diagnóstico.- Epilepsia esencial en período demencial.

Etiología.- Alcohólisto crónico.

Núm. 3.- A. R. O. de 25 años de edad, natural de Querétaro, Gro., casado, cantante, ingresó al M. G. el 30 de Abril de 1925.

Antecedentes familiares.- Padres alcohólicos consuetudinarios.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual en su niñez, ignorado; sufrió de varicela. En la edad adulta ha padecido de enfermedades venereas: blenorragia, chancro sifilitico y adenitis inguinal no supurada y accidentes secundarios.

Acostumbra tomar toda clase de bebidas

Memoria.- Amnesia retro-anterógrada.

Juicio y raciocinio abolidos. Estereotipia.

Afectividad abolida. Abulia.

Las diferentes pruebas de exploración psíquica, se hicieron sin ningún resultado, exceptuando la de Reih, que la hizo después de un minuto de intervalo.

Diagnóstico.- Epilepsia esencial en período demencial.

Etiología.- Alcohólisto crónico.

Núm. 3.- A. R. O. de 25 años de edad, natural de Querétaro, Gro., casado, cantante, ingresó al M. G. el 30 de Abril de 1925.

Antecedentes familiares.- Padres alcohólicos consuetudinarios.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual en su niñez, ignorado; sufrió de varicela. En la edad adulta ha padecido de enfermedades venereas: blenorragia, chancre sifilitico y adenitis inguinal no supurada y accidentes secundarios.

Acostumbra tomar toda clase de bebidas

alcohólicas y embriagándose frecuentemente.

Antecedentes de la enfermedad.- Dos años antes de su ingreso y debido a un golpe contuso en el cráneo, empezó a sufrir de ataques convulsivos que se clasifican de epilépticos.

En el H. C. se le ha observado, crisis convulsivas, frecuentes, periódicas, seguidas de períodos de excitación psico-motriz, en los que el enfermo corre por los corredores de su pabellón, gritando, con ideas delirantes de grandeza y de persecución, agrediendo a sus compañeros y vigilantes. En el intervalo de las crisis sufre de calambres en los dedos de las manos, - bajo la forma de contracciones dolorosas, - que le duran aproximadamente unos cinco minutos, seguidas de pérdida momentánea de conocimiento y amnesia consecutiva.

Inspección.- Se presenta tranquilo, desquidado en su persona, contesta a las preguntas del interrogatorio después de cierto tiempo, habiendo necesidad de repetirle

las preguntas, con lentitud y relativa corrección, pero al cabo de cierto tiempo - vuélvese altanero y contesta negativamente o no contesta.

Ha sido completamente imposible hacer - en él, ninguna de las pruebas de exploración psíquica, porque el enfermo no contestaba o lo hacía con altanería, manifestando que su misma enfermedad le imposibilitaba para hacer cualquier trabajo, y en varias ocasiones que tuve que examinarlo en el curso de exploración el enfermo perdía conocimiento momentáneamente, para recuperarlo - después de unos cinco minutos, quedando en un estado confusional marcado.

Exámen psíquico.- Orientación.- O. auto-psíquica, desorientación alopsíquica.

Lentitud en la asociación de ideas.

Atención disminuída; tarda en contestar seis segundos. Amnesia retrógrada y lagunas. Juicio y raciocinio disminuídos. Hipoafectividad. Variabilidad de carácter.

Exámen serológico.- Reacción de Wassermann en la sangre: debilmente positiva.

Diagnóstico.- Epilepsia esencial.

Etiología.- Alcohólicismo crónico.

Hia. 4.- R. P. R. de 29 años de edad, - soltero, natural de México, mecánico, ingresó al H. G. el 19 de Noviembre de 1926.

Antecedentes familiares.- Sin importancia.

Antecedentes personales.- Desarrollo mental en su niñez mediano; sufrió de sarampión. En su juventud ha sufrido de afecciones gastro-intestinales y enfermedades venereas: blenorragia, chancro y adenitis inguinal no supurada.

Acostumbra tomar bebidas alcohólicas en exceso, fuma moderadamente.

Antecedentes de la enfermedad.- Hace 7 años que sufre de ataques con caracteres de epilépticos, precedidos de aura sensitiva (sensación de desvanecimiento). Estas crisis son diurnas y nocturnas, sucediéndose

con frecuencia; habiendose alejado en los últimos meses. (mayo a la fecha).

De carácter dócil se ha vuelto egoísta, irritable.

Inspección.- Se presenta tranquilo, limpio en su persona y en sus vestidos, melancólico, contestando al interrogatorio con corrección y relativa exactitud.

En su exploración psíquica anoto: orientación auto-psíquica y alopsíquica. Ideación congruente. Lentitud en la asociación de ideas. Atención disminuida, tarda en contestar cinco segundos. Amnesia lagunar en relación con los ataques. Dismnesia. Juicio y raciocinio.- autocrítica y eterocrítica - ligeramente disminuidos.

Las pruebas de exploración psíquica: - Heilbronner, Bourdon, Binet, silogismos, etc. fueron resueltas con satisfacción, exceptuando el tiempo transcurrido para su resolución (cinco segundos). La de Münsterberg inmediatamente de ejecutados los movimientos, tienden a hacerse en el mismo sentido.

Variabilidad de carácter.

Diagnóstico: Epilepsia esencial.

Etiología.- Alcohólicismo.

Núm. 5.- A. S. de 28 años de edad, -
natural de México, soltero, ingresó al -
M. G. el 7 de Junio de 1927.

Antecedentes familiares.- Sus padres -
fueron alcohólicos consuetudinarios, falle-
ciendo debido a la misma causa. Dos herma-
nos, ignorándose su paradero.

Antecedentes personales.- Desarrollo
mental en su infancia menos que mediano;
habiendo sufrido de sarampión. Antecedentes
de enfermedades venéreas negativos.

No ha acostumbrado bebidas alcohóli-
cas y fuma en demasía.

Antecedentes de la enfermedad.- Re-
fieren los familiares del enfermo que des-
de niño, viene sufriendo los accesos epi-
lépticos que presenta actualmente, atribu-
yéndolos al sarampión, pues inmediatamente
después de haber sanado de la mencionada
enfermedad le aparecieron bruscamente. -

Posteriormente y a la edad de diez años, notaron que no respondía a las preguntas que se le hacían por más sencillas que fueran. Se trató que trabajara y lo colocaron en una carnicería, pero todo fué en vano, pues no prestaba atención a lo que debía hacer y frecuentemente se cortaba, siendo necesaria su separación y evitarle toda clase de trabajo. Las crisis se presentan coincidiendo con el mes lunar, en número variable, diurnas y nocturnas.

De carácter sumamente irritable, a todas las preguntas que se le hacen contesta con enfado incoherentemente, inclinando su cabeza sobre el tórax. A la hora de tomar sus alimentos, los voltea sobre sus vestidos disgustándose a menudo con sus compañeros.

Inspección.- Se presenta tranquilo, indiferente, con sus vestidos en desorden y con restos alimenticios.

Exploración psíquica: Orientación.-

Desorientación auto y alopequica. Incoherencia atención nula. Amnesia. Juicio y raciocinio: auto y heterocrítica abolidos.-

Las pruebas de exploración psíquica - sin ningún resultado; y hasta la de Reich la ejecuta el enfermo después de unos 10 minutos de intervalo, de lo que se desprende marcado déficit global de todas sus facultades intelectuales.

Irritabilidad del carácter.

Diagnóstico: Demencia epiléptica.

Etiología: Herencia alcohólica. Sarampión.

Núm. 6.- F. B. de 25 años de edad, natural de México, soltero, encuadernador, ingresó al H. G. el 9 de Mayo de 1926.-

Se desconocen datos acerca de los antecedentes familiares, personales y de la enfermedad, por no haber persona alguna que los suministre.

Evolución de la enfermedad.- Desde la fecha de su ingreso se le han observado -

crisis epilépticas características del gran mal sucediéndose tan rápidamente que han conducido al enfermo en un breve tiempo a la demencia. En los primeros meses del año pp. sufría períodos de excitación psicomotriz después de series sucesivas de crisis en las que gritaba manifestando que lo están matando de hambre, que no lo maltraten tanto, que lo dejen salir, porque quieren matarlo.

Inspección.- Se presenta tranquilo, desarreglado, sucio en sus vestidos y en su persona, olor de ratón. Contesta al interrogatorio incoherentemente y después de cierto tiempo que varía de cinco a ocho segundos, a la vez que hay necesidad de repetirle varias veces las preguntas: "estaba en México..... y dice mi mamá... que me hicieron..... una maldad.... me pegaron..... y me hicieron groserías.... en el sentido de la cabeza..... me dijo mi mamá..... nada más..... tuviera..... yo loco..... jugando por allá nada más de grosero

..... he venido a hablar a mi mamá.....
y con esto nada más nada más...
ahora sí..... después de eso..... andaba
jugando ahora sí que de papelero (se rió) -
me llevaron con mi mamá..... nada más que
..... nada más (risas). etc.

En otra ocasión llegó corriendo manifes-
tando que le pegan unos individuos que están
allí..... junto al calabozo y me dicen
de mi pobre madre (llora) nada más.. desde
allí..... nada más me quieren ma-
tar.

Exploración psíquica.- Desorientación
alopsíquica. Ideación: incoherencia, alu-
cinaciones visuales y auditivas, delirio
de persecución. Percepción: nula. Memoria:
amnesia. Juicio y raciocinio abolidos.

Diagnóstico: Demencia epiléptica.

Etiología: desconocida.-

Núm. 7.- J. J. S. de 22 años de edad, -
natural de México, soltero, vulcanizador
de llantes, ingresó al M. G. el 26 de A-

bril de 1926.

Antecedentes familiares.- Padres alcoholicos contumaces.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual en su niñez menos que mediano; - fué sano. Sufrió en su juventud de blenorragia, acompañada de adenitis inguinal no supurada. Onanista.

Acostumbra desde la edad de 15 años, tomar toda clase de bebidas alcohólicas embriagándose frecuentemente.

Antecedentes de la enfermedad.- Desde la edad de tres años le aparecieron los ataques, sin causa determinante, precedidos de aura visual (circulos de fuego) presentándose por lo regular bajo la forma de crisis nocturnas, casi diarias y en número crecido. Le observé lo arriba descrito aunque no tan frecuentes coincidiendo con el ses lunar. En el intervalo de las crisis es de carácter relativamente dócil, obediente y trabajador, pero al acercarse las crisis -

vuélvese irritable y egoísta.

Inspección.- Se presenta tranquilo, fisonomía epiléptica, arreglado en su persona, dolicocefalo, con anomalías de implantación y forma de los pabellones auriculares, con lóbulos suplementarios adelante del tragus. Annefacial.

Exploración psíquica: Orientación: O. autopsíquica y ligera desorientación en tiempo y lugar. Ideación: lentitud en asociación de ideas; prueba de asociaciones verbales de Jung: por contraste. Atención: disminuida contesta después de seis segundos. Se distrae con frecuencia al menor ruido exterior. Prueba de Heilbronner: relativamente resuelta después de cierto tiempo. Pruebas de Bourdon; de Binet, de Kraepelin resueltas satisfactoriamente y con ligera lentitud. Prueba de Münsterberg: inmediatamente después del primer noviniendo, estos tiende a hacerse en el mismo sentido. Memoria: dismnesia y amnesia lagu-

nar en relación con los ataques. Juicio y raciocinio: autocrítica relativa atero-crítica abolida. Pruebas de Ziehen, Finck, - Nasselon, Eblinhaus, no resueltas, solo - repite el enunciado: verbigeraciones. Hiper-afectividad. Abulia. Variabilidad de carácter.

Exámen físico.- Dolicocefalo, anomalía de implantación y forma de los pabellones auriculares con lóbulos suplementarios delante del tragus, bóveda ojival, anefacial, reflejos pupilares a la luz perezosos, rotulianos casi normales.

Diagnóstico: Epilepsia esencial.

Etiología: Herencia alcohólica y alcoholismo crónico personal.

Hist. S.- J. A. Natural de Veracruz, de veinticinco años de edad, soltero, ingresó al M. G. el 3 de Abril de 1927.

Antecedentes familiares.- Padre alcohólico consuetudinario.

Antecedentes personales.- Desarrollo mental en su niñez mediano; fué sano. En su -

juventud sufrió de blenorragia y de paludismo. Costumbres morigeradas.

Antecedentes de la enfermedad.- Refiere el enfermo que hace aproximadamente doce años después del paludismo, comenzó con los ataques que por sus caracteres se clasifican de epilépticos, precedidos de aura sensitiva (sensación de opresión en la región precordial) o aura psíquica (presentimiento de alguna desgracia) y otras veces solo se presenta el aura, acompañada de vértigo. Se presenta coincidiendo con el mes lunar.

Inspección.- Se presenta tranquilo, limpio en su persona y en su vestir, sin ninguna anomalía de desarrollo, de estatura mediana, indiferente, contestando al interrogatorio con bastante corrección y con ligera lentitud.

Exámen psíquico.- Orientación: O. autopsíquica, orientado en lugar y ligera desorientación en tiempo. Ideación: lentitud en asociación de ideas. Percepción: clara y concisa. Prueba de Heilbronner resuelta -

satisfactoriamente. Atención disminuida, contesta después de cinco segundos; pruebas de Bourdon, Binet, Kraepelin, resueltas, aunque con cierto retardo. Prueba de Nünsterberg: inmediatamente ejecutado el primer movimiento; los demás movimientos - tienden a hacerse en el mismo sentido. Memoria: amnesia lagunar. Juicio y raciocinio: auto-crítica relativa, heterocrítica disminuída. Las diferentes pruebas se hacen cometiendo varios errores. Hipoafectividad. Abulia. Variabilidad de carácter.-

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: herencia alcohólica, paludismo.

Núm. 9.- J. G. H. Natural de Pueblo Isla, Gro., soltero, de 25 años de edad, albánil, ingresó al M. G. el 25 de Julio de 1925.

Antecedentes familiares.- Padres alcohólicos pertinaces, fallecieron, la madre - ignorándose la causa y el padre de "espan-to"

Antecedentes personales.- Desarrollo mental de su infancia desconocido; habiendo sufrido de sarampión y en su juventud de paludismo y blenorragia.- Alcohólico consuetudinario, fumador constante.

Antecedentes de la enfermedad.- Se ignora la fecha de aparición del primer ataque. En el M. G. se le observa coincidiendo con el mes lunar, de carácter francamente epiléptico y precedidos de aura secretoria (salivación abundante y en ocasiones movimientos de deglución).

A su ingreso sufrió un período de excitación psicomotriz intenso y prolongado, - corriendo por los corredores de su pabellón gritando, arrojando su sombrero por lo alto manifestando que llovía dinero y colocando aquél en actitud de recibirlo. Este estado se presentó en los meses de mayo y junio - del presente año, en ocasión de la rápida sucesión de las crisis, con los caracteres arriba mencionados, agrediendo a sus compañeros, de duración de diez días, al cabo -

de los cuales caé en sueño profundo, levantándose al día siguiente con sensación de laxitud y diciendo que estuvo loco. Variabilidad de carácter.

Inspección.- Se presenta tranquilo, indiferente, desaxreglado y sucio en su persona, facies epiléptica contestando con lentitud al interrogatorio.

Exámen psíquico: Orientación: O. autopsíquica, desorientado en tiempo y orientado en lugar. Ideación: lentitud en asociación de ideas. Alucinaciones visuales. Percepción: retardada. Prueba de Heilbronner retardada para su comprensión. Atención disminuída, contesta después de seis segundos. Prueba de Bourdon: resuelta con lentitud. Prueba de Binet: no resuelta, tres errores. Prueba de Kraebelin: resuelta con mucha lentitud. Prueba de Münsterberg: los movimientos tienden a hacerse inmediatamente en el mismo sentido. Memoria: amnesia retro-anterógrada. Juicio y raciocinio: -

auto y heterocritica abolidos. Solo repite el enunciado para las diferentes pruebas: Verbigeraciones. Variabilidad de carácter.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: herencia alcohólica y alcoholismo crónico personal.

Núm. 10.- J. J. de 25 años de edad, soltero, albañil, originario de México, ingresó al H. G. el 25 de Julio de 1926.

Antecedentes familiares: desconocidos.-

Antecedentes personales.- datos acerca de su desarrollo intelectual y físico desconocidos. Individuo de costumbre alcohólicas arraigadas, fuma con moderación.

Antecedentes de la enfermedad.- desde la edad de tres años le aparecieron las crisis convulsivas, aumentando progresivamente en frecuencia e intensidad produciendo mordeduras en el labio superior, en el borde de la lengua. En el H. G. se le observan los ataques francamente epilépticos - característicos del gran mal, precedidos

de aura sensitiva (sensación de opresión en la región precordial) o motora (deseos de correr). Tuve oportunidad de ver que en diferentes ocasiones el enfermo ejecutando su trabajo dejaba de hacerlo dando varios pasos para volver inmediatamente a hacerlo.

Inspección.- Se presenta tranquilo, arreglado en su persona y en su vestido, contestando al interrogatorio con palabra lenta y difícil.

Examen psíquico.- Orientación.+ O. auto-psíquica desorientación en tiempo y lugar. Ideación: lentitud en la asociación de ideas. Percepción lenta. Prueba de Heilbroner resuelta con retardo. Atención disminuída. Contesta después de cinco segundos. Pruebas de Bourdon, Binet, etc. resueltas con lentitud. Memoria: amnesia retrógrada. Juicio y raciocinio auto crítica y heterocrítica casi abolidos. Pruebas para su exploración sin ningún resultado.

Diagnóstico: epilepsía esencial.

Etiología: alcoholismo crónico.

Núm. 11.- R. M. de 25 años de edad, natural de San Andrés Tuxtla, Ver., soltero, ingresó al M. G. el 1° de Junio de 1927.

Antecedentes familiares.- Padre alcohólico consuetudinario; cuatro hermanas de las que una sufre de ataques histéricos.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual en su niñez menos que mediano, sufrió de sarampión. En su pubertad de reumatismo, antecedentes venéreos negativos.

Costumbres morigeradas.

Antecedentes de la enfermedad.-a Desde la edad de 14 años sufre de tisis convulsivas que se clasifican de epilépticas sin cura que se atribuyen a un susto que sufrió cuando lo arrastró un caballo. Se le observaron crisis nocturnas con convulsiones clónicas y tónicas, emisión involuntaria de orina y de materias fecales, continuando el enfermo su sueño y despertando con cefalea y ligero estado confusional. En el día y con mucha frecuencia se le observa palidez súbita de la cara acompa-

ñada de sensación de desvanecimiento.

Inspección. Se presenta tranquilo, desarrreglado en su persona, con los cabellos en desórden y sucios sus vestidos, facies epiléptica contestando al interrogatorio con lentitud.

Exámen psíquico. Desorientación auto y alopsquica. Ideación: retardo en la asociación de ideas. Percepción lenta. Prueba de Heilbroner lenta para su comprensión. Atención disminuída, contesta al cabo de seis segundos. Prueba de Bourdon resuelta con marcado déficit para su comprensión. Prueba de Binet: cometiendo tres errores no es resuelta, el mismo resultado se obtiene con la de Kraepelin. Memoria: amnesia anterógrada y lagunar. Juicio y raciocinio: auto y heterocrítica muy disminuídos; pruebas diferentes sin resolución repitiendo solamente las palabras: verbigeraciones. Hipoaffectividad. Abulia.

Exámen físico.- Estigmas de degeneración: escafocefalia, asimetría facial, - -

bóveda ojival, reflejos pupilares peresosos rotulianos ligeramente exaltados.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: herencia alcohólica.

Núm. 12.- J. G. natural de Colima, de 20 años de edad, jornalero, soltero, ingresó al M. G. el 13 de Julio de 1925.

Antecedentes familiares.- Desconocidos.

Antecedentes personales.- Desarrollo mental en su infancia ignorado; habiendo sufrido de sarampión, varicela. Antecedentes venéreos negativos. Acostumbraba tomar pulque en exceso en las comidas. Fuma con moderación.

Antecedentes de la enfermedad.- A su ingreso el enfermo manifestaba lo siguiente: "no conocí padres y me crié con unas señoras que se mantenían de limosna. A los diez años me comenzaron los ataques, atribuyéndolos a que un señor que estaba a un lado de una noria, donde sacaba agua para darle a unos caballos, lo cogió de

los pies y lo puso dentro de ella; del -
susto me vinieron unos calambres y luego
los ataques. Al principio cada tres meses,
pero que se han hecho más frecuentes, sen-
tía que se me entumecía el cuerpo, me -
desesperaba y echaba a correr para que no
me dieran, luego no sabía nada de mí.
Le observé los ataques bajo forma de cri-
sis diurnas y nocturnas coincidiendo con
el mes lunar, en el intervalo de las cua-
les hay gran variabilidad de carácter, -
irritándose a menudo. Al interrogatorio -
se comprueban los datos arriba descritos,
con gran lentitud en su discurso, distra-
yéndose al ruido más insignificante.

Inspección.- Se presenta tranquilo, -
con sus vestidos limpios y llena sus bol-
sas de papeles, (en los que tiene toda cla-
se de papeles con diferentes dibujos, de
una simplicidad manifiesta y cuentas de -
aritmética, principalmente sumas).

Exámen psíquico.- Orientación: O. auto-
psíquica y desorientación alopsíquica. -

Ideación: lentitud en asociación de ideas. Ilusiones hipnagogas. Percepción: con intervalo de cuatro segundos se da cuenta de lo que se le enseña. Prueba de Heilbroner, resuelta con lentitud reconociendo todos los objetos que se le muestran. Atención activa contesta al cabo de cuatro segundos. Pruebas de Bourdon, de Binet, de Kraepelin, lentas para su resolución. Prueba de Münsterberg: los movimientos tienden a hacerse inmediatamente en el mismo sentido. Memoria amnesia anterógrada y lagunar en relación con los ataques. Juicio y raciocinio: auto crítica y heterocrítica disminuídos; diferentes pruebas para su resolución sin resultado. Hipoafectividad abulia variabilidad del humor.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: desconocida.

Núm. 13.-S. V. de 40 años de edad aproximadamente, natural de México, soltero, - ingresó al H. G. el 11 de Junio del presente año.

Antecedentes familiares: padre de hábitos alcohólicos, murió de tifo; la madre murió ignorándose las causas.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual menos que mediano. Ha sido sano - Ha acostumbrado bebidas alcohólicas desde su juventud embriagándose con frecuencia.

Antecedentes de la enfermedad.- A la edad de tres años le aparecieron los ataques precedidos de aura visual (círculos de fuego) que han ido aumentando en número e imposibilitándolo para hacer toda clase de trabajos, golpeándose muy a menudo. En este servicio se le han observado las crisis convulsivas diurnas y nocturnas, coincidiendo con el mes lunar, sufriendo de períodos de excitación psico-motriz en los que después de ellas canta, grita y llora, manifestando ser Domingo Escarciega.

Inspección.- Se presenta tranquilo, desarreglado en su persona y vestidos, con ligera exaltación contestando de una mane-

ra altanera y lenta tranquilizándose después. En el curso del interrogatorio varias veces se detenía manifestando que se va, - pero que no tiene sombrero, que lo llaman y camina de un lado y otro de la pieza en que se hace la observación.

Exámen psíquico.- Orientación: ligera - orientación autopsíquica, alopsíquica desorientado. Ideación: incoherencia, alucinaciones visuales y auditivas. Percepción: - lenta y difícil. Prueba de Heilbronner sin resolución. Atención disminuida ocho segundos para contestar; sus diferentes pruebas sin ningún resultado, contesta incoherencia Memoria: amnesia. Juicio y raciocinio: abolidos. Diferentes pruebas solo repite el enunciado: (verbigeraciones) o contesta incoherentemente. Hipoafectividad. Abulia. -

Exámen físico.- Estrabismo izquierdo, - numerosas cicatrices de heridas contusas en el cráneo, temblor lingual, digital, labial y palprebral de mediana intensidad. Reflejo oculares perezosos. Rotulianos exaltados.

Diagnóstico: epilepsia en estado demencial.

Etiología.- Herencia alcohólica y alcoholismo crónico personal.

Núm. 14.- R. C. S. de 40 años de edad, natural de Mazapil, Zac., soltero, ingresó al M. G. el 7 de Junio de 1925.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales.- Desarrollo mental de su niñez y juventud desconocido.

Sufrió hace 19 años de hemorragia acompañada de adenitis sinusal no supurada.

Alcohólico consuetudinario, fumador contumaz.

Antecedentes de la enfermedad.- Se desconocen.

Le observé crisis convulsivas características de gran mal sin ser precedidas de aura, coincidiendo con el mes lunar después de las cuales el enfermo queda en estado de excitación psico-motriz, de duración variable, de diez días hasta un mes, en las que camina aprisa por los corredores

hablando sólo, quejándose del mal trato y falta de alimentación, insultando a sus compañeros, que más que Jesucristo, que lo dejen en paz o que lo maten de una vez, agrediendo a sus compañeros por lo que es necesario en ocasiones ponerle camisa de fuerza. De carácter sumamente irritable contesta a las preguntas que le hacen con marcado enfado o no contesta.

Inspección.- Se presenta con sus vestidos sucios, desarreglados, actitud altanera y desconfiada, conservando este estado durante las diferentes exploraciones, contestando de la misma manera o no, con amplias cicatrices en la región parietal izquierda.

Exámen psíquico.- Orientación: O. autopsíquica y desorientación alopsíquica. Ideación: incoherencia, alucinaciones visuales y auditivas, delirio de persecución. Percepción lenta. Prueba de Heilbronner sin resultado. Atención disminuída contesta -

después de seis segundos. Diferentes pruebas sin resolución. Memoria: amnesia retroantegrada. Juicio y raciocinio: abolidos. - Carácter francamente irritable.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: alcoholismo crónico.

Núm. 15.- S. G. natural de Pachuca, Ego. de 22 años de edad, soltero, ingresó al H. G. el 29 de Julio de 1924.

Antecedentes familiares.- Padres alcohólicos consuetudinarios.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual en su niñez desconocido, habiendo sufrido de viruela, en su juventud de tifo, habiendo quedado con hemiplejia espástica del lado izquierdo. Alcohólico consuetudinario.

Antecedentes de la enfermedad. Desde la edad de diez años le aparecieron los ataques bajo forma de crisis convulsivas características de gran mal que han ido aumentando progresivamente en número e intensidad -

Ingresó al H. G. el 4 de agosto de 1924.

(casi diarias). Le observé crisis diurnas y nocturnas con mayor frecuencia en ocasión del mes lunar, precedidas de aura visual - (circuitos de fuego). De carácter irritable en el intervalo de las crisis.

Inspección. Se presenta tranquilo, indiferente, desarreglado en su persona, con los cabellos en desorden, los vestidos con restos de alimentos, contestando incoherentemente al interrogatorio.

Exámen psíquico.- Orientación:-desorientación auto y alopsíquica. Ideación incoherente. Percepción: abolida. Memoria: amnesia. Juicio y raciocinio: abolidos. Atención: completamente disminuída; prueba de Reich sin ningún resultado. Carácter irritable. Abulia.

Diagnóstico.- Demencia epiléptica.

Etiología. Alcohólisto hereditario y personal.

Núm. 16.- V. O. de 45 años de edad, natural de Salamanca, Oto., casado, jornalero, ingresó al M. G. el 4 de Agosto de 1926.

Antecedentes familiares.- Padre alcohólico consuetudinario; nueve hermanos de los que uno sufrió de ataques.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual en su niñez nulo; habiendo sufrido de viruela y sarampión. Antecedentes venérecos negativos. Era muy nervioso y de carácter irritable. Alcohólico consuetudinario.

Antecedentes de la enfermedad.- A la edad de diez años le apareció el primer ataque que se clasifica de epilépticos, precedidos de aura visual (vé a la Virgen). Con intervalo de veinte a treinta días se le han observado las crisis con los caracteres arriba descritos, pero además en ocasiones presenta palidez súbita de la cara, temblor generalizado y grito, sin caída, volviendo el individuo rápidamente en sí y continuando su trabajo.

Inspección.- Se presenta tranquilo, relativamente limpio en su persona y vestidos contestando al interrogatorio con lentitud.

Exámen psíquico.- Orientación: O. auto-psíquica, desorientación alopsíquica. Ideación: lentitud en asociación de ideas. Percepción lenta; prueba de Heilbroner buen resultado después de cinco segundos. Atención disminuída contesta al cabo de cinco segundos. A excepción de la prueba de Bourdon que se resolvió satisfactoriamente, las otras pruebas no pudieron ser ejecutadas por ignorancia del enfermo. Memoria: amnesia retrograda y lagunar en relación con los ataques. Juicio y raciocinio: auto y heterocrítico sumamente disminuídos. Hiperafectividad. - Abulia.

Pronóstico: epilepsia esencial.

Etiología: herencia alcohólica y alcoholismo personal.

Núm. 17.- F. L. de 42 años de edad, natural de México, zapatero, soltero, ingresó al H. G. el 13 de Septiembre de 1925.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales: desarrollo mental de su infancia desconocido. Ha sufrido

de tifo, afecciones gastro-intestinales y de blenorragia. Ha acostumbrado tomar toda clase de bebidas alcohólicas desde la edad de 20 años embriagándose con frecuencia.

Antecedentes de la enfermedad.- A consecuencia de las continuas borracheras, empezó a sufrir de crisis convulsivas que se clasifican de epilépticas, sin ser precedidas de aura desde la edad de 25 años. Le observé crisis convulsivas nocturnas y diurnas, no muy alejadas coincidiendo con el mes lunar, seguidas de ligero estado confusional.

Inspección. Se presenta tranquilo, abandonado en su persona, desaseado, con barba y cabellos crecidos y en desorden, disímula, contestando al principio de interrogatorio con relativa corrección, pero al cabo de unos cinco minutos de manera altanera.

Examen psíquico.- Orientación. O. auto y alopsíquica. Ideación: lentitud en la asociación de ideas. Percepción: lenta; prueba de Heilbronner resuelta aunque con lentitud. Atención disminuida cinco segundos tarda para

contestar. Pruebas de Bourdon, Binet, Kraspelin resueltas satisfactoriamente exceptuando su lentitud. Prueba de Münsterberg: los movimientos tienden a hacerse inmediatamente después del primero en el mismo sentido. Memoria: amnesia retrograda y lagunas en relación con los ataques. Juicio y raciocinio: autocritica y heterocritica disminuidos. Pruebas de silogismo, frases absurdas, con varios errores. Prueba de Ziehen resuelta teniendo en cuenta además la poca cultura del enfermo. Prueba de Masselon no resuelta. Hipoafectividad. Carácter irritable.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: alcoholismo crónico.

Hist. -16.- P. S. de 29 años de edad, natural de Tlalpan, D. F., soltero, ingresó al M. G. el 12 de Agosto de 1920.

Antecedentes familiares.- Padres alcohólicos consuetudinarios.

Antecedentes personales.- Desarrollo mental de su niñez mas que mediano. Sufrió de

neuralgias faciales. Antecedentes venéreos negativos. Muy nervioso. Fuma en demasía y toma bebidas alcohólicas en poca cantidad.-

Antecedentes de la enfermedad.- A la edad de catorce años le apareció el primer ataque, debido a una afección moral; estos ataques fueron aumentando en número e intensidad y son característicos del gran mal epiléptico. Primero al año, después a los seis meses fueron haciéndose cada vez más cercanos para llegar a presentarse cada veintiocho o treinta días, que es lo que observé y seguidos con frecuencia de períodos de excitación psicomotriz en los que el enfermo grita, corre por los corredores o bien se arrodilla y reza delante de las puertas y ventanas pidiendo a Dios que lo defienda. De carácter francamente irritable.

I.-Se presenta tranquilo abandonado en su persona contestando con incoherencias: que tiene veintinueve años de estar encerrado en el manicomio, es decir desde su fundación; - que desea irse pues sus padres y los santos lo llaman muy a menudo y que con ellos esta-

rá mejor, más tranquilo sin que nadie lo persiga.

Exámen psíquico. Orientación: desorientación auto-psíquica y adopsíquica. Ideación: incoherencias, alucinaciones visuales y auditivas, delirio místico y de persecución. Percepción: lenta; prueba de Heilbronner con objetos sencillos resultado satisfactorio, aunque lento más complicados no da ningún resultado. Atención disminuída - tarda para contestar seis segundos. En diferentes pruebas de exploración resultado mediano, Memoria: amnesia anterógrada y lagunas en relación con los ataques. Juicio y - raciocinio: auto y heterocrítica abolidos; - pruebas para su demostración sin ningún - resultado. Hiperafectividad. Abulia. Carácter irritable.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: ignorada.

Núm. 19.- A. G. de 22 años de edad, natural de Cosamaloapam, Ver., soltero, mecánico, ingresó al M. G. el 26 de Mayo del -

presente año.

Antecedentes familiares.- padre alcohólico consuetudinario, falleció ignorándose las causas. La madre murió de anemia; cinco hermanos sanos, aparentemente.

Antecedentes personales.- Desarrollo mental en su niñez mediano. Curso primaria hasta cuarto año, con regular aprovechamiento. Muy nervioso. Sufrió de paludismo, y de parásitos intestinales hace ocho años. - De uretritis gonocócica, chancros y adenitis inguinal no supurada hace seis años. - Dos años antes de su ingreso empezó a abusar de las bebidas alcohólicas entriagándose con frecuencia, fuma moderadamente.

Antecedentes de la enfermedad.- Hace dos años aproximadamente empezó a cambiar de carácter volviéndose egoísta, irritándose al menor motivo, apareciéndole la primera crisis epiléptica precedida de aura sensitiva (sensación de desvanecimiento) a continuación de una borrachera. Estas crisis fueron aumentando en intensidad y en número

siendo necesaria su internación en el H.C.

Le observé crisis diurnas periódicas de veintiocho a treinta días de intervalo permaneciendo el enfermo de carácter irritable y en estado de excitación psico-motriz no muy intensa, hablando continuamente, caminando y recogiendo todo lo que encuentra, tomando los objetos de uso personal y de cierto valor de enfermos y vigilantes y guardándolos; habla de su escuela, de su antiguo trabajo, de su familia y al hacerlo se le saltan las lágrimas.

m Exploración psíquica.- Orientación: O. autopsíquica y ligera desorientación en tiempo y lugar. Ideación.- Logorrea, lentitud en la asociación de ideas. Percepción: clara y concisa; prueba de Heilbronner resultado satisfactorio. Atención: disminuida, contesta después de seis segundos. Pruebas de Bourdon, Binet, y Kraebelin resultados satisfactorios exceptuando cierta lentitud. Prueba de Münsterberg: inmediatamente los movimientos tienden a hacerse en el mismo

sentido. Memoria: amnesia anterógrada y lagunar. Juicio y raciocinio: autocrítica y heterocrítica disminuídos. Pruebas de Ziehen de Masselon, de Eblinhausse resueltas con relativa precisión. Hiperafectividad. Abulia. Cleptomanía. Variabilidad de carácter.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: herencia alcohólica, alcoholismo personal, paludismo.

Núm. 20.- C. L. de 20 años de edad, natural de México, D. F., soltero, ingresó al H. G. el 15 de Julio del presente año.

Antecedentes familiares.- Sin importancia.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual en su niñez mediano, cursó su instrucción primaria hasta cuarto año. Ha sido sano. Costumbres morigeradas.

Antecedentes de la enfermedad.- Refiere el enfermo que desde los diez años empezó a sufrir los ataques que por sus caracteres se clasifican de epilépticos y sin ser precedidos de aura. Primero distanciados cada seis meses, de tal manera que podía seguir estudiando aunque cansándose muy a menudo, han

ido aumentando en frecuencia para presentarse en la actualidad cada mes bajo la forma de crisis convulsivas diurnas. De carácter dócil en el intervalo de ellas, vuélvese irritable y egoísta antes y después.

Inspección.- Se presenta tranquilo, arreglado en su vestir con ligero acnefacial, - disminia, contestando con ligera lentitud - al interrogatorio demostrando, gran interés en su padecimiento.

Exámen psíquico.- Orientación: O. auto - y alopsíquica. Ligera lentitud en la asociación de ideas. Ilusiones hipnagógicas. Percepción: clara; prueba de Heilbronner resuelta satisfactoriamente. Atención: ligeramente disminuída, cinco segundos para contestar.- Diferentes pruebas para su exploración resueltas satisfactoriamente, exceptuando la de Münsterberg en que los movimientos después de dos ejecuciones tienden a hacerse en el mismo sentido. Juicio y raciocinio: - autocrítica relativa, heterocrítica disminuída; diferentes pruebas fueron resueltas

mediamente. Variabilidad de humor. Hipocondría.

Diagnóstico.- Epilepsia esencial.

Etiología.- Desconocida.

Núm. 21.- A. R. natural de México, D. F. de 47 años de edad, casada, costurera, - ingresó al H. G. el cinco de Abril de 1917

Antecedentes familiares.- Padres alcohólicos; su madre falleció de tuberculosis.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual de su niñez mediano; fué sana. En su pubertad sufrió de afecciones gastrointestinales, parásitos. Menstruación periódica y regular. Muy nerviosa. Abusó de las bebidas alcohólicas un año antes de su ingreso, fuma con moderación.

Antecedentes de la enfermedad.- Refiere la enferma que hace catorce años y debido a una afección moral sufre de obnubilación de la vista y sensación de vértigo con pérdida de conocimiento. - En el establecimiento le observé a lo dicho por la enferma palidez súbita de la cara con -

caída con pérdida de conocimiento, movimientos ligeros y amnesia consecutiva. - Últimamente se presentan crisis nocturnas de pequeña intensidad, coincidiendo con sus reglas, caracterizadas por convulsiones clónicas y tónicas de mediana intensidad, levantándose con cefalea y quebrantamiento general. Carácter poco irritable, por lo regular, dócil, obediente y tranquila.

Inspección. Individuo del sexo femenino, se presenta tranquila, arreglada en sus vestidos; contestando al interrogatorio con lentitud y con bastante corrección.

Exámen psíquico.- Orientación: O. auto- y alopsíquica. Lentitud en asociación de ideas. m Percepción: clara aunque lenta; - prueba de Heilbroner resultado satisfactorio. Atención disminuída, contesta a los cinco segundos; pruebas de Bourdon, Binet, Krapelin, resultado satisfactorio, exceptuando su lentitud, para su comprensión - (ocho segundos). Prueba de Münsterberg - los movimientos tienden a hacerse después

de tres ejecuciones, en el mismo sentido. Memoria. Disminuida, amnesia lagunar en relación con los ataques. Juicio y raciocinio: autocrítica relativamente conservada, heterocrítica disminuida. Pruebas de silogismo y de frases absurdas resueltas medianamente. La de Ziehen, resuelta con resultado satisfactorio atendiendo la cultura de la enferma; el mismo resultado con las de Masselon y Eblighause. Hiperafectividad. Abulia. Ligera variabilidad del carácter.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: herencia alcohólica, probablemente parásitos intestinales.

Hija. 22.- B. V. de 30 años de edad, natural de México, viuda, ingresó al H. G. - el 15 de Marzo del presente año.

Antecedentes familiares.- La madre sufrió de ataques epilépticos; una hermana sana, aparentemente. Dos hijos que han muerto - ignorándose las causas.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual en su infancia y pubertad, media-

no. Sufrió en su infancia de varicela. Menstruación regular periódica. Antecedentes venéreos y específicos: negativos. Costumbres morigeradas.

Antecedentes de la enfermedad.- Hace diez años atribuyéndolos a una indigestión, le aparecieron las crisis epilépticas precedidas de aura visual (círculos de fuego) y motriz (temblor en los miembros superiores de mediana intensidad y escalofrío). La observé las crisis con los caracteres arriba descritos; coincidiendo con la menstruación y sufriendo períodos de excitación psico-motriz dos o tres veces en su intervalo, en los que la enferma grita, corre por su pabellón, como repentinamente se detiene con la mirada fija, riéndose.

Inspección.- Se presenta tranquila, relativamente arreglada en su persona y vestidos, contestando a las preguntas que se le hacen con lentitud, habiendo necesidad de repetirselas varias veces, riéndose y repitiendo el enunciado que se le ha he-

cho.

Exámen psíquico; Orientación: O. auto-psíquico y en lugar y desorientada en tiempo. Ideación: lentitud, alucinaciones visuales y auditiva. Percepción lenta, pero clara; prueba de Heilbroner: resultado satisfactorio aunque con ligera lentitud. Atención disminuída, contesta después de seis segundos; pruebas de Bourdon, de Binet, de Kraepelin resueltas satisfactoriamente, teniendo necesidad de repetírselas por cuatro veces para su comprensión. Prueba de Münsterberg no la hizo. Amnesia anterógrada y lagunar. Juicio y raciocinio: auto y heterocrítica muy disminuídos; diferentes pruebas ningún resultado pues solo repite su enunciado: verbigeraciones. Hipoafectividad. Carácter irritable.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: herencia epiléptica.

Núm. 23.- D. N. natural de México, 19 años de edad, soltera, ingresó al H. G. el 17 de Marzo de 1924.

Se desconocen datos acerca de los antecedentes familiares, personales y de la enfermedad por no haber persona que los suministre.

Inspección.- Individuo del sexo femenino, se presenta tranquila, indiferente a lo que le rodea, desarreglada en su persona, con los cabellos en desorden, sus vestidos sucios, con restos de alimentos; contestando al interrogatorio incoherentemente.

Se le ha observado accesos epilépticos bajo la forma de crisis convulsivas diurnas y nocturnas con intervalo de treinta días desde su ingreso a la fecha.

Examen psíquico.- Orientación: desorientación alopsíquica. Ideación: incoherente. Percepción: insuficiencia; prueba de Heilbronner sin ningún resultado. Atención disminuída. Prueba de Reich sin ningún resultado. Memoria amnesia. Juicio y raciocinio abolidos.

Diagnóstico: demencia epiléptica.

Etiología: desconocida.

Núm. 24.- G. P. de 40 años de edad, --

natural de Tlaxcala, Tlax., viuda, ingresó al H. G. el 11 de Noviembre de 1926.

Antecedentes familiares.- Padres alcohólicos consuetudinarios, habiendo fallecido la madre de tifo, el padre ignorándose la causa.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual de su niñez, menos que mediano; - habiendo sufrido de sarampión y escarlatina. Menstruación regular, periódica; aborto gemelar de cuatro meses hace veinticinco años.

Antecedentes de enfermedades venéreas: - negativos. Costumbres morigeradas.

Antecedentes de la enfermedad.- Hace trece años que presenta las crisis convulsivas, coincidiendo con las reglas, precedidas de aura sensitiva (adormecimiento en general) - Le observé las crisis arriba descritas, - sufriendo muy a menudo, cada cuatro o cinco días de períodos de excitación en las que se presentan ideas delirantes de persecución, alucinaciones visuales, cayendo después en sueño profundo, levantándose en estado con-

fusional ligero.

Inspección.- Se presenta tranquila, relativamente arreglada en su persona y vestidos, disimula, contestando al interrogatorio con lentitud y habiendo necesidad de repetirle varias veces las preguntas.

Exámen psíquico.- Orientación: O. auto-psíquica y desorientación alopsíquica. Ideación lentitud en su asociación, alucinaciones visuales y auditivas, ideas delirantes de persecución. Percepción lenta, pero clara; prueba de Heilbronner resuelta satisfactoriamente aunque con lentitud. Atención disminuída, contesta después de cinco segundos; pruebas de Bourdon, Binet, Kraepelin, resueltas medianamente. Memoria amnesia anterógrada y lagunar.- Juicio y raciocinio: autocrítica y heterocrítica casi abolidos; diferentes pruebas de exploración sin ningún resultado repitiendo solamente las palabras: verbigeraciones. Hipoafectividad. Irritabilidad de carácter.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: herencia alcohólica.

Núm. 25.- E. M. de 24 años de edad, natural de Zamora, Mich., soltera, doméstica, - ingresó al H. G. el 27 de Mayo de 1926.

Antecedentes familiares.- Sus padres fallecieron de padre y de neumonía respectivamente. Su padre era alcohólico consuetudinario. Dos hijos sanos aparentemente.

Antecedentes personales.- Desarrollo intelectual de su niñez mediano; fué sana. Menstruación regular, periódica. Antecedentes venéreos: negativos. Costumbres morigeradas. -

Antecedentes de la enfermedad.- Hace dos años aproximadamente que comenzó a sufrir las crisis convulsivas precedidas de aura vasomotriz (palidez de la cara). Le observé las crisis arriba descritas con relativa frecuencia: cada quince días. De carácter dócil se ha vuelto agresiva y sumamente irritable. -

Inspección.- Se presenta tranquila, arreglada relativamente en su persona y vestidos, - contesta al interrogatorio repitiendo las - preguntas que se le hacen riéndose y contestando después.

Exámen psíquico. Orientación: O. auto-psíquica y desorientación de tiempo y lugar. Ideación congruente lentitud en su asociación. Percepción: lenta, pero clara; prueba de Heilbroner resultados satisfactorios aunque lenta en su percepción. Atención disminuída - contesta al cabo de seis segundos. Pruebas de Bourdon, Binet, Knaepelin, medianamente resueltas; prueba de Münsterberg no la hizo. Memoria: amnesia retrógrada y lagunar. Juicio y raciocinio autocríticos relativa heterocrítica disminuída, pruebas de silogismo y frases absurdas sin resultado; La de Ziehen medianamente resuelta atendiendo la poca cultura de la enferma, el mismo resultado con la de Masselon, y de Eblinghause. Hipoafectividad. Abulia. Variabilidad de carácter.

Diagnóstico: epilepsia esencial.

Etiología: herencia alcohólica.

(1). Prueba de Heilbroner.- Consiste en que se presentan al enfermo una serie de dibujos incompletos en serie. El primero tiene unos cuantos rasgos; los siguientes s

van presentando paulatinamente más hasta la figura completa, observando en cual de dichos dibujos reconoce el paciente el objeto.

Prueba de Bourdon consiste en tachar ciertas letras de la página de un libro o bien borrar en series de triangulos, estrellas - cruces, etc., la que se pida.

Prueba de Binet decirle al enfermo que con la mayor rapidéz posible escriba debajo de cada una de tres cifras que se le dan las siguientes.

Prueba de Kraepelin consiste en dar al enfermo una columna de números simples y que vaya sumando de dos en dos y diciendo el resultado o anotándolo.

Prueba de Reith.-- Usada principalmente en vesánicos niños y jóvenes consiste en que el enfermo tiene que separar dos o más clases de semillas que se le dan mezcladas en un recipiente.

Prueba de Münsterberg consiste en hacer que el sujeto trace de modo simultaneo con una mano, líneas verticales y con la otra - horizontales. Al cabo de cierto tiempo, un-

Los movimientos se hacen en el mismo sentido, pero el tiempo transcurrido para ello es más largo en las personas normales que en los enfermos.

Prueba de silogismo de Toulouse.- Se le hacen varias proposiciones construyendo silogismos verdaderos o falsos y se le pide al paciente su opinión.

Prueba de Ziehen.- Consiste en diferenciar los conceptos de palabras que se prestan a confusión, por ejemplo escala y escalera, estanque y laguna, etc.

Prueba de Finck.- Pedir explicación de refranes.

Prueba de Masselon.- Hacer que el enfermo forme frases con tres palabras.

Prueba de Eblinghause consiste en completar las palabras o sílabas que faltan en un discurso.

CONCLUSIONES.

De los veinticinco casos que estudié puedo resumir que: dadas las condiciones de educación y cultura poco avanzadas de los enfermos el enunciado de las pruebas de exploración psíquica era de difícil comprensión. Los epilépticos pertenecientes a otras clases sociales, de mayor cultura son atendidos siempre en sus domicilios, pues la enfermedad se ve desde el punto de vista convulsivo sin darle importancia a su estado mental, y como progresivamente este va disminuyendo, solo cuando el paciente se aproxima a la demencia es cuando se recuerda al especialista.

La causa predisponente que más existe en nuestro medio es la intoxicación alcohólica hereditaria, desarrollándose en organismos debilitados ya sea por enfermedades generales (sarampión, tifo, etc.), o por toxoinfecciones (alcoholismo crónico).

Los trastornos mentales más comunes son:

- 1.- Irritabilidad y variabilidad de carácter

egoísmo.

- 2.- Auras de diferente naturaleza.
- 3.- Accesos de cólera violenta.
- 4.- Delirio epiléptico con sus caracteres fundamentales:

- (a).- Obnubilación de la conciencia;
- (b).- Desorientación auto y alopsíquica;
- (c).- Alucinaciones múltiples (visuales y auditivas)
- (d).- Reacciones múltiples violentas;
- (e).- Amnesia lagunar.

5.- Amnesia anterógrada.

6.- Inteligencia general disminuída.

Las facultades intelectuales van disminuyendo progresivamente, teniendo en cuenta la edad del sujeto, la intensidad y repetición de los accesos para llegar a constituirse un estado demencial.

MEXICO.

TALLE LITOGRAFICOS DE M. SANJUANES SUCC. DON R.

1927.