



1904

N.º 1420

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FENÓMENOS HISTÉRICOS

(Afasia, acusia, afonía)

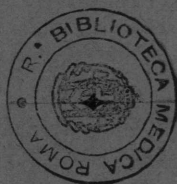
POST-EPILEPSIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GUILLERMO D. SCASSO



BUENOS AIRES

"LA SEMANA MÉDICA", IMPR. DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

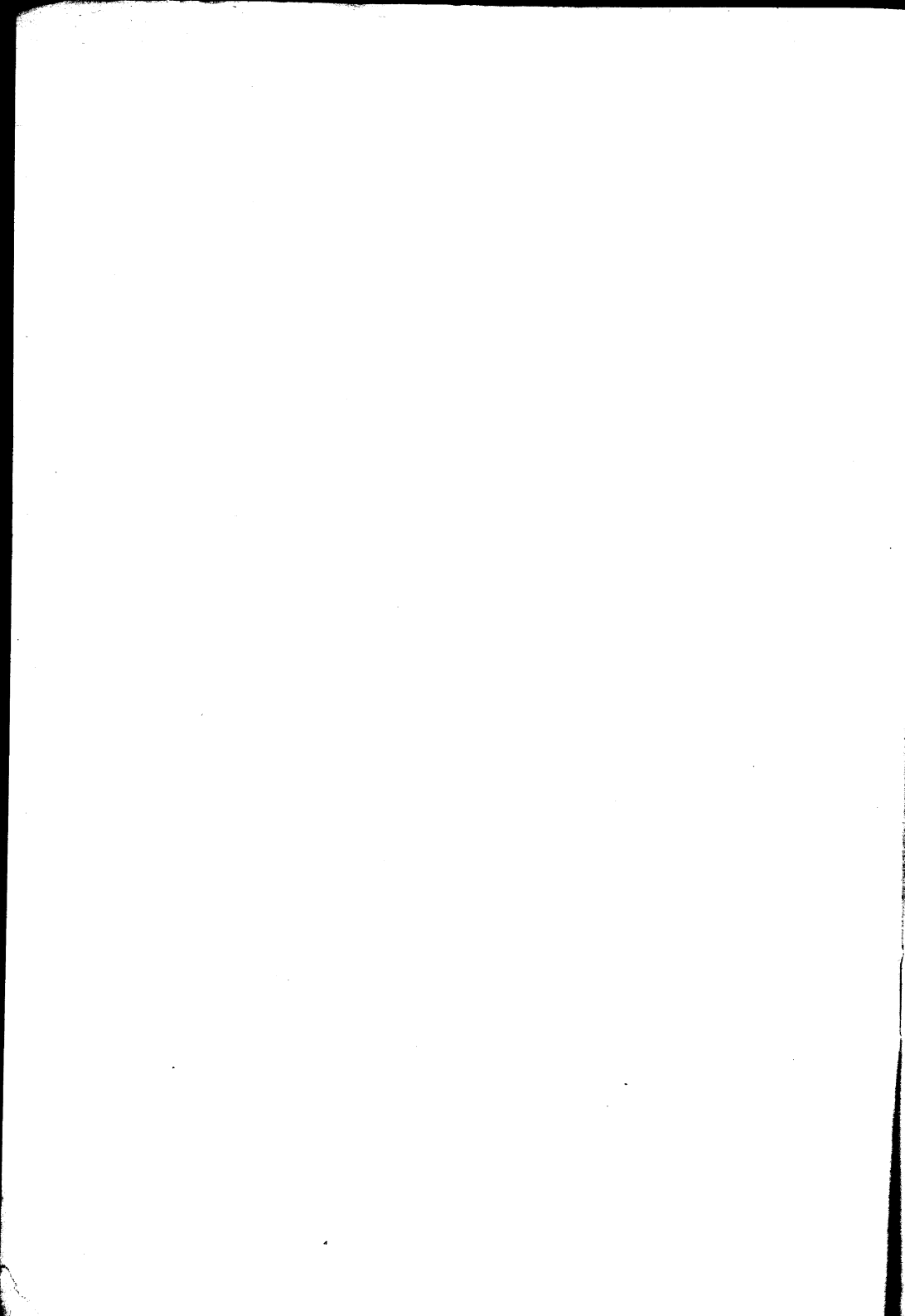
737 — CALLAO — 737

1904

FENÓMENOS HISTÉRICOS

(Afasia, acusia, afonia)

POST-EPILEPSIA



Año 1904

N.º 1420

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FENÓMENOS HISTÉRICOS

(Afasia, acusia, afonía)

POST-EPILEPSIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GUILLERMO D. SCASSO



BUENOS AIRES

"LA SEMANA MÉDICA," IMPR. DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1904

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

DR. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

" " JOSÉ T. BACA
" " RAFAEL HERRERA VEGAS
" " JACOB DE TEZANOS PINTO
" " EUFEMIO UBALLES
" " JUAN R. FERNANDEZ
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA
" " MANUEL BLANCAS
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEYZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

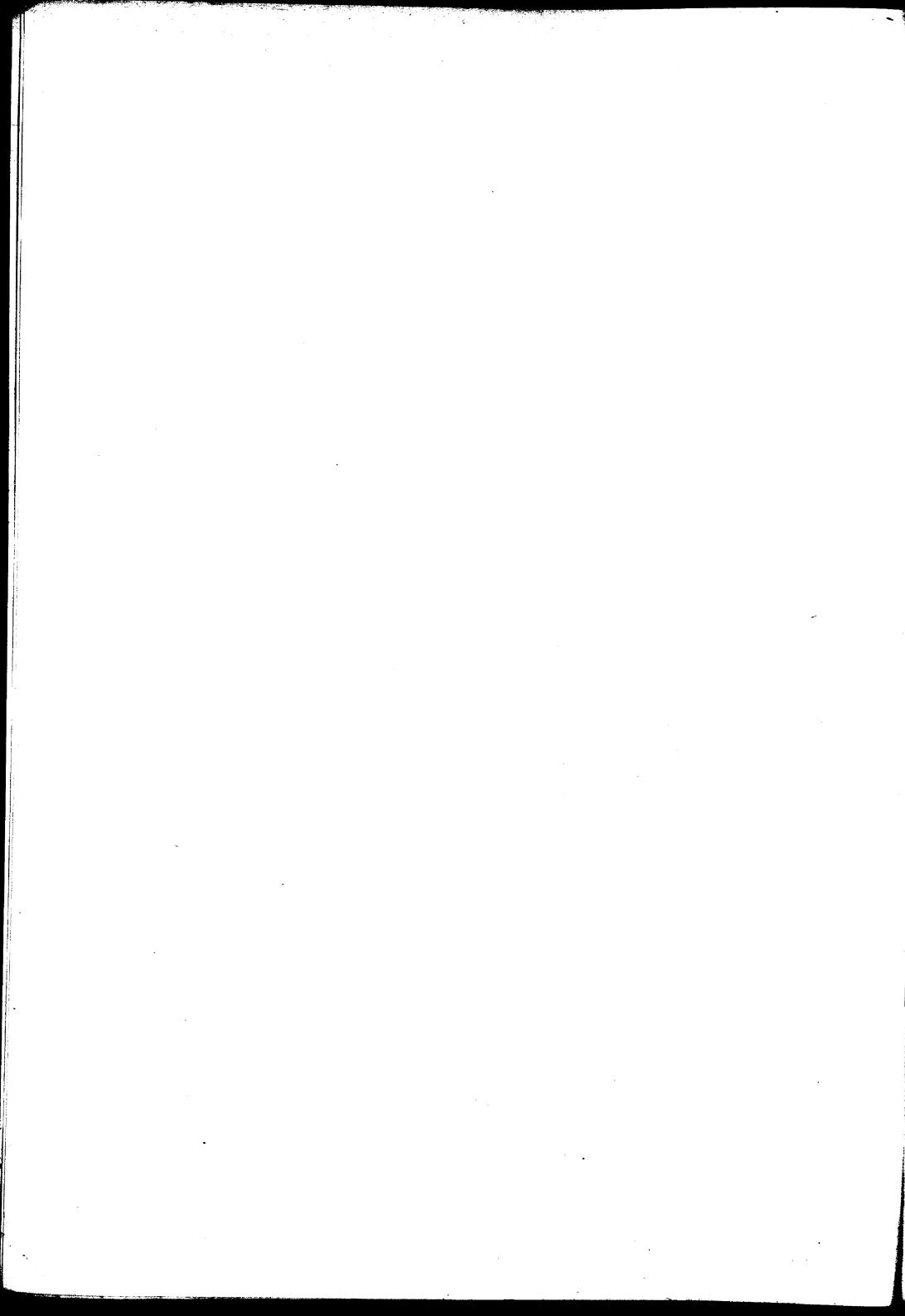
DR. D. ERNESTO ABERG

" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretarios

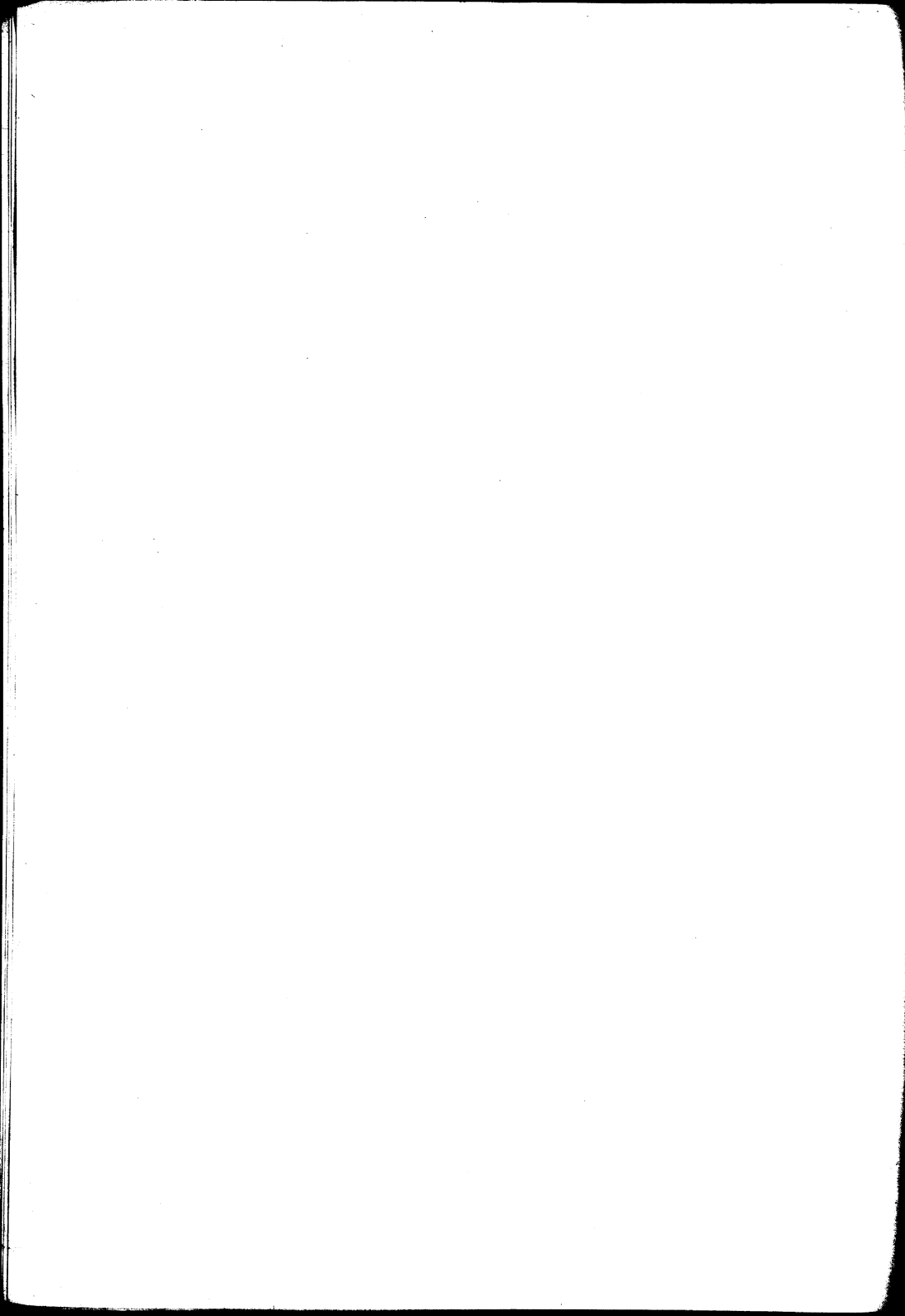
DR. D. ZENÓN AGUILAR

DR. D. CARLOS ROBERTSON



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	" JAIME R. COSTA
Química Médica	" ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	" LUCIO DURASONA
Química aplicada á la Medicina	" PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	" RODOLFO DE GAINZA (con lic.)
Anatomía Descriptiva	" JUAN JOSÉ NAON
Patología General y ejercicios clínicos	" ROBERTO WERNICKE
Anatomía Topográfica	" JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	" PEDRO J. CORONADO
Anatomía Patológica	" TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	" CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	" JULIO MENDEZ
Materia Médica y Terapéutica	" JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	" ORDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	" ADALBERTO RAMAUGÉ
Clinica Ginecológica	" ENRIQUE BAZTERRICA
" Oto-rino-laringológica	" EDUARDO OBEJERO
" Dermatológica y Sifilográfica	" BALDOMERO SOMMER
" Epidemiológica	" JOSÉ PENNA
" Quirúrgica	" JUAN B. JUSTO
" Neurológica	" JOSÉ M. RAMOS MEJIA
" Médica	" LUIS GÜEMES
" Médica	" FRANCISCO A. SICARDI
" Oftalmológica	" PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	" MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	" FRANCISCO DE VEYGA (con lic.)
Clinica Quirúrgica	" ANTONIO C. GANDOLFO
" Médica	" GREGORIO N. CHAVES
" Obstétrica	" SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	" JUAN B. SEÑORANS
Clinica Pediátrica	" MANUEL BLANCAS
Clinica Médica	" ABEL AYERZA
" Genito-uritarias (hombres)	" FEDERICO TEXO
" Psiquiátrica	" DOMINGO CABRED
" Quirúrgica	" DIÓGENES DECOUD
" Obstétrica	" ELISEO CANTON



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	Dr. D. J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSE GALLIANO
Química Médica.....	" FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica.....	" ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina.....	" FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica.....	" SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva.....	" { JUAN D. PIÑERO
Patología General y ejercicios clínicos.....	" { JOAQUIN L. FIGUEROA (en ejer.)
Anatomía Topográfica.....	" GREGORIO ARAOZ ALFARO
Fisiología General y Humana.....	" { AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	" { FRANCISCO LLOBET
Bacteriología.....	" { HORACIO G. PIÑERO
Higiene Pública y Privada.....	" { MARIANO ALURRALDE
Materia Médica y Terapéutica.....	" { JOSÉ BADÍA
Medicina Operatoria.....	" { MARCELO VIÑAS
Clínica Ginecológica.....	" { JUAN CARLOS DELFINO
" Oto-rino-laringológica.....	" { LEOPOLDO URIARTE
" Dermatológica y Sifilográfica.....	" VACANTE
Patología externa.....	" ANGEL M. CENTENO
Patología interna.....	" { NICOLAS REPETTO
Clínica Oftalmológica.....	" { LEANDRO V. VALLE
" Epidemiológica.....	" { ALFREDO LAGARDE
" Quirúrgica.....	" { JOSÉ F. MOLINARI
" Neurológica.....	" { WENCESLAO TELLO
" Médica.....	" { ELISEO V. SEGURA
Medicina Legal.....	" M. ABERASTURY
Clínica Quirúrgica.....	" { PASCUAL PALMA
Clínica Médica.....	" { DANIEL J. CRANWELL
Clínica Obstétrica.....	" VACANTE
Toxicología Experimental.....	" { FRANCISCO C. BARRAZA
Clínica Pediátrica.....	" { TEÓFILO A. MORET
" Médica.....	" PATRICIO FLEMING
" Génito-urinaria (hombres).....	" VACANTE
" Psiquiátrica.....	" ENRIQUE CORBELLINI
" Quirúrgica.....	" { JOSÉ A. ESTEVES
" Obstétrica.....	" { JOSÉ R. SEMPRUN
	" RICARDO COLON
	" { DOMINGO S. CAVIA (en ejer.)
	" PEDRO BARBIERI
	" VACANTE
	" IGNACIO ALLENDE
	" { FANOR VELARDE
	" ENRIQUE A. PARDO
	" J. ALBA CARRERAS
	" { FACUNDO LARGUÍA
	" ANTONIO F. PIÑERO
	" VACANTE
	" PEDRO BENEDIT
	" { BENJAMIN T. SOLARI
	" JOSÉ T. BORDA
	" VACANTE
	" ENRIQUE ZARATE



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr. ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	" MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal	" JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia	" PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	" J. MANUEL IRIZAR
Higiene	" RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica	" ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas	" J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Cated. sustitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia....	VACANTE
Química inorgánica aplicada.....	VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia....	VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...	VACANTE
Higiene.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....	VACANTE
Ensayo y determinación de drogas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

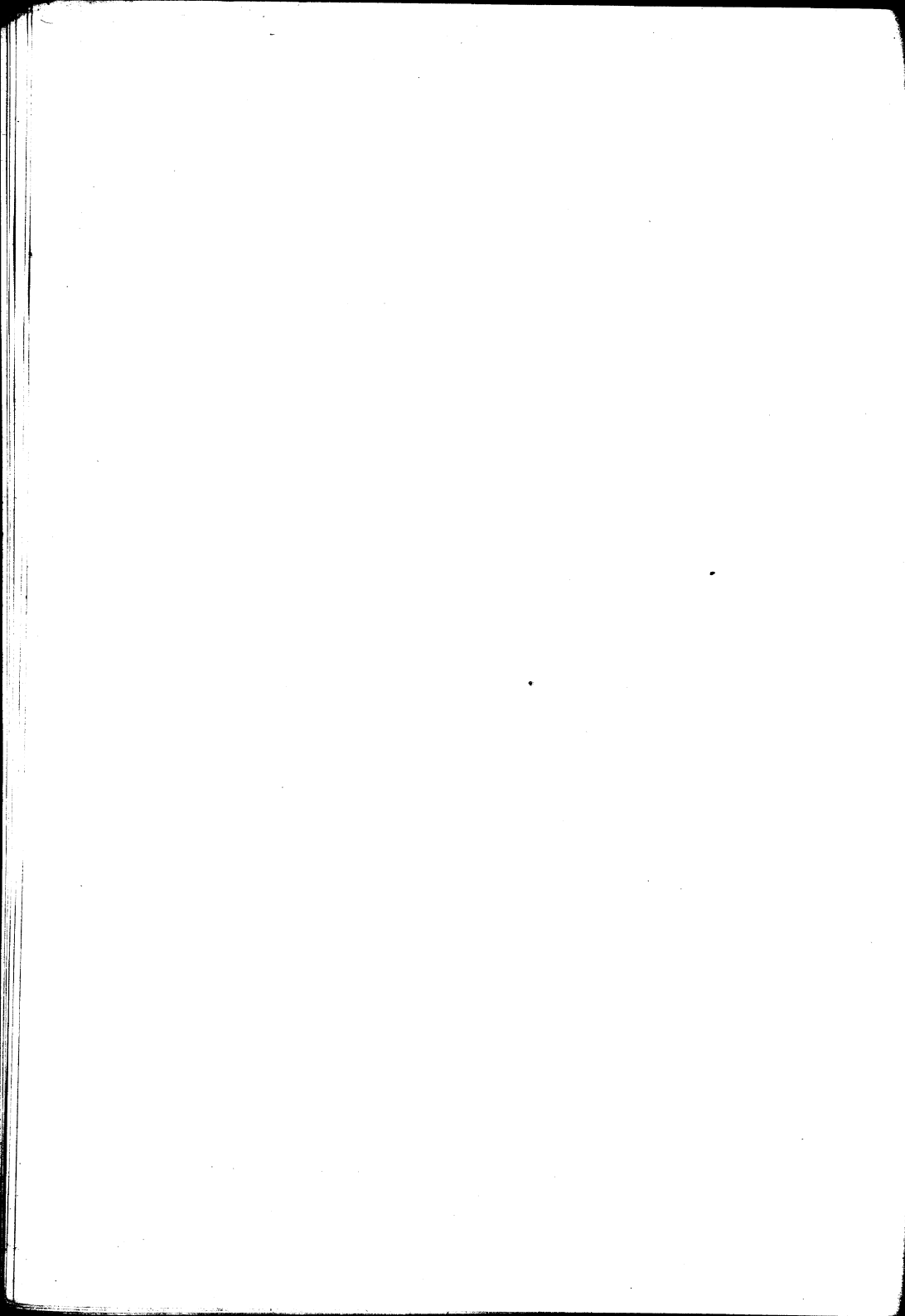
Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	{ Dr. JUAN R. FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

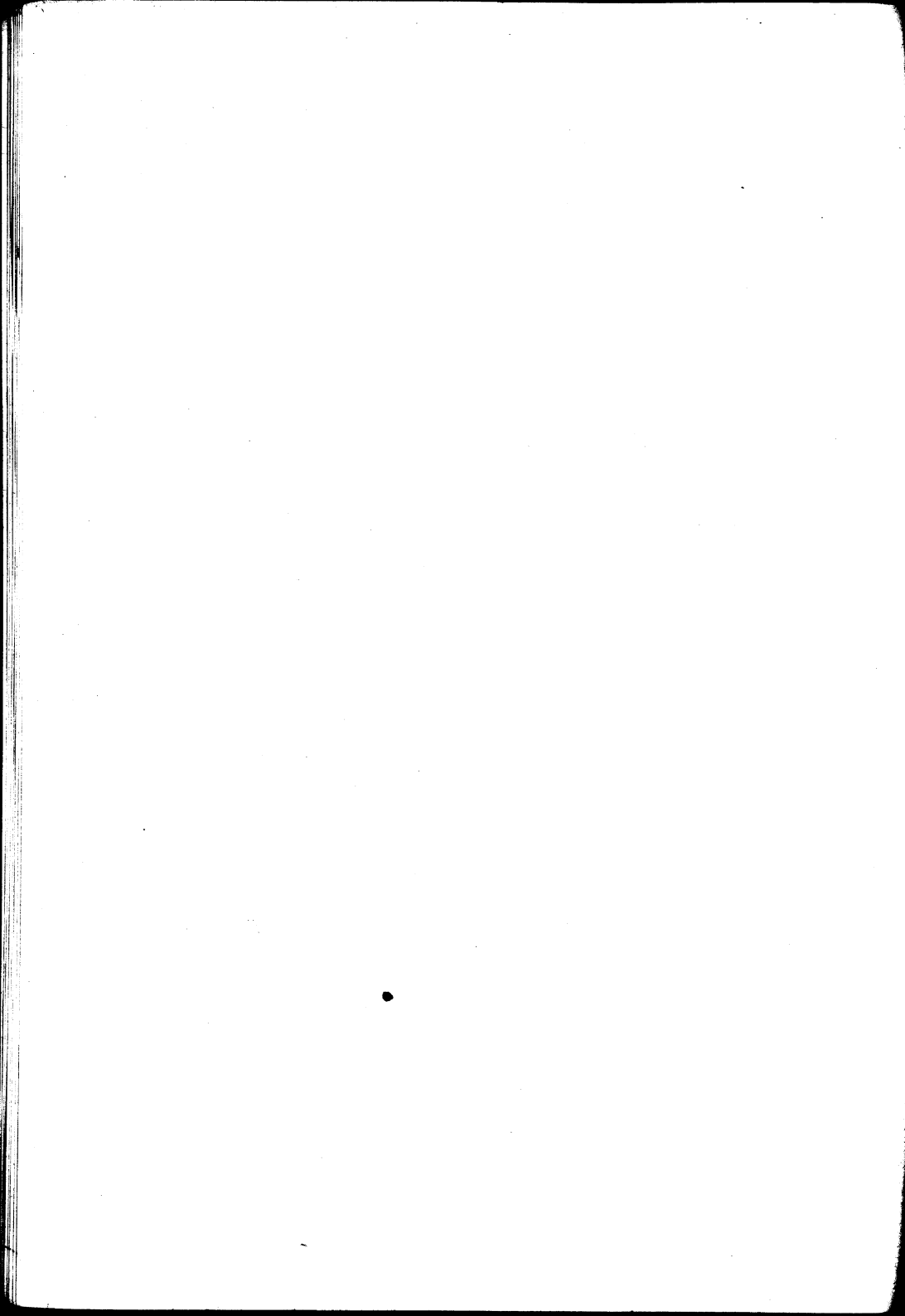
Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	Dr. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	" NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología,	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE



PADRINO DE TESIS

Académico Doctor LUIS GÜEMES



Á LA MEMORIA DE MI QUERIDA HERMANA

MARÍA CATALINA

perenne, cariñoso recuerdo

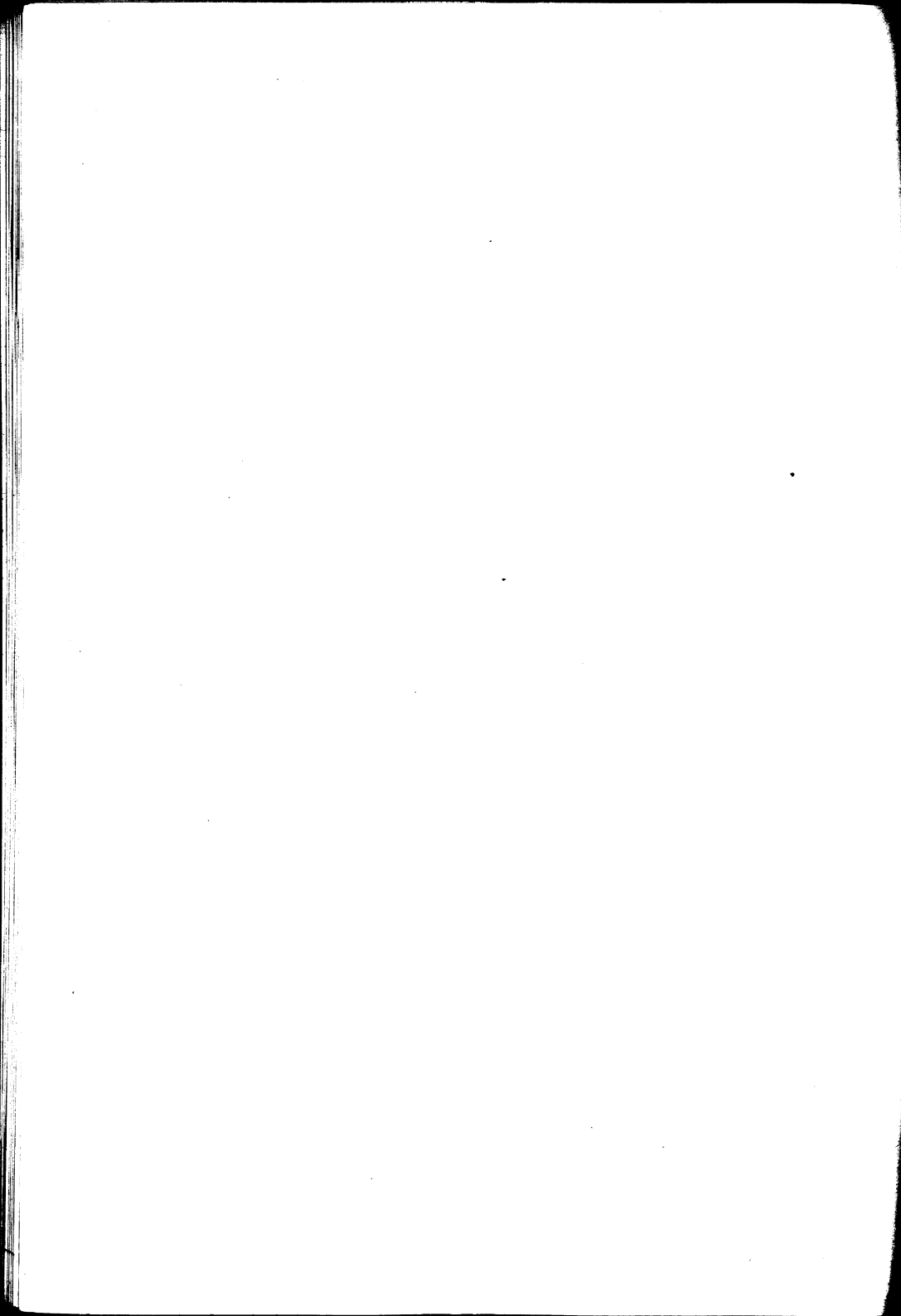
A LA MEMORIA DE MIS HERMANITAS

VICTORINA, MARÍA ELENA Y VICTORINITA

A MIS QUERIDOS HERMANOS

LEÓN, ANGELA, MARÍA ESTHER, VICTOR,

JOSÉ MARÍA Y MARIO CÉSAR



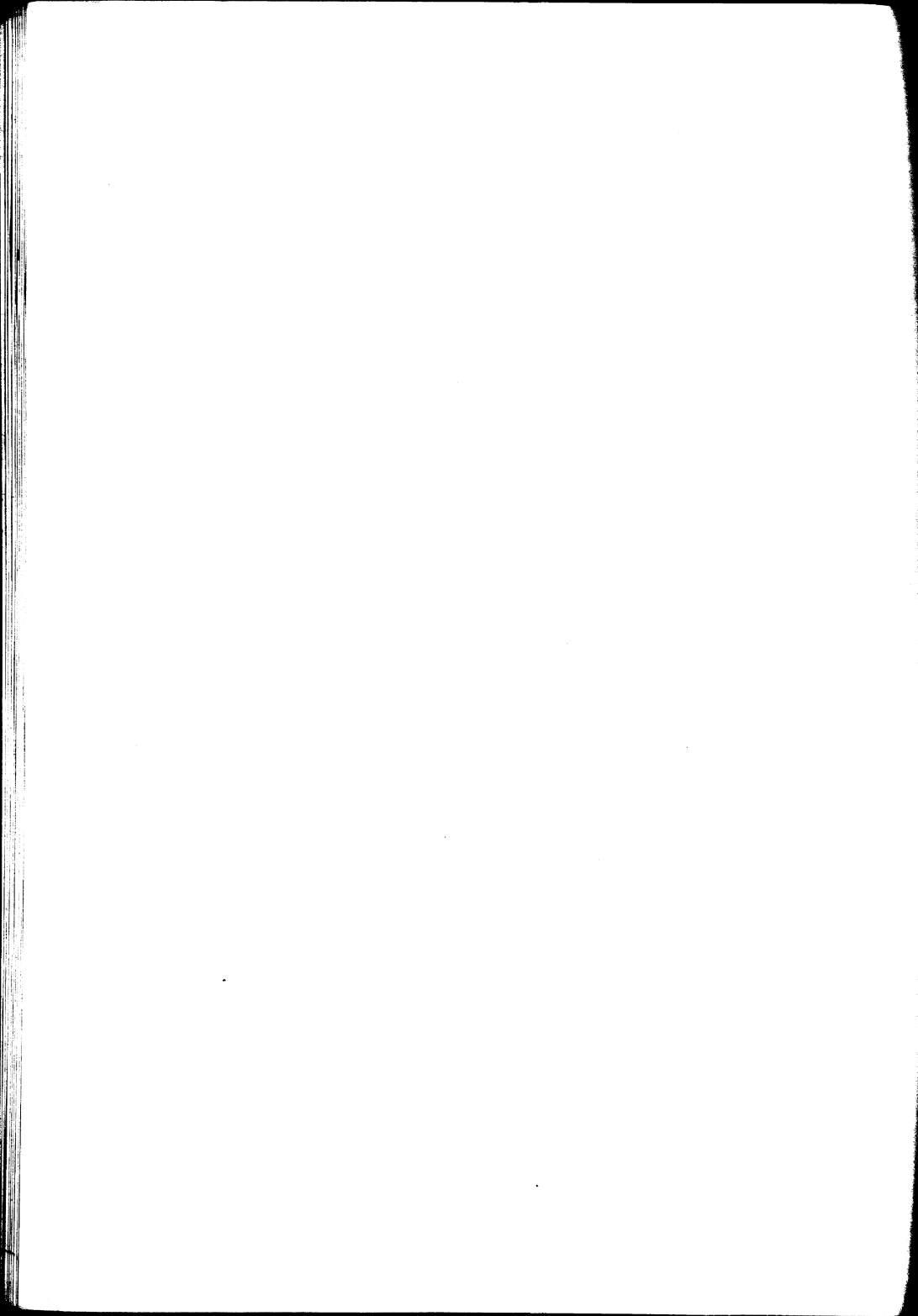
Á LA MEMORIA DE MI QUERIDO AMIGO

BENITO M. CRESPO

Cuando iba el éxito á coronar tus sacrificios, víctima de ellos, feneció tu vida. Tu alma grande ocupará siempre el pensamiento de tu amigo.

Inseparable compañero de la infancia, del colegio y de la Facultad!

Que sea tambien tuya mi tesis!



PRÓLOGO

Disposiciones reglamentarias obligan á escribir é imprimir una tesis.

Aprovecho entonces esta oportunidad para dejar constancia de mi gratitud; para hacer pública la dedicatoria de todos mis años de estudios y tareas, concluidos para la Facultad, pero que continuaré siempre, á los que, durante tanto tiempo, se sacrificaron por mí, guiándome con sus consejos: á mis queridos padres. Esa hoja de mi tesis es la verdaderamente importante.

Algunas que le siguen tambien lo son.

De las demás nada puedo decir.

Agradezco al Doctor Güemes, mi *maestro* de clínica médica, y padrino de esta tesis; al Doctor Esteves, que me hizo inteligentes indicaciones y me enseñó neuropatología.

Señores académicos y profesores:

Mi tema versa sobre un caso de asociación de dos neurosis frecuentes: la epilepsia y la histeria; considerado, bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial de los elementos asociados.



Asociaciones mórbidas.—Histeria
y Epilepsia.—Dificultades de diagnóstico.—
Estigmas permanentes

En todos los fenómenos que constituyen la vida de los seres, es necesario admitir una serie de causas.

Los fenómenos vitales son siempre complejos y en su producción encontramos siempre esas causas múltiples que se asocian en su acción.

La observación y comprobación de esos fenómenos, nos conduce á la existencia y conocimiento de las causas que los originan; y su análisis, nos pone en evidencia la relación y subordinación del efecto con su causa.

Estas causas tienen indudablemente una *estención*, una *medida*; y de sus efectos se puede decir otro tanto; y si muchas veces ignoramos la *cantidad del efecto*, es porque no siempre nos es posible *medir la causa*, ni aún *su modo de acción*; donde interviene á menudo una *asociación* que produce la complicación del resultado.

En este orden de ideas, la ciencia—que es el conjunto de leyes que gobiernan el espíritu, la fuerza y

la materia,—tiene que ser siempre exacta en todas las ramas que comprende. Esa ciencia es inmensamente amplia para nuestro entendimiento que no puede abarcarla toda; no así el conocimiento, que constituye la fracción de ciencia que han podido comprender los cerebros humanos y que como tales imperfecto, bien limitado y bastante reducido, ha sufrido á medida del tiempo perfeccionamientos y decadencias.

La Medicina, como rama de la Ciencia Universal, tiene que regirse también por principios y leyes exactas. Tiene por objeto combatir una causa de cantidad definida, aunque no siempre conocida, que rompiendo el equilibrio vital, alterando la salud, produce la enfermedad; con otra acción opuesta: la del medicamento (*contraria contrariis curantur*).

La acción ó fuerza medicamentosa, en oposición á la acción ó fuerza morbosa, es la que debe devolver el equilibrio: la salud. Nuestro desideratum sería oponer tanta cantidad de acción medicamentosa para igual cantidad de enfermedad; teniendo también en cuenta en esta última, los medios de defensa del organismo, que constituye así mismo una medicación que tan bien apreciaron los antiguos: la de la naturaleza.

Pero no conociendo la cantidad exacta de la acción mórbida, constantemente modificada por la de los diferentes organismos que luchan contra ella, no podemos más que oponer dos fuerzas, que si bien ignorando su medida, sabemos que son contrarias.

Los desequilibrios en esa oposición se subsanan: cuando la medicación es deficiente con mayor lucha y defensa del organismo; y cuando es excedente con la mayor eliminación de los órganos.

Pero dejemos á un lado estas consideraciones, y digamos volviendo á nuestro objeto, que los seres que viven, como los que carecen de vida, sometidos á leyes de equilibrio y de compensación que normalizan su existencia, están por otro lado, expuestos á causas externas perturbadoras que pueden llegar á romper ese equilibrio, á alterar esa compensación, haciendo anormal su vida. Los que menos sufren en la lucha y los que dan fenómenos menos complejos, son los seres que carecen de vitalidad y que se rigen por las leyes de la inercia y atracción.

Estas causas externas son en gran parte los mismos seres que luchan ó viven los unos á expensas de los otros; convirtiéndose así en causas mórbidas, que actuando en el individuo producen: cuando se vencen, una *inmunidad* de sus descendientes; y cuando no se resisten y siguen obrando, la *degeneración* de los mismos.

La salud de los organismos es su equilibrio funcional; está constantemente amenazada por aquellos elementos, pero también defendida por la compensación de sus órganos. En esta lucha puede perderse, como decíamos, su defensa y de este modo romperse el equilibrio: producirse la *enfermedad*.

Este desequilibrio vital, objeto de la *patología*,

puede ser efecto de *una* ó de *varias* causas mórbidas.

Cuanto mayores sean estas causas y más complicados los organismos donde actúan, tanto más complejo será el resultado de la acción.

Esta complejidad puede resultar: de una causa única obrando sobre un ser complicado, ó bien de causas múltiples actuando sobre un elemento más simple, y con mayor razón cuando á la complejidad del ser se une la multiplicidad de la causa.

Refiriendo esta exposición á nuestro asunto, comprenderemos dos elementos de patología: la *complicación* y la *asociación*; muy frecuentes pero distintas y que deben tenerse en cuenta tanto una como otra.

Una sola causa mórbida: un simple bacterio cuya unidad y simplicidad relativa no pueden ponerse en duda, obra sobre otro ser complejo: el hombre. Por medio de su acción ataca y ofende sus diferentes órganos y tejidos: un bacilo tuberculoso que después de afectar los ganglios ataca el pulmón, las meninges, ó se generaliza; un gonococo, que después de molestar la uretra constituye domicilio más cómodo en una articulación; el reumatismo de una articulación primero y luego del endocardio—son *complicaciones*.

Pero un bacilo de Koch que ataca y destruye el pulmón de un reumático; un neumónico donde evoluciona un ataque de histeria; un epiléptico que presenta fenómenos de histeria ó de córea, ó

tiene una cardiopatía; cualquier otra afección aguda que sorprenda á un individuo que lleva como reliquia algunas de esas taras diatésicas tan comunes—son *asociaciones*.

Esas asociaciones morbosas, nada raras, son las que oscurecen y confunden los síntomas, porque los modifican, constituyendo así infinitas formas de enfermedad; lo que ha hecho decir que no hay enfermedades sinó enfermos.

¿Pero hemos de pensar, al admitir esos efectos ó estados morbosos, en formas *intermediarias*, que no corresponden ni á una ni á otra enfermedad y que han sido así llamados por algunos autores? ¿Hemos de creer en la desaparición del número y naturaleza de las causas que en su producción intervienen, para referirlos á otra única y distinta?

El análisis metódico de los fenómenos que observamos, nos lleva al conocimiento de las causas que asociadas nos confunden y que están modificadas por la constitución de esos seres; pero solo en el sentido de su acción, no en su naturaleza que es siempre la misma.

Si los síntomas, ó fenómenos de las asociaciones morbosas—cuyos elementos causales nos son conocidos y bien diferentes—se nos presentan oscuros y confundidos; ¿cuántas dificultades no opondrán las enfermedades asociadas, cuando tengan causas desconocidas y síntomas semejantes?

La *Histeria* y la *Epilepsia* son dos grandes *neurosis*; dos *entidades mórbidas* bien definidas, y si

bien es fácil muchas veces su diagnóstico, muchas otras es bien difícil, á causa de las múltiples formas de sus paroxismos, donde revelan fenómenos que es fácil confundir por la semejanza que presentan; mucho más cuando están asociados, lo que no es tan raro. En estos casos es donde se observan esos *estados intermediarios*, con caracteres de unidad mórbida. Sin embargo, cuando una prolija investigación se hace en el análisis de esos síntomas, se consigue repartir con propiedad los fenómenos que corresponden á una y otra neurosis, alcanzando un diagnóstico diferencial bien fundado; se estudian así las formas y caracteres peculiares que imprime cada enfermedad á sus síntomas. Algunas de esas impresiones perduran como verdaderas huellas, produciendo modificaciones anatómicas, fisiológicas y psíquicas que tanta relación tienen con la enfermedad. Son sus *estigmas*, y es menester buscarlos; porque contrariamente á los síntomas ó fenómenos que pasan, éstos últimos no se van, son *permanentes*; están para subsanar las dificultades que se presentan con frecuencia; cuando no se ha tenido la ocasión de ver al paciente manifestando otros síntomas reveladores de mayor importancia.

El objeto de estas consideraciones breves, ha sido un caso de asociación de la Histeria y la Epilepsia, que he tenido oportunidad de observar y que presento estudiándolo tan solo bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial de sus síntomas asociados.

Una epilepsia infantil, repitiendo con intervalos de quince días á un mes sus convulsiones clásicas y que persiste hasta la edad adulta en que se modifican los ataques; en el último período, en lugar del coma se desarrollan síntomas francamente histéricos. Estos síntomas, son así mismo interesantes dentro de esta sola neurosis. *Afasia, sordera, afonía*, que perduran varios meses. Estas convulsiones y fenómenos post-paroxísticos, se han repetido á la fecha hasta diez veces, con intervalos de algunos meses á un año y siempre constantes en su forma.

Se trata de un hombre de 40 años que es trabajador, inteligente y de vida regular; no es alcoholista, pero tiene antecedentes específicos: sífilis á los 20 años, benigna en su forma y en sus manifestaciones que parece no han influido en sus neurosis. Ninguna afección mental ni nerviosa digna de consideración en sus antepasados.

Tiene cuatro hijos epilépticos.

Con el único objeto de diagnóstico diferencial de los síntomas de esa asociación, como antes dije, comenzaré éste estudio considerando en conjunto los *estigmas histéricos y epilépticos*. En otro párrafo consideraré los *fenómenos post-paroxísticos* de uno y otro orden; se establecerán después las *diferencias fundamentales* entre los *accesos de epilepsia* y los *ataques de histeria*, clásicos, descritos en todos

los autores. Y, por fin, expondré el *caso clínico* para llegar, con la interpretación de sus síntomas, al diagnóstico preciso de la *asociación*, en la forma de *Fenómenos histéricos post-epilepsia*.

Estudio en conjunto de los estigmas permanentes de la Epilepsia y la Histeria

Lo que Charcot denominó para la Histeria, *estigmas permanentes*, es muy aplicable á otras enfermedades que dejan en el organismo como verdadera cicatriz, la huella de su paso. Hay enfermedades que se pueden diagnosticar á simple vista; lo que quiere decir que imprimen en el enfermo de una manera bien visible el sello de su existencia; este sello es tan profundo á veces que perdura en forma de *estigmas*; y como otros han dicho, constituyen un *fondo común*, un *estado general* de enfermedad, un verdadero *temperamento mórbido*.

Si nuestros sentidos, si nuestros medios de investigación y conocimiento de la enfermedad fuese más perfecto, mayores facilidades tendríamos para hallar el principio de nuestra senda en el examen del enfermo.

En las asociaciones es tanto más necesario rastrear esas huellas confundidas, esos síntomas ocultos; y así con la atenta observación se consigue la identificación de los elementos morbosos que pasaron.

Esta sencilla exposición demuestra la importancia real de los estigmas, que para las neurosis de que tratamos pasamos á estudiar.

Los dividiremos en estigmas *somáticos, fisiopatológicos y psíquicos*. Los primeros comprenden las *alteraciones de la morfología general y especial*, datos que nos dá la antropología: estas alteraciones se encuentran á menudo en los epilépticos; no así en los histéricos, para los que no tienen ninguna importancia.

Los estigmas fisiopatológicos se refieren á las *perturbaciones de la nutrición, á las anomalías de la reflectividad*, y comprenden los *trastornos trofo-vasomotores*, y los más importantes: los *cinesiódicos*, que se relacionan con la motilidad y los *estesiódicos*, con la sensibilidad en sus distintas formas.

En los estigmas psíquicos se estudian las alteraciones de las facultades espirituales: *inteligencia, voluntad, sentimiento*. Estos últimos son como los primeros más característicos de la Epilepsia que de la Histeria, para la cual corresponden en su mayoría los estigmas fisiopatológicos.

Hago notar que en ninguno de los capítulos, donde necesito consignar lo que está en todos los autores, me extenderé más allá de lo que tenga relación con el caso clínico único, objeto de estas páginas, y sólo lo que sea menester transcribir; tratando de armonizar en todo lo posible, como se debe hacer siempre, la claridad y la concisión.

La antropología, ó mejor dicho, el teórico entusiasmo de algunos antropólogos, les ha hecho ver un sin número de anomalías estudiando los caracteres anatómicos de *degeneración* en los delincuentes—entre los cuales deben incluirse algunos epilépticos—pretendiendo ver hasta en las más nimias alteraciones de las formas, una relación de subordinación de la degeneración llamada *atávica* y la delincuencia.

Hace ya mucho tiempo, que los observadores han apreciado la gran influencia que ejercen las alteraciones del cuerpo en el estado del espíritu. Y esto tiene que ser así, puesto que el ser *humano* es un compuesto de elementos *psíquicos* y elementos *materiales*; cuya vida *intima* no conocemos sino hasta un cierto punto, pero que no por eso dejamos de ver su admirable *coordinación*.

La degeneración es pues una enfermedad como otra cualquiera, cuya causa está en las acciones perturbadoras externas de que ya hablamos, que indudablemente influyen, como tantas otras circunstancias de la vida de todos los seres, hasta de los más pequeños unicelulares—los bacterios—modificando un número *reducido* de *individuos*, pero jamás la naturaleza de la *especie* mediante la modificación individual, que tanto en los *adaptados al medio* como los no adaptados, tiende siempre á la *esterilidad*.

No estamos pues de acuerdo con las teorías transformistas.

Sin prestar por consiguiente, ninguna consideración á aquellos detalles de anomalías—que entre paréntesis todos tenemos—diremos, que en realidad existen en los epilépticos como en otros degenerados, anomalías de conformación bien perceptibles y dignas de tenerlas en cuenta. No sucede esto con histéricos, en los cuales los elementos que estudia la eritmia morfológica general—rasgos fisionómicos, belleza de las formas—son bien más perfectos que los que presentan los epilépticos.

Muchos de éstos, de expresión estúpida y *fisonomía cretíno* nada simpática, presentan *asimetrías craneanas* y *faciales*; las mas observadas son: la *dolicocefalia* (que aumenta el diámetro ánteroposterior del cráneo; las eminencias frontales exageradas y las desigualdades de la convexidad craneana, así como también son frecuentes el *prognatismo* (mandíbula inferior grande y prominente); la mala implantación de los dientes; el *extravismo*, excentricidad pupilar; la *anisocoria* y las alteraciones cromáticas del iris.

Nuestro enfermo presenta las asimetrías craneanas que hemos señalado, pero no las faciales.

Los estigmas fisiopatológicos son mucho más frecuentes en la histeria que en la epilepsia.

Se observan, sin embargo, en ésta última neurosis alteraciones de la salud, difíciles de explicar: perturbaciones digestivas que coinciden con ma-

lestar y postración física y psíquica; á menudo son constipados, y presentan como verdaderamente característica una elevación de la temperatura normal; más, en los ataques donde la diferencia puede ser de grados.

La orina de estos enfermos es pálida y tiene poco peso específico: (Gowers).

Todos estos fenómenos y alteraciones los presenta nuestro paciente.

En los histéricos, se notan movimientos nutritivos retardados: se dice que no comen y no enflaquecen porque sufren pocas pérdidas materiales.

Giles de la Tourette ha llevado sus observaciones sobre la secreción urinaria: volumen—elementos fijos—urea cloruros—fosfatos, y ha visto que, fuera de las manifestaciones que no sean estigmas permanentes, la nutrición se efectúa normalmente.

En el enfermo que presentamos hemos observado, aun fuera de sus ataques, disminución de los elementos normales de la orina; pero durante los ataques, al analizar esta secreción hemos visto, además de la disminución de los residuos fijos, una *inversión en la fórmula de los fosfatos* alcalinos y térreos: la relación normal de estos elementos es respectivamente de 3 á 1; y cuando se invierte, (fenómeno esclusivo de la Histeria para el autor citado) la relación se hace á espensas de la disminución de los alcalinos y aumento de los térreos, hasta llegar á ser de 1 á 1; nosotros hemos observado casi ésta última pro-

porción, en la orina eliminada en cantidad considerable algun tiempo después de un paroxismo:

total de fosfatos 1,50	{	alcalinos 0,60
		térreos 0,50

De las alteraciones de la sangre que han estudiado los autores en estos neurópatas, nada podemos decir por no haber practicado ese examen.

Los *reflejos* de los epilépticos en su estado habitual, estan en unos exagerados y en otros disminuidos. Feré ha encontrado á veces una tendencia á la *trepidación epileptoide*. El *reflejo pupilar* está retardado.

En la histeria hay *abolición* del *reflejo faríngeo*.

A este respecto hemos hallado nosotros: *retardo* y casi *ausencia del reflejo pupilar*; *asimetría del reflejo patelar* y *exageración del reflejo faríngeo*.

Los *estigmas cinesiológicos* son mas frecuentes en los histéricos. La *diatesis de contractura*, de tanto valor para el diagnóstico de la histeria, no se ha observado en la epilepsia. Nosotros no la pudimos determinar; vimos sin embargo *temblor* rápido en los miembros superiores y párpados: *amiostenia*; fenómenos ambos que se presentan tanto en la epilepsia, donde son *efímeros* y deben considerarse como manifestación de *agotamiento postparoxístico*, como en la histeria donde son *permanentes* y verdaderos *estigmas*. Otro tanto decimos del *nistagmus*, que es frecuente en los epilépticos, no corresponde á la histeria y que se podía ver en nuestro sujeto.

El *temblor epiléptico* está relacionado en su inten-

sidad con el debilitamiento muscular, y está en apoyo de la teoría que vé en este fenómeno un índice de agotamiento de los centros motores: la tensión muscular en vez de ser continua se haría intermitente. Este temblor se revela muy bien en la escritura como hemos tenido oportunidad de observar y está limitado generalmente á sus miembros superiores (Feré).

El *temblor histérico* puede ser la única manifestación de la histeria: es generalmente rápido, simula á veces la esclerosis en placas ó la parálisis agitante, muy lentos unos, y otros rápidos; persisten casi siempre durante el reposo. Generalizados ó parciales pueden durar meses y hasta años. Su representación gráfica demuestra que los rápidos tienen seis vibraciones por segundo y tres los lentos. Se revelan tambien en la escritura. El ritmo es regular. Las *parálisis* tienen mas ancho campo en la histeria; en la epilepsia se presentan mas bien como *paresias* y son el resultado de la *amiostenia*. Son fugaces. Despues de los ataques nuestro paciente tiene sus *fuerzas muy disminuidas* y camina sumamente despacio. Sus esfínteres conservan su tonicidad durante los ataques. Cuando niño se orinaba durante la noche pero sin evacuar materias fecales.

Referente á los *estigmas estesiódicos*, diremos que en los epilépticos las alteraciones de la sensibilidad son más bien fenómenos postparoxísticos, como sucede con los anteriores: *anestesias* más ó menos profundas sobre todo en los miembros; *ambliopia*, *dischromatopsia* etc.; alteraciones del oído y demás senti-

dos cuyas funciones se encuentran *disminuidas*; perturbaciones cuyo caracter esencial es el de ser *pasageras y fugaces*.

En nuestro enfermo hemos encontrado: *inhibiciones completas* de las funciones sensoriales y *persistentes* como son en la histeria; una *hiperestesia* generalizada á todo el tegumento sobre todo en la región testicular; en la mucosa faríngea el reflejo faríngeo muy aumentado, impidió el exámen de la laringe; la región testicular y las infraclaviculares presentaban *zonas de hiperalgesia*. Muy sensible al frio, producido por la aplicación sobre su piel de un instrumento metálico, se estremecía. Como alteraciones de este orden citaremos tambien las *neuralgias*, frecuentes en los *epilépticos* y que pueden ser en ellos verdaderos estigmas; al par que formas de accesos atenuados que se llaman *equivalentes epilépticos*.

Trousseau asimiló el *tic doloroso de la cara* con la epilepsia, haciendo una *neuralgia epileptiforme*. Se cura con los bromuros.

La *angina de pecho*, las *gastralgias* y *cefalalgias* se observan en los epilépticos también y nosotros las recordamos en nuestro caso. Siendo de origen neuropático y presentándose aislados, pueden considerarse como otros tantos equivalentes de la neurosis epiléptica; por su brusca aparición y desaparición, semejante á los ataques, sorprenden como verdaderas crisis.

En cuanto á la *sensibilidad general* en estos en-

fermos se han comprobado *asimetrías*; y así como la sensorial, es casi siempre obtusa.

Los estigmas estesiódicos son muy fecundos en el terreno histérico. Solo diremos concretándonos á nuestro caso, que la *hiperestesia* generalizada, las *hiperalgesias* testicular y subclaviculares que acompañaban á los *trastornos sensoriales* de que hemos hablado hace poco: *acusia*, *anosmia*, *ageusia* totales, así como la *micropsia* (el enfermo nos dijo que le llamaba la atención ver de un momento á otro los objetos más pequeños de lo que en realidad eran), están comprendidos como fenómenos histéricos, dados sus caracteres de ser *completos* y *permanentes*.

Las *neuralgias* de origen *histérico* se observan también frecuentemente. Hemos observado la *raquialgia lumbar* y *sacra* en nuestro enfermo; duró varios días y rebelde á todos los analgésicos y sedantes, desapareció después. Al examinarle un día pudimos notar que el dolor estaba localizado sobre todo en la piel: este dolor le impedía caminar.

Estigma psíquicos. — Hay en la epilepsia generalmente percepción é ideación tardías; memoria débil (*amnesia*) hasta para los actos recientes; debilitamiento gradual de la inteligencia en relación con la intensidad y número de los ataques y con los estigmas degenerativos. Este debilitamiento puede llegar á la *demenia*: no tienen conciencia de su mal, y la de su personalidad sufre á veces serias alteraciones: *dualidad*. Sin embargo las escepciones no

son tan raras y los autores traen como ejemplos, *epilépticos ilustres y geniales* — Aunque nuestro enfermo no es ni una ilustración ni un genio hace seguramente también escepción, así mismo para los estigmas que dependen de los sentimientos: es un hombre trabajador, amante de su familia, inteligente y correcto. Tiene de comun con los *epilépticos* su temperamento violento é irritable; es verdaderamente *impulsivo*. Despues de los ataques se hace indiferente, se pone triste, preocupado de su enfermedad y melancólico; y es entonces que le sobrevienen esas alteraciones de su sensibilidad de que hemos hablado. En esas ocasiones nos ha referido que existen en él *alucinaciones* del olfato y del gusto; toma con frecuencia olores desagradables y mal sabor donde los demás nada sienten de anormal.

Éstas son todas las alteraciones psíquicas que hemos podido comprobar en el sujeto cuya historia presentamos.

De los demás estigmas enumerados y descriptos en los libros clásicos, no nos ocuparemos porque no tienen relación con nuestro objeto.

Fenómenos post-paroxísticos en los ataques de epilepsia é histeria.

Siempre en relación con nuestro caso clínico vamos á recordar suscintamente, para ayudar con ellos al diagnostico diferencial, los fenómenos más comunmente observados despues de los ataques más ó menos completos.

Predominan para la epilepsia los fenómenos llamados de *agotamiento nervioso*, que suceden siempre á los accesos aún cuando un poco antes se observen excitaciones que duran breves instantes, y que son debidas á la hipertensión nerviosa inicial que no ha desaparecido todavía.

Este agotamiento se manifiesta en las esferas *psíquica motriz y sensitiva*, así como también en las *perturbaciones de la nutrición*.

Después de los accesos de epilepsia, sobreviene un *aturdimiento cerebral* y una *amnesia*, que puede ser total y durar varios días; á veces como ya se dijo hay *desdoblamiento de la personalidad* y *falta la conciencia de su mal* ó aparecen *alucinaciones sensoriales*.

Despues de los ataques de histeria no se observa

ese agotamiento característico de los epilépticos; si bien cuando son intensos pueden aparecer tomando entonces mas bien las esferas de la motilidad y sensibilidad.

Las perturbaciones de origen histérico son más independientes de los grandes ataques; después de estos suelen aparecer como en los epilépticos, *amnesias* y aturdimiento intelectual; tienen tambien *abulias*, *obsesiones* é *impulsiones*; estas últimas son más propias de la epilepsia que de la histeria.

Nuestro enfermo ha presentado siempre después de los ataques, estas alteraciones intelectuales y de la voluntad; las primeras duran pocos dias (debilitamiento intelectual, amnesia). Se preocupa y se da cuenta de su estado poniéndose así mismo sumamente caprichoso. Muchas veces le hemos prescrito medicamentos y no los ha tomado; nos ha manifestado tambien varias veces deseos de suicidarse y á pesar de acordarse en estas ocasiones de sus hijos, demostrando sentimiento bien equilibrado de afectividad paternal, un dia llegó á tentarlo teniendo que impedirselo sus vecinos: quiso arrojarse á un pozo. Este hecho aconteció después de uno de sus ataques, y demuestra evidentemente un fenómeno *impulsivo*, que dada la vehemencia que lo acompañaba, dependeria, creemos, de un estado *epiléptico*.

Después de los ataques queda por largo tiempo abatido y melancólico; durante éste tiempo es que ha notado olores y sabores desagradables donde los

demás no lo sentían (*alucinaciones sensoriales* del olfato y gusto).

Los fenómenos de la *motilidad* se caracterizan en los epilépticos por *parálisis* y *temblores* de los que hablamos al tratar de los estigmas.

Esas parálisis son efímeras cuando existen, siendo en general predominantes las *paresias* debidas á la *amiostenia* (debilidad en las fuerzas), *transitorias* también. De los temblores se debe decir otro tanto; debido á ellos es que los esfínteres se relajan durante los accesos. Recordamos que nuestro enfermo, que presenta en estos casos amiostenias y temblores *pasajeros*, ha conservado siempre la tonicidad de esos músculos; después de los ataques observamos también *nistagmus*.

En los histéricos estas alteraciones de la motilidad son más *completos y durables*; y aquí nos corresponde hablar de la *afasia* y la *afonía* que, siendo poco frecuentes en la histeria, los presenta nuestro caso clínico con todos los caracteres de esa naturaleza.

En la *epilepsia postparoxística*, las alteraciones del lenguaje se presentan tanto más pronunciadas cuanto que el paroxismo sea más intenso.

La lentitud de la palabra debida á la *amnesia verbal* y á la *ataxia lingual* que se acompaña de temblor de la lengua y de los labios, puede semejar á la parálisis general (las contracciones fibrilares de la lengua las distinguen); en otros casos existe una verdadera afasia que dura varias horas, siendo enton-

ces imposible el comunicarse con ellos por escrito, aunque los enfermos miren la escritura; la *audición* y *visión de las palabras* están notamente alteradas. — Al salir de ese estado, declaran que eran en esos momentos incapaces de reconocer los objetos que miraban (Féré).

Esto indica que las *alteraciones del lenguaje* en los *epilépticos* vienen generalmente acompañados de *perturbaciones psíquicas y sensoriales*.

Féré ha demostrado que las alteraciones del lenguaje estan en la epilepsia, en relación con la disminución considerable de la resistencia á la presión de la lengua hecha en varios sentidos, así como con los movimientos de ese órgano; demostrando todo esto un simple fenómeno de agotamiento.

Esta afasia es *transitoria* como todos los fenómenos que rigen al acceso epiléptico.

En cuanto á la *afonia* que puedan presentar los epilépticos, no conozco observación alguna.

La *afasia histérica* ha sido pocas veces observada en su forma total y completa. Al hablar de ella describiremos lo que nuestro paciente ha presentado siempre despues de sus diez últimos paroxismos.

Es una supresión, como decía, *total y completa* del lenguaje articulado; tanto en voz alta como en voz baja, la lengua y los labios se mueven con facilidad y en todos sentidos; es una *parálisis psíquica* por la que el enfermo ha perdido la noción de los movimientos necesarios para articular las sílabas. El enfermo busca estos movimientos por todos los medios posibles.

El caracter importante de esta *afasia motriz* es su *desdoblamiento*; el paciente no puede articular, pero sí escribir; tiene un perfecto recuerdo visual de las letras, las sílabas, y las palabras; *no hay agrafia*; no tiene tampoco *ceguera* ni *sordera verbal*; puede leer y escribir un dictado. Si se recuerda que el enfermo que hemos observado tiene *acusia* completa post-paroxística, se comprenderá que no pueda oír tampoco las palabras.

El afásico histérico es tan solo *afémico*: es un *mudo*; y por esto se ha denominado éste fenómeno con el nombre de *mutismo histérico*. Este mutismo que podría á veces ser facultativo en los histéricos, es otras veces obligado por una imposibilidad de orden psíquico.

Otros caracteres que hace que estos fenómenos sean de origen histérico, es que aparecen y desaparecen como en nuestro enfermo, *súbitamente*; permaneciendo constantes en sus formas, por un tiempo más ó menos considerable.

Estas consideraciones pueden referirse también á la *afonia*, que acompaña casi siempre á la afasia cuando coexiste. No pudimos averiguar que perturbación motriz de la laringe la causaría; por que, como antes dijimos, el reflejo faríngeo estaba tan exajerado que siempre nos impidió ese examen.

Los fenómenos post-paroxísticos relacionados con la *sensibilidad*, comprenden en los *epilépticos*, *anestias* más ó menos completas que se localizan en las regiones paralizadas ó paresiadas, y *perturbaciones*

sensoriales; disminución de la agudeza visual hasta llegar á la amaurosis; paresia de la pupila, disermatopsia, disacusia, disosmia, disgeucia; todos con caracter transitorio, á no ser estigmas permanentes.

Es en la neurosis histérica donde estos fenómenos tienen caracter más ó menos *persistente*. Hemos encontrado, en este sentido, en nuestro enfermo alteraciones de la vista (*micropsia*) y las que acabo de enumerar de los demás sentidos: la *inhibición de las sensaciones* era completa en todos ellos (oído gusto y olfato) y contrastaba esta inhibición con una *hiperrestesia* generalizada é *hiperalgesias* de las regiones testicular y subclaviculares. La compresión de los testículos le producía dolor intenso y la aplicación de un instrumento metálico sobre su piel, lo hacía estremecer acusando y distinguiendo la sensación de frío.

Tratamos de hacer un examen lo más prolijo posible de estos órganos y no pudimos apreciar alteración orgánica alguna.

El reflejo faringeo, aumentado en conformidad con la sensibilidad de su tegumento, nos demostraba la hiperrestesia de la faringe. En cuanto á las neuralgias que pueden presentarse también, enseguida de los accesos, no las consideraremos nosotros. Las que observamos en el enfermo, por haber aparecido varios días despues del paroxismo; ya hemos hablado de ellos.

Nutrición inmediata á los accesos. — Algunos ob-

servadores, han visto y comprobado una pérdida de peso considerable en los epilépticos. No pesamos al sujeto después del ataque, pero notamos en él una inmediata pérdida del apetito; estado saburral nauseoso y constipación.

Pocas horas después de restablecerse de las convulsiones y el temblor, orinó casi 400^{cc} de orina. Se practicó su análisis que demostró disminución de urea, cloruros, fosfatos, y elementos fijos en total.

Estas alteraciones cuantitativas de la secreción urinaria y sobre todo, la inversión de la fórmula de los fosfatos que fué comprobada, están de acuerdo en señalar fenómenos histéricos.

La temperatura tomada enseguida mostró 37°4 grados; más bien elevada (epilepsia).

—La tensión arterial elevada; latidos cardiacos intensos y sonoros primero, fueron después calmando su excitación.

De las alteraciones señaladas en la sangre de los epilépticos y los histéricos, nada podemos decir porque no hicimos su análisis.

Diferencias fundamentales entre los ataques de Histeria y los accesos de Epilepsia — Distinción de los síntomas en la asociación de estas neurosis

Evitando en todo lo posible las transcripciones, nos contentaremos con esponer tan solo, en este capítulo, las *diferencias fundamentales* entre los ataques de histeria y los accesos epilépticos; recordando algunos interesantes datos al respecto, en las formas asociadas, apreciadas y descritas, por los maestros de neuropatología que se han ocupado del mismo asunto — Charcot—Féré—Gowers.

Entre los ataques epilépticos que llegan á veces hasta producir la muerte (*estado de mal epiléptico*) y las simples ausencias, hay una serie de formas paroxísticas casi ilimitada (*equivalentes epilépticos*); y lo mismo diremos de las series interpuestas entre el *mal histérico* y las *auras histéricas*.

No es nuestro objeto diferenciarlos á todos; sería una tarea sin término.

Tomaremos en conjunto los paroxismos más ó menos completos y espondremos con Giles de la Tourette, sus diferencias.

Helas aquí:

En la Epilepsia

El *acceso* viene en la noche ó por la mañana—el aura es inapreciable—caída subita en la calle, en en fuego etc., dando un grito.

El epiléptico se muerde la lengua y orina involuntariamente.

La pérdida de conocimiento es absoluta durante toda la duración del *acceso*; las sacudidas de la faz clónica del *acceso*, no podrían ser comparadas á los grandes movimientos del segundo período del ataque.

No tiene analogía en el *acceso*.

El delirio que sobreviene en algunos epilépticos después del *acceso*, es una impulsión brutal, irracional á menudo homicida.

El *acceso* dura de 5 á 10 minutos.

Tan pronto después del *acceso* hay torpeza y aturdimiento; tendencia casi invencible al sueño; agotamiento constante y doloroso durando á veces 24 horas, aun después de los pequeños accesos; frecuentes sujeciones en la región cervical.

Clinicamente, el *acceso* se juzga por la *elevación* en la cifra de los residuos fijos, de la urea, cloruros, sulfatos y fosfatos; *sin inversión* de la fórmula de estos últimos elementos.

En la Histeria

El *ataque* sobreviene durante el día ó á la tarde, precediéndole fenómenos de aura—el enfermo toma disposiciones para sufrir el ataque. No hay grito inicial—las crisis son muy violentas y repetidas en el segundo período.

Identidad de los fenómenos *objetivos* del primer período, llamado por esto *epileptoide*, con el *acceso completo* de epilepsia; pero no hay mordedura de la lengua, ni orina, ni defecación involuntaria.

El conocimiento comienza á volver con el segundo período de los grandes movimientos.

El tercer período es notable por sus actitudes pasionales representativas de un ensueño.

El delirio del cuarto período es hasta un cierto punto razonado—se le puede dirigir á veces hablando al enfermo.

El *ataque* dura media hora.

Terminado el *ataque*, el enfermo recobra inmediatamente su vigor físico é intelectual; no queda agotamiento sino cuando los grandes movimientos han sido muy violentos—es un puro accidente.

Clinicamente el *ataque* se juzga por el *descenso* en la cifra de los elementos fijos, de la urea, cloruros, sulfatos y fosfatos, con *inversión* de la fórmula de los fosfatos.

Pero para los ataques modificados, sobre todo por una *asociación*, y más cuando las enfermedades asociadas presentan sintomatología parecida, esos síntomas aparecen confundidos en la semejanza y á veces modificados en las formas.

En estos casos, como antes dijimos, es donde se requiere una investigación de detalle; buscar los estigmas é interpretarlos; así como también los fenómenos post-convulsivos. La exposición que con este objeto hemos hecho en los capítulos precedentes nos evitará repeticiones, pues que de ellos se desprende todo el diagnóstico de asociación en nuestro caso clínico, que reasumiremos brevemente después de detallar la historia del enfermo.

Siempre refiriéndose á la asociación de la histeria y la epilepsia, dice Gowers:

•Cualquiera que sea la relación de los fenómenos presentados por las dos formas de ataques convulsivos, puede ser útil recapitular algunos hechos relacionados con su asociación. El primero es que la aparición de ataques *histeroides* después de las crisis epilépticas no es constante, y se encuentra en ciertas condiciones.—Un gran número de enfermos tienen ataques mayores y menores que no se siguen de ningún fenómeno histeroide, aunque los accesos sean semejantes aparentemente á los que en otros enfermos (y aun algunas veces en los mismos, en otro período) son seguidos de estos fenómenos. Esta sucesión es muy rara en los hombres adultos. En muchos de estos enfermos, aunque no en todos,

hay otras manifestaciones de histeria. En consecuencia, parece que un estado especial del sistema nervioso sea necesario para que estas manifestaciones histeroides se produzcan....

Y debemos considerar todos estos enfermos, que tienen verdaderos ataques de epilepsia mayores y menores, y que presentan, después de todos estos ataques ó de algunos de ellos, fenómenos histeroides, como *atacados á la vez de epilepsia é histeria*.

La frecuencia de esa asociación no debe sorprendernos, si se recuerda que la histeria es común no solamente como estado aislado, sino como estado mórbido combinado. Y no debe sorprendernos, pues la epilepsia tiene gran influencia sobre la nutrición cerebral, que se revela por la degradación estendida de las funciones, expresada por la disminución de la potencia cerebral; y la histeria parecería ser en muchos casos la expresión de esta degradación en sus comienzos, teniendo lugar en un cerebro que se encuentra en un estado de funcionamiento propio al desarrollo de la enfermedad».

Y por último, dice el autor, que se comprende que á una cierta edad los epilépticos presenten no solo después de los ataques, fenómenos de histeria, sino que muchos de ellos sufran otros síntomas de esta neurosis y ataques histeroides en los que no pueda distinguirse ningún elemento epiléptico.

Feré, hablando de las asociaciones de estas enfermedades, dice que en la forma convulsiva llamada *histeroepilepsia á crisis separadas*, se admite la com-

binación de estas dos neurosis, que evolucionan sin influir la una sobre la otra y agrega concordando con Gowers:

«Esta doctrina no se hizo para sorprendernos; sabemos con qué frecuencia se combinan las *neuropatías*, las *neurosis* y las *psicosis*».

Nosotros creemos—observando algo la forma de esta textual expresión—que lo que modifica los síntomas en estos casos, es la influencia recíproca de los elementos mórbidos y que mas bien que *combinación*, existe una verdadera *asociación*.

Estos son los casos que fueron llamados por Trousseau (citado por Gowers) *estados intermediarios* entre los accesos histéroides y epilépticos; y, el que se hayan observado repitiéndose á *crisis separadas* y *sucesivas*, no debe alterarse absolutamente el concepto de su *asociación*.

Charcot en sus *Leçons de Mardi* del año 1889, al presentar un enfermo donde el maestro vé una epilepsia, una gran histeria y una neurosis tóxica combinadas (mejor dicho asociadas), hace las siguientes consideraciones:

«Es claro que de este conjunto de especies mórbidas resulta un estado complejo; una confusión de síntomas que á primera vista parece inextricable. Sin embargo, creo poder deciros que con ayuda del análisis clínico, podremos separar estos elementos y mostraros como se han desarrollado paralelamente, sin alterarse mutuamente: sin influenciarse en nada».

Seguramente aquí, el autor, se refiere á los elementos mórbidos existentes siempre como entidades, y no á los fenómenos á que dan lugar, y que más ó menos en las asociaciones presentan modificaciones de la forma, en la cual evolucionan cuando se trata de neurosis puras.

Continúa el maestro: «Esto es, lo sabéis, el género de problema que sentimos placer en abordar, después de todo, es la clínica pura. ¿No es el rol del clínico tomar las cosas tal como se presentan en la naturaleza y de simplificarlas, sin alterarlas?»

Estos conceptos están muy de acuerdo con los expuestos en nuestro primer capítulo, hechos con ocasión del caso clínico que presentamos y que no podemos denominar *Histeroepilepsia*, como debiera llamarse esa *asociación*, por haberse aplicado ese nombre á los ataques de la *gran histeria*, y del cual el mismo Charcot dice poco después que es absurda, agregando, que *no hay ninguna relación entre la epilepsia y la que ha sido llamada histeroepilepsia*.

Ese célebre autor funda el diagnóstico de los elementos asociados: para la epilepsia, en la semejanza que con sus accesos tiene la descripción que el enfermo antes citado, hace de sus paroxismos que comenzaron cuando apenas contaba siete años de edad; así como sobre las investigaciones de Lepine, referentes al aumento de urea-post-paroxística, y sobre todo á la *elevación de temperatura*; para la histeria en sus estigmas estesiódicos (*anestesias é hiperes-*

tesias y placas histerógenas) y también en la *forma general del ataque* ya consignadas.

La otra neurosis tóxica del caso de Charcot no nos interesa.

En realidad, el caso que nos presenta ese autor, nos muestra una asociación en forma de *accesos separados* donde el diagnóstico es siempre más fácil que el de los que los presentan en conjunto; quiero decir, dentro de un mismo paroxismo. Nuestro caso es así: sus manifestaciones histéricas se revelan con los fenómenos de epilepsia, *en un mismo ataque*, ó por lo menos son inmediatamente post-paroxísticos.

En presencia de los ataques, tiene el médico, indudablemente, muchos elementos de importancia que le proporciona la forma convulsiva general. En los casos contrarios—los más—es donde las dificultades son múltiples.

Hemos tenido oportunidad de observar, atendiendo los primeros auxilios en los hospitales, muchos ataques en su mayoría histericos; y recordamos la idea muy sugestiva, pero demasiado sistemática, que nos hacíamos entonces considerándolo, cuando alcanzábamos á presenciarnos, un ataque histérico; y cuando había pasado á nuestra llegada, como accesos de epilepsia siempre que se tratase, se comprende, de convulsiones que presentasen cierta analogía con los de esta neurosis. Este juicio tenía, hasta cierto punto su razón de ser, considerando que la duración de las convulsiones establece en

general una verdadera distinción entre la epilepsia y la histeria.

Pero volviendo á nuestro tema de asociación y para terminar este capítulo diremos que, una vez admitida y diagnosticada la existencia de una asociación y convertidos á ellas todas esas formas que han sido denominadas *histeroepilepsia á crisis combinadas, formas intermediarias* etc., cuyos fenómenos no son todos puramente histéricos, ni todos epilépticos, debemos pensar en la distribución á cada una de dichas neurosis de los fenómenos que les corresponden, cuando puedan identificarse con los *caracteres fundamentales* que les son propios y que *no desaparecen con la modificación de los síntomas*.

Estos *caracteres diferenciales* los hemos expuesto ya aplicándolos á nuestro caso, al tratar de los *estigmas y fenómenos postparoxísticos*; lo que nos valdrá ser muy breves en la interpretación con que termina su historia clínica. Por eso le encontramos mucha razón á Gowers cuando dice, que el diagnóstico debe ser fundado más sobre los *caracteres generales* de la enfermedad, que en el *aspecto de las convulsiones*.

Tratándose de un caso tan interesante y á la vez único, he querido dar á su historia la extensión suficiente; describiendo todo lo que en él he observado, desde que se me presentó por vez primera, hasta la fecha en la cual presento este trabajo.

Caso clínico

En los últimos días de Setiembre pasado, fueron solicitados los primeros auxilios del Hospital del Norte por un accidente ocurrido en la vía pública; correspondiéndome en turno la guardia, concurrí al llamado y encontré á un sujeto, que segun me manifestaron los curiosos, había sido victima de un ataque convulsivo.

Dominaba en él la palidez y el estupor de su rostro y su mirada; así como un temblor rápido de sus miembros superiores. En ese momento volvió de su paroxismo que le había hecho caer y perder el conocimiento repentinamente, agitando sus miembros y todo su cuerpo en una convulsión que había durado poco más de cinco minutos; había hechado espuma por la boca; pero no perdía entonces ni orina ni materias fecales. Esta descripción, que me fué dada en su mayor parte por los presentes me hizo pensar en una epilepsia vulgar. Al cabo de algunos momentos, cuando supuse hubiese pasado algo esa postración intelectual postparoxística, comencé á interrogarlo. Uno de los que allí estaban y que parecía conocer al sujeto, me dijo que esos

ataques ya le habían dado antes y que enseguida perdía la palabra, el oído y la voz: quedaba sordomudo.

Este dato me interesó y más, cuando el enfermo al ser interrogado me contestó con una mímica y sonidos inarticulados propios de los sordo-mudos; esta sordomudez duraba siempre muchos días y á veces muchos meses.

Me llamaron la atención éstos fenómenos y todavía más, cuando el sujeto sacando un lápiz escribió en un papel que le di, en vista de su deseo, con una letra que si bien de perfiles temblorosos, era muy correcta; ratificando lo que se me decía momentos antes y expresándose textualmente: «después de estos ataques me quedo sordomudo»; dióme después los datos de su filiación con toda facilidad.

Creyendo que no hubiese otra indicación que la de calmar la excitación que presentaba, le presenté la clásica receta de los bromuros; y al presentársela al enfermo me contestó: «deme una inyección de morfina que me va á calmar más». Como viese la insistencia con que el enfermo me pedía esa medicación, comprendiendo que se trataba de una persona inteligente, accedí teniendo en cuenta que un centígramo de clorhidrato de morfina no le haría ningún mal. Efectivamente, la excitación pasó, y al cabo de algunos minutos el temblor había casi totalmente desaparecido.

Como el sitio en que nos encontrábamos no era

muy aparente para un examen más prolijo, lo cité para que al día siguiente fuese al hospital. No acudió nuestro enfermo á la cita y cuando yo me había olvidado de él, dos meses después, me saludó una mañana al entrar al hospital; su voz era muy clara y en formas muy correctas expresó los motivos de su falta. Acostumbrado, por otra parte, á su sordomudez periódica, había transcurrido un poco más de un mes, que le duró ese estado en relativa buena salud, si bien algo triste como se comprende.

Esta vez como todas las otras, su sordomudez había aparecido inmediata y completa después de los ataques; desapareciendo total y súbitamente también, después de muchos días como ya se ha dicho.

Pude examinarlo entonces: nuestro enfermo es inteligente, se expresa muy bien. He aquí su historia clínica:

E. P., 40 años, oriental.

Antecedentes hereditarios.—Recuerda que su padre sufrió de cefalalgias intensas, siendo por lo demás sano y robusto, falleciendo á los 79 años de edad. La madre es algo nerviosa y de carácter irascible, pero también sana; tiene 69 años. No conoce en sus antepasados directos y colaterales ninguna enfermedad mental ni nerviosa. Ha tenido 13 hermanos de los que han muerto 7 de enfermedades comunes; fiebres infecciosas, etc. Los otros viven sanos y robustos; en todos ellos domina un tempe-

ramento nervioso. Es el quinto en el orden sucesivo de sus hermanos.

Tiene seis hijos, su mujer ha tenido cuatro abortos; otros dos hijos fallecieron siendo muy pequeños; ignora de que afección.

Cuatro de los seis hijos que le viven *son epilépticos*; tienen desarrollo deficiente y están mal nutridos.

Antecedentes individuales.—Ha tenido sarampión y viruela siendo pequeño y también desde ese tiempo, ataques convulsivos que los facultativos diagnosticaron siempre de epilepsia. Aparecían cada quince días á un mes: caída súbita, pérdida del conocimiento, grito inicial, convulsiones, espuma por la boca teñidas con sangre que salía de su lengua mordida, y todos éstos fenómenos evidentemente epilépticos, duraban pocos minutos, sobreviniendo después de ellos un estado de sopor y de fatiga, quedando al cabo de un rato bien, como antes. Estos datos los ha oído referir muchas veces en su casa; asegura no haber perdido durante los ataques ni orinas ni materias fecales; cuando dormía durante la noche se orinaba á menudo y más de una mañana se despertó pesadamente y con un cansancio parecido al que sobrevenía enseguida de sus ataques.

En su edad infantil no ha presentado, exceptuando lo dicho, ninguna alteración ó afección que llame la atención. De inteligencia despejada, tenía como sus hermanos un carácter irascible.

A los 20 años tuvo sífilis, de la que fué curado durante seis meses en el Hospital Militar, con el tratamiento mercurial. Los seis meses que siguieron tomó yoduro de potasio, y en los años siguientes un tratamiento más ó menos desordenado. Esta infección se desarrolló en una forma benigna; pues el enfermo no tuvo durante seis años, más que las manifestaciones secundarias: caída del cabello, un exantema papulocostroso raro, que ha dejado pocas cicatrices y placas mucosas que lo molestaron poco. Durante todo este tiempo sus ataques de epilepsia cada vez á mayores intervalos, se repitieron siempre en la misma forma.

Hace cinco años y medio recibió una bala en el ojo derecho, que produjo como últimas consecuencias, la enucleación de ese órgano y una cicatriz visible en la región superciliar y frontal del mismo lado.

Siete meses después, el descarrilamiento de un tranway donde viajaba le produjo un nuevo paroxismo. Por este tiempo el enfermo se encontraba triste á causa de la falta de empleo que le prohibía atender á las necesidades de su familia; pero esta vez lo sorprendió inmediatamente después del ataque, un fenómeno que hasta entonces no se había producido. Al volver al conocimiento, desaparecido ya el agotamiento post-paroxístico y bien consciente, se dió cuenta de que no podía hablar, ni articular sonido alguno, y de qué había perdido completamente la audición. Estos fenómenos causa-

ron en él gran sorpresa y el consiguiente disgusto, pues los días y los meses transecurrian y nuestro paciente no hablaba ni oía. Se acordaba, sin embargo, perfectamente del nombre de las personas y de las cosas; más aún: las escribía y de este modo se hacía comprender mejor. Ocho meses permaneció sordomudo sin que ningún tratamiento lo volviese á su estado normal. En estado casi melancólico llegó hasta implorar la caridad del prójimo.

Durante todo este tiempo no tuvo convulsiones.

Una mañana, refiere el enfermo, fué sorprendido durante el sueño por una contracción de la laringe: dió un grito, oyó y habló. Todo repentinamente había desaparecido: su *afasia*, su *sordera* y su *afonía*.

Su salud fué después completamente normal, y un año después le sobrevino otro ataque—esta vez sin traumatismo alguno anterior—en la misma forma y con los mismos fenómenos consecutivos que duraron tres meses y desaparecieron de idéntica manera que en la anterior.

Desde entonces hasta el día que tuve la ocasión de presenciar el que he referido al comenzar su historia clínica, ha sufrido ocho ataques convulsivos con idénticas consecuencias cuya duración, ha variado de quince días á un mes; permaneciendo en estos intervalos triste y abatido, sin ganas de trabajar y enflaqueciendo por absoluta inapetencia.

Exámen del enfermo.—Individuo bien conforma-

do en general: buen esqueleto. Llama la atención, sin embargo, su cabeza alargada en el diámetro anteroposterior (*dolicocéfalo*) y algunas asimetrías en la convexidad del cráneo. Haremos observar de paso, que estos estigmas degenerativos se notan de igual modo en casi todos sus hijos. Se vé la cicatriz de la región superciliar y frontal derechas, de que ya se habló, así como varias en el cuerpo y cara; de las que unas son atribuidas por el enfermo á golpes que ha recibido, otros á la viruela y las restantes á la sífilis. Parece más bien que de esta última afección sean casi todas. No es alcoholista. Sus órganos no revelan alteraciones dignas de tenerse en cuenta.

El enfermo venía ese día á consultarme por unas placas ó ulceraciones que volvían á aparecerle en la boca, y que eran ocasionadas por su sífilis sin duda alguna. El tratamiento mercurial y la higiene de su boca mejoró su estomatitis.

Sus sentidos estaban normales; su inteligencia bien desarrollada; su expresión es viva; trabajador y afectuoso para con su familia, se preocupa mucho de su enfermedad, reconociéndosele fácilmente un temperamento violento y caprichoso.

Marzo 14 —En esta fecha del corriente año, con objeto de consultarme nuevamente se decidió venir al Hospital. Desde hacía algunos días se encontraba sin fuerzas inapetente y abatido.

Al llegar al hospital fué detenido por un agente

de policia que guardaba la entrada. El vestíbulo del establecimiento se había convertido en átrio electoral; y al insistir violentamente en su objeto le sobrevino otro ataque. Perdió el conocimiento, cayó al suelo, agitandose en convulsiones tónicas primero, clónicas después, arrojando espuma por la boca que duraron cinco minutos más ó menos, sucediendo inmediatamente en lugar del coma epiléptico, una excitación impulsiva en la que todos sus músculos desarrollaban una fuerza y movilidad sorprendentes. Una verdadera *hipercinesia*; chocando y golpeando todo lo que se ponía á su alcance. Breves minutos después, calmó esa excitación, quedándole un temblor en sus miembros superiores y unas contracciones en los maséteros que hacían crujir sus dientes.

Este ataque fué presenciado por un médico y varios colegas del hospital, quienes creyeron se trataba de un *epiléptico*; pues las primeras manifestaciones del ataque, tenían con los de esta neurosis, una semejanza completa.

Cuando yo lo ví el paroxismo había pasado y el enfermo presentaba el mismo aspecto que la vez primera que lo atendí—y también estaba *afásico, sordo y afónico* completamente—hacía crujir sus dientes todavía; temblaban sus miembros superiores con una vibración algo semejante á la de los alcoholistas, y su mímica de combate demostraba la violenta excitación y la ira que lo dominaban.

Pasado este estado lo examiné nuevamente: *pálidez* y *temblor* ya indicados. Hícele responder á mis

preguntas por escrito: letra clara pero temblorosa, *fuerzas* debilitadas y apreciadas en el dinamómetro; *motilidad* y *reflejos* disminuidos; caminaba lentamente; la *contracción maseterina* pronto desapareció.

Hiperestesias en toda la extensión del tegumento —no me fué posible constatar la existencia de *zonas*, mas que la de la región *testicular*, donde acusaba una *hiperestesia* muy marcada — Distinción de la sensibilidad al tacto, dolor y frío.

Reflejo faringeo muy aumentado; lo que impidió el exámen de la laringe.

La temperatura en éstos momentos era de 37°4. Pero las alteraciones verdaderamente interesantes, las presentaban los organos de los sentidos. Valiéndome siempre de la escritura, me hizo saber que notaba en su visión algo anormal: ahora le parecía ver las personas y los objetos mas distantes de lo que estaban: los veía más pequeños (*micropsia*). La agudeza visual sin embargo estaba normal: distinguía perfectamente los colores y el campo visual lejos de encontrarlo reducido, lo hallé más amplio; lo que atribuí á que siendo el paciente monóculo, la visión de su ojo restante estaba más desarrollada que lo normal, en virtud de la ley de la compensación; fondo de ojo normal, en lo que me fué posible ver. Oído: completamente ausente, hasta para los sonidos de mayor intensidad y altura (*acusia*): su examen no revela alteración apreciable. Olfato: *anosmia* tambien completa para todos los olores á que pude so-

meter la pituitaria del enfermo; el eter mismo no llegó á producir sensación alguna en ese órgano.

Gusto: colocadas sobre su lengua una regular dosis de azucar, cloruro de sodio, ácido cítrico y clorhidrato de quinina, solo llegó á acusar al cabo de un minuto un sabor algo amargo, unicamente para la quinina (*ageusia*).

La orina eliminada *algunas horas despues del ataque*, dió en su análisis el siguiente resultado:

	Color	amarillo pálido
	Aspecto	claro
	Sedimento	escaso
	Espuma	blanca
	Reacción	ácida
	Densidad	10,10
	Urea	12,810
	Cloruros	5,80
fosfatos	{ alcalinos	0,60
	{ térreos. . . .	0,50
	elementos fijos. . . .	23,30
	« anormales. . .	ninguno

Como se vé, éstas proporciones demuestran una alteración cuantitativa de los elementos normales de la orina, que puede sernos sumamente útil para el diagnóstico—Hay un notable descenso de la urea, de los elementos fijos, de los fosfatos y sobre todo una *inversión en la fórmula de los fosfatos alcalinos* con relación á los *fosfatos térreos*, que debien-

do ser normalmente de 3 á 1, lo es en este caso de 1 á 1

Giles de la Tourette dá á ésta constatación mucho valor. En los días subsiguientes fué llevado el enfermo al hospital de niños, y el doctor Esteves pudo apreciar estos interesantes fenómenos que hemos anotado; habiendo visto ya al enfermo con anterioridad al ataque último y en su estado normal.

Marzo 27. — El enfermo se ha levantado de la cama hablando y con su sentido del oído completamente normal para la audición; así como todos los demás sentidos para sus funciones propias.

Advertiré que el enfermo no se hizo ningún tratamiento, por haberse negado á tomar unas duchas frías intermitentes aplicadas en toda la extensión de la columna vertebral que se quiso ensayar — El paciente tenía entonces algunas ulceraciones en la boca de naturaleza específica. Habiendo tomado desde hacia tiempo yoduro de potasio, se le suspendió este medicamento para darle inyecciones de cianuro de mercurio; se le hizo una sola inyección de dos centigramos porque el enfermo, que como dijimos es muy caprichoso, rehusó también este medicamento. Esta inyección fué hecha después de la desaparición de los fenómenos post-paroxísticos — Durante todos esos días se ha quejado de fuertes dolores en la región torácica y en el raquis, parte lumbar y sacra; pero al examinarlo se vé que el dolor está localizado, sobre todo, en la piel de esas

regiones; hay verdaderas *zonas hiperalgésicas* en esas regiones.

El enfermo no duerme bien; se queja de que le es imposible trabajar y se ha enflaquecido; mientras tanto las ulceraciones van desapareciendo con la higiene de la boca.

En uno de los días subsiguientes fui llamado para asistirlo en su estado, según referencias, grave. Fui á visitarlo y en efecto parecía sufrir de un acceso de angina de pecho: tenía su faz pálida, sudorosa y con visible angustia; así como un fuerte dolor en la región precordial. La piel allí también se encontraba sumamente sensible al tacto y al dolor; la auscultación de los tonos cardíacos era normal. Las medicaciones analgésica y sedante que le prescribí, no le produjeron sino muy poco alivio.

La orina fué de nuevo analizada:

	Color.	amarillo
	Aspecto.	claro
	Sedimento.	escaso
	Espuma.	blanca
	Reacción.	ácida
	Densidad.	10, 15
	Urea.	17, 234
	Cloruros.	6, 50
fosfatos.	{ alcalinos	0, 75
	{ térreos.	0, 45
	Elementos fijos. . . .	34, 95

No se encontraron elementos anormales.

Se puede notar que estas proporciones están más cerca de lo normal, que las anteriores post-convulsivas.

Abril 15.—Fuí, nuevamente á casa del enfermo, porque se encontraba mal, según me manifestaron. Como hubiese tardado varias horas en ir, el enfermo no me esperaba; entré sin ser apercibido. El paciente grave de unas horas antes, estaba de pié junto á una mesa, ocupado con sus niños en juegos pueriles.

En cuanto me vió, fué atacado nuevamente de fuertes dolores en la región lumbar; dadas las manifestaciones que hizo en ese momento que me vió entrar.

Después del examen, que me dió los mismos resultados de días anteriores, pude constatar, haciendo mover al enfermo sin que se diera cuenta, que esos dolores eran puramente superficiales. Los reflejos rotulares me parecieron en realidad asimétricos del lado derecho, bastante aumentado; el izquierdo estaba disminuido; todos los demás datos del examen resultaron negativos. Las ulceraciones de sus encías estaban casi cicatrizadas. Noté dos pústulas, una en la región mentoniana y otra en la región deltoidea izquierda. Como tuviesen caracteres específicos le prescribí, con el obligado asentimiento del enfermo, fricciones mercuriales, convencién-

dolo que mejoraría. Días después se hallaba aliviado, pero esa mejoría terminó pronto.

Abril 24.—Otra vez me comunicó que se sentía mal; acusaba siempre sus dolores en la región lumbar y se le había paralizado la pierna izquierda. «No siento mi pierna», me dijo; caminaba arrastrándola sin hacer el menor esfuerzo para levantarla: un poco en abducción y en extensión completa deslizaba por el pavimento toda la planta del pie. Los demás miembros los movía con facilidad. El enfermo atribuía su impotencia al dolor en las regiones lumbar y sacra.

Pensamos, dejando su sífilis á un lado, por falta de otros datos más significativos, en una *parálisis histérica*; pero explorando la sensibilidad en su pierna, (cuya ausencia acompaña generalmente á esas parálisis) la encontramos normal.

¿Sería ese fenómeno de origen histérico?; ¿habría simulación? El sujeto es trabajador y le preocupan verdaderamente las necesidades de su familia, que trata de satisfacer por todos los medios: este dato alejaría las sospechas de simulación, para hacer pensar en su histeria.

Por otro lado, tratando de disimular el examen, encontré una notable disminución en todos los reflejos del miembro paralizado.

Y bien: hemos observado nuestro interesante caso hasta el último momento de presentar nuestro trabajo.

Interpretemos, como hemos dicho, con toda brevedad, teniendo en cuenta los caracteres ya expuestos de los síntomas revelados, y concisamente digamos, cuáles fenómenos pertenecen á la *epilepsia*, y cuáles á su *histeria*; porqué los unos son *epilépticos*, y porqué los otros son de origen *histérico*.

Teniendo en vista siempre nuestro objeto y aunque sea artificialmente, dividamos su paroxismo en tres períodos.

En el primero consideraremos las *convulsiones*, tanto *tónicas* como *clónicas*.

En el segundo período, interpretaremos las *impulsiones* que se siguen:

Y en el tercer período, el de los *fenómenos de agotamiento é inhibiciones sensoriales*.

Recordamos que *desde su niñez*, tiene nuestro paciente convulsiones; en todos estos ataques ha perdido por completo el conocimiento, cayendo súbitamente, casi siempre sin motivo alguno. *Sorprendiéndole* el acceso, en *convulsiones* (que en el último paroxismo fueron observadas por médicos del hospital) *tónicas* y *clónicas*; arrojando por la boca espuma, amenudo teñida con sangre á causa de las mordeduras de la lengua. En los ataques que con todos estos síntomas aparecieron, con intervalos de quince días á un mes, hasta hace cinco años, quedaba

después de las convulsiones dormido; y más tarde cuando despertaba, aturdido. Los accesos antes y ahora, no han durado jamás más de diez minutos, comprendiendo toda la duración del ataque. Cuando niño se orinaba en su lecho y por la mañana se recordaba á veces penosamente y como cansado.

Cierto és que según nos manifiesta, no gritaba al sobrevenirle las convulsiones, ni después; ni se orinaba, y tampoco eliminaba materias fecales durante las mismas; pero estos datos negativos (que lo son también en otros muchos casos de epilepsia bien comprobada), no son suficientes para poner en duda, lo que atestiguan de una manera evidente los demás síntomas, que de naturaleza *epiléptica* fueron interpretados por los médicos que desde niño lo examinaron. Nosotros los comprobamos porque revelan, ayudados todavía por los estigmas degenerativos que presenta (*dolicocefalia*, *asimetrías craneanas*), una *epilepsia* clásica.

Las *impulsiones* se ven en la epilepsia, como también en la histeria; pero mucho más en la primera. En nuestro enfermo, han sustituido al *coma*, que antes constituía el tercer período de los accesos. Estas *impulsiones* son tan vehementes y brutales, que no dudamos atribuirlos por estos caracteres á la *epilepsia*; para la cual dice Giles de la Tourette: «el delirio que sobreviene en algunos epilécticos después del acceso, es una impulsión brutal, irracional, ame-

nudo homicida»; lo que está con nuestra observación completamente de acuerdo.

Después de estas impulsiones, que duran breves minutos, vienen otros fenómenos revelándose á un mismo tiempo: *aturdimiento intelectual*; *amiostenia*—*paresias*—*témblores y disminución de los reflejos rotulianos*; que tienen de característico ser *pasajeros*: duran algunas horas tan solo. Pero hay también perturbaciones sensitivas: *hiperestesia*,—*hiperalgesia*—y sensoriales: *Micropsia*, *acusia*, *anosmia*, *ageusia*, *totales y completas*, así como su *afasia* motriz *desdoblada* (no hay agrafia) y su *afonia* que duran quince días, un mes, dos, hasta ocho meses en la misma forma.

Las primeras manifestaciones *intelectuales*, y *de la motilidad*, por su similitud con los fenómenos, que tan amenudo se observa á continuación de los accesos epilépticos, (post-paroxísticos) y por su duración *efímera*, no dudamos que pertenecen á su *neurosis epiléptica*.

Pero las perturbaciones de la sensibilidad y de los sentidos; así como su *afasia* y su *afonia*, por sus caracteres de ser *totales y completas* para *todos* sus objetos y en *toda su extensión*, (el sujeto está sordo para todos los sonidos y para todas sus intensidades, y así de los demás; lo que no es un debilitamiento; está afásico para todas las palabras y tan completamente para expresarlas en alta voz como en voz baja, y afonía en las mismas condiciones), por estos caracteres decimos y por que

aparecen y desaparecen *súbitamente*, no pueden ser sinó de origen *histérico*.

Estas manifestaciones como se vé, son bien interesantes por haber sido, aún dentro de la sola neurosis histérica, pocas veces observadas por los mismos clásicos.

Además, el análisis de la orina, practicado con la eliminada pocas horas despues del ataque, nos muestra *una inversión en la fórmula de los fosfatos*: un trastorno de origen *histérico*.

De los otros fenómenos no recordamos más que la *elevación de la temperatura*; que resulta ser, despues del último paroxismo de 37°4 grados — Este examen lo hicimos por olvido, á la media hora del acceso. No nos pronunciamos por lo tanto en cuanto al origen del fenómeno, que podria expresar: bien un descenso de una verdadera hipertermia hecha durante el paroxismo, ó bien una temperatura sencillamente normal, tomada en las primeras horas de la tarde.

Nuestro interesantísimo caso, presenta pues una *asociación* de las dos neurosis más comunes: *epilepsia é histeria*. Asociación *consecutiva* á una *epilepsia pura*, y revelada por accesos de la antigua neurosis, seguidos por *manifestaciones* (fenómenos post-paroxístico), de una *histeria* que aparece en la edad adulta.

Hacemos notar que si bien la sífilis que acompaña á esas neurosis, podria añadirse como *elemento asociado*, no la hemos considerado por haber visto

muy poca relación é influencia entre las manifestaciones de uno y otro orden; lo que no quiere decir que no sea necesario tenerla en cuenta, tanto bajo el punto de vista de diagnóstico como en el de su tratamiento. Nosotros lo hemos hecho con nuestro enfermo.

La *sífilis* tiene mucha relación con la *epilepsia*, pero en su forma *parcial*; y bien: nuestro enfermo siendo un epiléptico desde su niñez y un sífilítico desde sus 20 años, no ha presentado jamás las *convulsiones parciales* de la *epilepsia* de Jackson.

Digamos también de paso, que el *pronóstico* de una *epilepsia* de 40 años—aun asociada—debe ser benigno.

Presenta nuestro enfermo algo más, de mucho interés, por ser un asunto sobre el cual se han producido muchas divergencias.

Nos referimos á la *herencia similar directa*, de la que nuestro caso clínico es una comprobación bien evidente *para la neurosis epiléptica*.

Dicen los clásicos que pocas enfermedades como la *epilepsia*, existen donde se pueda ver la gran influencia que tiene la herencia en general.

La proporción en que se encuentra este elemento para la neurosis que tratamos, es según Echeverría de 28%. Reynolds, ha encontrado un 31% y Gowers que cita á esos autores, un 35%.

La herencia dicen, no afecta á los dos sexos de un modo igual; es más frecuente del lado materno.

La afección de los hermanos y hermanas debe ser considerada como un índice de vicio hereditario.

En todas las enfermedades nerviosas, se agrega, *es más frecuente la herencia de transformación que la similar*, que ha sido negada por autores como Louis, y puesta en duda por psiquiatras como Lasèque, Baillarger, y Morel—Sin embargo, Echeverría la admite y dice que hasta es frecuente. Nosotros encontramos con un epiléptico *sin antecedentes respecto á antepasados epilépticos*, hasta donde alcanza su recuerdo; solo hay en la familia *temperamento más ó menos nervioso*; y con esto tiene por descendencia *seis* hijos de los cuales *cuatro*, —dos varones y dos mujeres—es decir un 65,6 %, *son epilépticos*.

Recordemos que son hijos de un padre sífilítico desde los 20 años; el mayor de sus hijos epilépticos tiene 10 años, y los otros le siguen todos con la neurosis. Los que no la han manifestado son sus otros dos hijos mayores: una niña de 14 años y un niño de 12, comprendidos como aquellos dentro del período de 20 años de sífilis de su padre.

¿Podrá entonces, la existencia concomitante de esa infección, quitar alguna importancia á aquella forma hereditaria de su neurosis?

Talvez, pero así y todo queda siempre en pié la observación, *en casi toda una familia*, de la *herencia similar directa* que Louis negó y que pusieron en duda los psiquiatras franceses Lasèque y Morel.

GUILLERMO D. SCASSO

Abril 29 de 1904.

39201



Buenos Aires, Mayo 2 de 1904.

Nómbrese al académico, Dr. Roberto Wernicke, al Profesor titular Dr. J. M. Ramos Mejía, y al profesor suplente Dr. Horacio G. Piñero para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el artículo IV de la ordenanza sobre exámenes.

P. LAGLEYZE

Carlos Robertson.

Buenos Aires, Mayo 26 de 1904.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de esta tesis:

« En el local de la facultad á 26 de Mayo de
« 1904, reunida la comisión que suscribe, encarga-
« da de dictaminar respecto de la admisibilidad de
« la tesis presentada por el ex-alumno Sr. Guillermo
« D. Scasso, que versa sobre «Fenómenos histéricos
« (afasia, acusia, afonia) post-epilepsia», resolvió ad-
« mitirla». Con lo que terminó el acto.

Firmados: R. WERNICKE.—J. M. RAMOS MEJÍA.—
HORACIO G. PIÑERO—*Cárlos Robertson*, Secretario.

Buenos Aires, Mayo 26 de 1904

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por secretaría, el día en que haya de ser sostenida.

E. UBALLES.

Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

¿Contraria contrariis curantur?

R. WERNICKE

¿La homeopatía cura por sugestión?

J. M. RAMOS MEJÍA

Las leyes de la inercia y la atracción en los
cuerpos vivos (á propósito de la última parte del
párrafo 1.º pág. 3).

HORACIO G. PIÑERO

BIBLIOGRAFIA

- CHARCOT—*Maladies du système nerveux.*
ID.—*Leçons du mardi à la salpêtrière*
1889.
GILES DE LA TOURETTE.—*Traité clinique et thérapeutique*
de L'Hystérie.
W. R. GOWERS. . . .—*De L'Epilepsie.*
CH. FERÉ—*Les Epilepsies et les épileptiques.*
L. RONCORONI—*Trattato clinico Dell'Epilessia.*
-

