



INSTITUTO CULTURAL HELÉNICO A.C.

**LA CONCEPTUALIZACIÓN MÉDICA DE LA EPILEPSIA EN EL ÚLTIMO TERCIO
DEL SIGLO XIX MEXICANO**

TESIS

que para obtener el título de:

LICENCIADA EN HISTORIA

Presenta:

Ana Carabias Dudet

Asesor de Tesis: Alberto Soto Cortés



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción.....	1
Metodología.....	3
Estado de la cuestión.....	6
Contexto histórico: La medicina y la psiquiatría en México.....	9
1. Aportaciones europeas a la Medicina.....	9
2. El nacimiento de la psiquiatría y su desarrollo en México.....	14
3. Contexto político, económico e ideológico de la salud mental pública en México.....	16
4. La Medicina en las aulas mexicanas.....	20
1. Conceptualización de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX mexicano.....	25
1.1. La epilepsia como un concepto en formación.....	25
1.1.1. Carlos Chaix: <i>Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la Epilepsia</i>	26
1.1.2. Marcos Mazari: <i>Breve estudio de algunas causas de la epilepsia en México</i>	30
1.1.3. Mariano Rivadeneyra: <i>Apuntes para la estadística de la locura en México</i>	33
1.1.4. Elías A. Gómez: <i>Fenómenos psíquicos de la epilepsia</i>	35
1.1.5. Librado Pola: <i>Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia</i>	36
1.1.6. Roque Macouzet: <i>Algunas consideraciones sobre la epilepsia jacksoniana</i>	39
1.1.6.1. Carácter epiléptico o personalidad del epiléptico. Carlos Chaix, Elías Gómez y Roque Macouzet.....	42
1.2. Relación de la epilepsia con otros males. Carlos Chaix, Elías Gómez y Francisco Rodiles.....	45
1.2.1. La epilepsia y la locura.....	47

1.2.1.1. El pequeño mal y el gran mal.....	48
1.2.2. La epilepsia y la histeria.....	50
1.2.3. La epilepsia y otros males: catalepsia, eclampsia, temblor saturnino, congestión cerebral apoplectiforme, tumor cerebral y epilepsia simulada.....	55
1.3. La epilepsia y el ámbito jurídico. Pilar Sánchez Bustamante y Julián Villalva	56
1.3.1. Pilar Sánchez Bustamante. <i>Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico</i>	59
1.3.1.1. La perversión de las facultades morales y la fisiología como su causa.....	60
1.3.1.2. El pequeño mal y el gran mal en el área legal.....	63
1.3.1.3. La epilepsia y el Código penal de 1880.....	66
1.3.2. La epilepsia como medio hacia la impunidad en los actos criminales. Julián Villalva: <i>Simulación de la epilepsia</i>	67
2. Nosología de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX mexicano.....	73
2.1. Nosología actual de la epilepsia.....	73
2.1.1. Las crisis epilépticas generalizadas: las ausencias, crisis mioclónicas, tónicas, atónicas, clónicas y tónico-clónicas.....	74
2.1.2. Las crisis epilépticas parciales o focales: crisis parciales simples, parciales complejas y parciales con generalización secundaria.....	75
2.1.3. Nosotaxia de la epilepsia de acuerdo a su origen: epilepsia idiopática y sintomática.....	77
2.1.4. La epilepsia y los síndromes epilépticos de acuerdo a su localización en los lóbulos cerebrales.....	77
2.2. Nosología de la epilepsia en el siglo XIX: Carlos Chaix, Elías Gómez, Librado Pola y Roque Macouzet.....	79
2.2.1. Carlos Chaix: <i>Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la Epilepsia</i>	80
2.2.2. Elías Gómez: <i>Fenómenos psíquicos de la epilepsia</i>	85

2.2.3. Librado Pola: <i>Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia</i>	87
2.2.4. Roque Macouzet: <i>Algunas consideraciones sobre la epilepsia jacksoniana</i>	96
3. Terapéutica de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX mexicano.....	102
3.1. El senecio.....	103
3.2. Los bromuros.....	105
3.3. Alejandro López y Agustín Salinas: los tratamientos de la locura y la histeria aplicados a la terapéutica de la epilepsia.....	108
3.3.1. Alejandro López: <i>Algunos cuidados higiénicos especiales a los enagenados</i>	108
3.3.2. Agustín Salinas: <i>Breve estudio sobre el tratamiento de la histero-epilepsia</i>	113
3.3.2.1. Métodos terapéuticos utilizados en la zona ovárica: hielos, corriente eléctrica y el compresor de ovarios.....	113
3.3.2.2. La música como método terapéutico.....	115
3.4. El tratamiento para la epilepsia jacksoniana.....	116
3.5. La herbolaria mexicana en el tratamiento de la epilepsia. Vicente Montes de Oca: <i>Breve exposición de los principales tratamientos de la Histeria y Epilepsia</i>	117
3.5.1. Pasos a seguir durante una convulsión como parte de la terapéutica de la epilepsia.....	120
3.6. El tratamiento sugestivo o hipnosis para controlar la epilepsia. José A. Malberti: <i>Tratamiento sugestivo de la locura</i>	121
3.6.1. El tratamiento sugestivo o hipnosis en el ámbito legal. Alberto Román: <i>Responsabilidad legal en las personas afectadas de histeria</i>	123
3.7. Tratamiento para niños epilépticos.....	123
Conclusiones.....	127

Bibliografía..... 132

Índice de imágenes..... 135

Introducción

La epilepsia es una enfermedad que hasta la fecha no tiene una definición clara y por lo mismo el trato que el común de la población tiene hacia los enfermos es variable; a nivel médico esta falta de claridad ha generado diversas opiniones y tratamientos para controlar la enfermedad, y en caso de ser posible curarla. El concepto de la epilepsia a lo largo del tiempo ha sido cambiante, complejo y por lo mismo vago, ya que si bien es una enfermedad bastante común, al mismo tiempo es una de las que más ideas erróneas y misterios ha despertado; oficialmente se sabe que el número de personas que padecen esta enfermedad rebasa los 40 millones a nivel mundial¹, pero que debido a la ignorancia aun existente en torno a la epilepsia muchos enfermos siguen siendo escondidos por sus familias e incluso por sí mismos, razón por la que millones de casos no forman parte de las cifras oficiales.

Esta situación ha provocado que desde los primeros registros de la epilepsia el misterio y las ideas erróneas la envolvieran poco a poco para estigmatizarla incluso hasta nuestros días. Por ejemplo, en la Biblia, tomándola como texto histórico y no religioso, es posible apreciar en el Génesis la descripción de "sueño profundo" o *Tardemah* que se "apoderaba de Abraham". La palabra *Tardemah*, traducida al griego, significa éxtasis, el cual presentaban con frecuencia los profetas Isaías, Jeremías, Ezequiel y Daniel. Tanto en el Antiguo como en el Nuevo Testamento se hizo referencia a episodios parecidos a los ya descritos y fueron considerados sobrenaturales. En el Nuevo Testamento, en el libro de las Revelaciones o Apocalipsis se detalló el mal que sufría san Juan y de acuerdo a Dostoievski, quien tuvo epilepsia, la sintomatología descrita era la misma que la suya: alucinaciones auditivas acompañadas de crisis con generalización secundaria.

Al pasar de los siglos la epilepsia siguió considerándose un estado de éxtasis divino o bien de posesión demoniaca y en el siglo que abarca mi investigación, el XIX, pasó a ser considerada un tipo de locura. Sin embargo, en las últimas tres décadas de esta centuria la idea de la epilepsia como locura comenzó a transformarse por la que actualmente se tiene en el ámbito médico: una enfermedad neuronal. Recalco la certeza de los médicos en torno a la epilepsia como una alteración en el cerebro porque así como ellos tienen esta noción más adecuada de la enfermedad, existen culturas que siguen creyendo que la epilepsia no es

¹ Francisco Rubio Donnadiou, Jaime Ramos Peek, *et. al.*, *PAC Neuro – I Programa de actualización continúa en neurología. Epilepsia en adultos.*, México, Intersistemas, 1999, p. 7.

una enfermedad; por ejemplo en África se cree que un espíritu ancestral posee al epiléptico o que éste está bajo la influencia de la Luna, también se cree que el padecimiento se debe a algún alimento que la madre ingirió durante el embarazo, asimismo, en Estados Unidos los indios navajos creen que la epilepsia se debe al incesto.²

Los ejemplos mencionados en los párrafos anteriores son sólo unos pocos de los muchos que reflejan la ignorancia en torno a la epilepsia, tanto en el ámbito social como en el médico, cuyas teorías resultan de suma importancia ya que son éstas las que cambian la forma en que la sociedad aborda y enfrenta una enfermedad. Dicho esto me queda aclarar que la epilepsia merece ser estudiada como un problema histórico porque es un claro ejemplo de la transformación a la que constantemente se enfrentan las ideas, teorías, conceptos y en este caso la ciencia, en específico la medicina, disciplina que está estrechamente ligada al ser humano, al igual que la historia.

Además, estudiando la historia de la epilepsia se puede apreciar claramente el papel que la psiquiatría y la neurología representaron para la medicina en el siglo XIX, en especial en el trato de las enfermedades mentales, ya que si bien la epilepsia no pertenece a esta rama de la ciencia médica, durante muchas décadas sí lo hizo en el imaginario social y médico, en especial en dicha centuria. Esta idea se vino abajo con las teorías que muchos médicos, neurólogos y fisiólogos expusieron en el siglo XIX y que se aplicaron en México durante los últimos treinta años del mismo.

Este tema de investigación se presta a estudiar el concepto que se tenía de otras enfermedades con las que era confundida la epilepsia como la histeria, que gracias al psicoanálisis también fue conceptualizada de una mejor forma, refiriéndome con "mejor" a que las histéricas poco a poco fueron siendo tratadas de una forma más efectiva que encerrándolas en manicomios. Dentro de la historia de la medicina en México esta investigación también resulta útil, ya que aporta tanto al estudio del avance de la neurología y la psiquiatría, como al de las enfermedades mentales en nuestro país, puesto que al tener los mexicanos arraigado el uso de la herbolaría y la botánica como forma de curar, combinaron esta tradición con las enseñanzas que llegaban en los tratados de medicina europeos haciendo así de la terapéutica algo distinto y experimental.

² *Ibidem.*, p. 98.

Este acercamiento a la forma mexicana de tratar la epilepsia lo logré gracias a las tesis que escribieron catorce estudiantes de la Facultad de Medicina de México durante las últimas tres décadas del siglo XIX, en las cuales se plasmaron tanto la transformación del concepto médico y social de la epilepsia (apegándome más al médico en mi investigación) y de otras enfermedades también consideradas como mentales, así como los tratamientos que se llevaron a cabo para controlar e intentar sanar por completo el mal epiléptico; y por supuesto las opiniones de los futuros médicos mexicanos, algunas encontradas y otras mostrando un común acuerdo. La epilepsia en México es un tema muy poco investigado, así como el de otros padecimientos mentales que pretendo mencionar en mi texto con la intención de contribuir o, en su caso, abrir el campo de estudio a dichas patologías.

La medicina es un ámbito que no sólo le concierne a los médicos o especialistas en las ciencias bioquímicas, genéticas, etc., de la misma forma le incumbe a la sociedad ya que le afecta directamente a cada persona en razón de ser un sistema orgánico y, por lo tanto, propenso a las enfermedades, lo que hace que éstas sean compañeras inseparables del hombre y del estudio del mismo desde un punto de vista histórico. El estudio de algún mal y en este caso de la epilepsia desde el ojo del historiador permite abordar su estudio apreciando no sólo los cambios en la Medicina, sino también en el inconsciente colectivo y por lo mismo en el trato a quien ha padecido esta enfermedad, lo cual refleja los conceptos que circulan en una sociedad. Para abordar la epilepsia de esta forma son necesarias la Historia conceptual, la Historia de las ideas y la Historia las mentalidades, las cuales abrieron el campo de estudio para temas considerados como exclusivos de la ciencia.

Metodología

Como se mencionó en el párrafo anterior, las corrientes historiográficas por medio de las cuales se logró el acercamiento a la conceptualización de la epilepsia en el presente escrito fueron la Historia conceptual y la Historia de las mentalidades. Ambas están íntimamente ligadas a la Historia social, corriente que no encaja en la forma de abordar el tema en esta investigación, es por ello que no todas las propuestas de las dos metodologías pudieron usarse, sin embargo las que se tomaron en cuenta fueron de gran utilidad.

La Historia de las mentalidades en gran parte se caracteriza por tomar en cuenta las actitudes de la gente ordinaria en torno a la vida cotidiana como las ideas concernientes a la

sexualidad, la infancia, la familia, la muerte, etc.³ Todo esto indica una inclinación social en cuanto al ámbito desde el cual se aborda el análisis y la interpretación de las fuentes, lo cual indicaría que no es posible aplicarlo al estudio de una enfermedad vista desde el gremio médico, sin embargo, parte de la visión analizada en los estudiantes indica pertenecer todavía en al grupo de las personas comunes que no estaban inmersas del todo en la vida médica. Sus intereses respondían en gran parte a las inquietudes que socialmente despertaba la epilepsia como la forma de tratar a los epilépticos, la imagen que de ellos se tenía como personas agresivas, capaces de incendiar, matar, robar y realizar múltiples crímenes como parte de la sintomatología de la enfermedad, y en especial la imagen que se tenía del epiléptico como un loco. Todas estas ideas no estaban únicamente en la mente de los médicos, sino también (y aún más presentes) en la del común de la población.

Asimismo, parte de la cotidianidad mencionada en el párrafo anterior es la enfermedad, estar enfermo es un hecho con el que cada persona lidia muchas veces en su vida, tanto con su propio cuerpo, como con el de las personas que le rodean. Es por ello que la actitud que se tenía en torno a la epilepsia por parte de los familiares entra en el esquema de la Historia de las mentalidades, y este hecho fue mencionado por muchos de los tesisistas, en especial los que hablaron de la terapéutica de la epilepsia, al indicar las recomendaciones que los allegados al enfermo debían tener con el mismo, lo cual a su vez habla de la actitud que probablemente se tomó para dirigirse a los epilépticos y especialmente para vivir con ellos.

Otra idea propia de la Historia de las mentalidades es la inclinación que los historiadores apegados a esta metodología tienen por las nociones psicológicas que están detrás del acto de conceptualizar una conducta social, un hecho, un proceso, etc.⁴ Si bien esto sigue aludiendo a una historia social, la actividad intelectual que llevaron a cabo los tesisistas fue motivada por transformaciones que vivieron en su vida cotidiana como estudiantes de una ciencia que cambió radicalmente en los años que ellos estudiaron su profesión, y por lo mismo también cambió su campo de estudio y trabajo, así como la forma de percibir el mismo. La actitud que tomaron los tesisistas en torno al proceso de cambio en su cotidianidad estudiantil se hizo patente en los métodos que usaron para

³ Patrick H. Hutton, "The history of mentalities. The new map of cultural history" en *History and Theory*, octubre de 1981, vol. 20, num. 3, p. 237.

⁴ *Idem.*

realizar sus tesis, mismos que fueron fuertemente influenciados por las nuevas teorías que llegaban de Europa y marcaban su forma de abordar la Medicina. Algunos optaban por apegarse a métodos tradicionales como la mera observación y otros implementaban a sus estudios nuevas ideas como la experimentación sobre los pacientes. La psicología y percepción que mostraron en torno al cambio de un proceso de larga duración (como lo fue la formación de un concepto nuevo en una mentalidad colectiva) permite que sean estudiados desde una visión mental.

En cuanto a la Historia conceptual, ésta es concebida por Gadamer y Koselleck "como una comprensión racional del mundo natural y social, al acreditar la eficacia histórica de los conceptos y aquilatar su uso en un contexto significativo".⁵ Esta noción fue la que se aplicó en la presente investigación al tratar a la epilepsia como parte del mundo natural, siendo un fenómeno fisiológico y orgánico, y a su vez como parte del mundo social al despertar intriga e interés en un ámbito de la sociedad: el gremio médico. Asimismo, la epilepsia y las ideas que se tenían de la misma se insertaron en un contexto histórico particular para ser analizada en su conceptualización.

Los autores mencionados también afirmaron que "los conceptos son registros de la realidad y, a la vez, factores de cambio de la propia realidad".⁶ Esta idea indica que la forma en la que el gremio médico conceptualizó la epilepsia es un reconocimiento de la realidad médica de finales del siglo XIX, y por lo tanto, otorga un método para abordar al epilepsia como una problemática histórica, ya que además de plasmar una realidad, saca a relucir muchos factores de cambio dentro de la realidad médica mexicana (y europea al ser este el continente que influyó fuertemente en los estudios médicos de México), así como en las relaciones que se dieron entre la epilepsia y otras enfermedades, los tratamientos recomendados y sus adaptaciones a lo largo de las décadas, etc.

Finalmente, retomaré una cita de Reinhart Koselleck en la que dice que "los conceptos ya no sirven solamente para concebir los hechos de tal o cual manera, sino que se proyectan hacia el futuro".⁷ Esta idea apoya mi interés en que las enfermedades deben estudiarse de forma histórica no sólo por el historiador, sino por los propios médicos, ya

⁵ Reinhart Koselleck y Hans-Georg Gadamer, *Historia y Hermenéutica*, Barcelona, Paidós, 1997, p. 9.

⁶ *Ibidem.*, p. 21.

⁷ Reinhart Koselleck, *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*, Barcelona, Paidós, 1993, p. 111.

que en la transformación del concepto es donde se pueden clarificar inquietudes actuales o en el caso de la epilepsia lagunas en su entendimiento y estudio, de las cuales hay muchas actualmente. Es necesario remontarse al pasado de vez en cuando para tener una mejor comprensión al observar los cambios y la razón de los mismos, en este caso de la epilepsia y el trato a los epilépticos.

Estado de la cuestión

En cuanto al estado de la cuestión, los estudios acerca de la epilepsia son en su gran mayoría médicos, sin embargo se encuentran algunos estudios que proporcionan un acercamiento antropológico como los de Witold Jacorzynski, o multidisciplinario como lo hizo Alfredo Feria Velasco. Existen análisis históricos acerca del padecimiento, sin embargo resultan un tanto generales debido a que abarcan varios siglos y lugares, como *The Falling Sickness: A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology* de Owsei Temkin o *The History of Modern Epilepsy* de Walter J. Friedlander, entre otros. Asimismo, los estudios históricos en torno a la epilepsia resultan escasos, ya que la mayoría de las menciones de la epilepsia en el siglo XIX se encuentran en libros que tratan los trastornos mentales y mencionan como elemento de comparación a la epilepsia, no la tratan como un tema en especial, como es el caso de Héctor Pérez Rincón y su estudio de la histeria en *El teatro de las histéricas. De cómo Charcot descubrió, entre otras cosas, que también había histéricos*. En cuanto al trato de la epilepsia en México como objeto de estudio histórico, no encontré escritos, si bien se han realizado varios libros y tesis, todos ellos corresponden al ámbito de la medicina general, la psiquiatría, la psicología y la neurocirugía. Tomando en cuenta lo anterior, podría decir que tampoco hay estudios que traten la Medicina y la Historia con la epilepsia como elemento de unión.

Pasando al universo de las fuentes primarias en primer lugar mencionaré de manera cronológica las catorce tesis que dieron vida a la presente investigación: *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la Epilepsia* de Carlos L. Chaix, *Breves apuntes sobre la histeria seguidos de un apéndice sobre la locura histérica* de Francisco Rodiles, *Breve estudio de algunas causas de la epilepsia en México* de Marcos Mazari, *Algunos cuidados higiénicos especiales a los enagenados* de Alejandro Lopez, *Breve estudio sobre el tratamiento de la histero-epilepsia* de Agustín Salinas, *Apuntes para la estadística de la*

locura en México de Mariano Rivadeneyra, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia* de Elias A. Gómez, *Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico* de Pilar Sánchez Bustamante, Librado Pola: *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia* de Librado Pola, *Algunas consideraciones sobre la epilepsia jacksoniana* de Roque Macouzet, *Breve exposición de los principales tratamientos de la Histeria y Epilepsia y algunos apuntamientos para contribuir al estudio científico de la Ipomoea Stans (Tumba – vaqueros)* de Vicente Montes de Oca, *Tratamiento sugestivo de la locura* de José A. Malberti, *Responsabilidad legal en las personas afectadas de histeria* de Alberto Román y *Simulación de la epilepsia* de Julián Villalva. Estas tesis muestran en especial la idea médica que se tenía sobre la epilepsia en el siglo XIX.

Dentro de las fuentes primarias se encuentran los documentos del Archivo Histórico de la Secretaria de Salud. Este acervo no lo utilicé en mi investigación, sin embargo es necesario mencionarlo porque contiene parte de los documentos existentes que tratan la epilepsia y la locura en el siglo XIX (hay que recordar que la epilepsia era considerada un tipo de locura en el siglo XIX, por lo que los documentos que hablen del trato a los locos y de las instituciones encargadas de asistirlos le incumben a las investigaciones sobre la epilepsia en la época decimonónica). Los documentos a los que me refiero narran la vida de los enajenados en las instituciones encargadas de su cuidado, las mujeres ingresaban al Hospital del Divino Salvador y los hombres al Hospital de San Hipólito. La mayor parte de los escritos que tratan los temas mencionados se pueden encontrar en el fondo de "Beneficencia Pública" en la sección de "Establecimientos Hospitalarios", asimismo es posible localizar algunas fotografías de los internos en las que también se observan las construcciones que habitaban.

En el Archivo Histórico de la Secretaria de Salud también encontré artículos de periódico que hablan acerca del trato a los locos, uno en especial llamó la atención, se trata de una carta que se publicó en *El Universal* (num. 90, año 1890) denunciando la falta de alimentos en el Hospital de San Hipólito, ésta se tituló "El Hospital de San Hipólito. Los locos mueren de hambre". Todos estos archivos tratan la epilepsia y la locura desde el ámbito social, por lo que resultan una gran aportación para una investigación sobre la epilepsia desde la Historia social y la Historia de la vida cotidiana.

Son dos las hipótesis que pretendo demostrar en mi investigación, la primera es el hecho de que la epilepsia es una de las enfermedades cuya concepción y percepción ha cambiado drásticamente a lo largo de la historia. Debido a ello, en mi tesis expondré el concepto que sobre dicho padecimiento se tuvo en México en el último tercio del siglo XIX en el ámbito médico. Por medio del estudio de catorce tesis escritas por alumnos de la Facultad de Medicina de México entre los años 1870 y 1900 daré a conocer los tratamientos, tipos de epilepsias reconocidas en ese momento, cuidados especiales, etc. Mi segunda hipótesis es que la razón por la que la epilepsia era considerada un tipo de locura se debió a la confusión que la mayoría de los médicos tenían entre la epilepsia y varias enfermedades mentales o psicopatologías como la enajenación mental y la histeria, entre otras, a causa de sus síntomas, en especial las convulsiones.

Debido a las dos hipótesis mencionadas mis objetivos son exponer qué era la epilepsia de acuerdo al conocimiento médico, tanto mexicano como europeo del siglo XIX, haciendo énfasis en las últimas tres décadas y así demostrar como la percepción y conceptualización de la epilepsia ha cambiado en el último siglo. Mi segundo objetivo es exponer los tratamientos para la epilepsia y el trato que se le daba a los epilépticos; y finalmente describir la asociación que en la época existía entre la epilepsia y las enfermedades mentales.

Mi tesis cuenta de tres capítulos, el primero "Conceptualización de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX mexicano" trata a la epilepsia como un concepto en formación y construido por la combinación de ideas europeas y la adaptación de las mismas al ámbito mexicano. De manera cronológica expuse las ideas que cada tesista tenía de la epilepsia con la intención de observar los cambios en el concepto de la enfermedad, así como las opiniones que había en el gremio médico y que fueron plasmadas por los estudiantes en sus tesis. Asimismo, los tesistas expusieron varias teorías que leyeron en textos europeos, por lo que me fue posible rastrear las ideas que regían la mayor parte de la práctica de la medicina en México.

El segundo capítulo, "Nosología de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX mexicano", trata la forma en que fue clasificada la epilepsia en el siglo XIX en México, así como la descripción de cada tipo de epilepsia. Este capítulo permite analizar la razón por la que la epilepsia fue confundida con otras enfermedades y considerada un tipo de locura por

medio de los síntomas que cada epilepsia presentaba. Finalmente, el tercero y último capítulo, "Terapéutica de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX mexicano" es una exposición de los tratamientos que le eran recetados a los epilépticos y las expectativas que los médicos tenían de los mismos.

Contexto Histórico: La medicina y la psiquiatría en México

1.- Aportaciones europeas a la Medicina



IMÁGEN 1.

A principios del siglo XIX, Francia iba a la vanguardia en la medicina, era el lugar donde “se producía una medicina más consolidada y mejor orientada”⁸. Uno de los médicos representativos de

este tiempo fue René Laënnec, a quien se

le debe la invención del estetoscopio, una descripción completa de las enfermedades de los órganos torácicos, además de aplicar su amplio conocimiento de la anatomía para estudiar y explorar a sus pacientes; debido a esto, los descubrimientos y estudios de Laennec “se han hecho clásicos en la medicina por haberse basado en la más fina observación clínica y anatomopatológica.”⁹

⁸ Germán Somolinos, *Historia de la Medicina*, México, Patria, 1964, p. 115.

⁹ *Idem*.

Héctor Pérez-Rincón describió 4 pinturas creadas en las últimas décadas del siglo XIX en Europa para introducir a los médicos y estudiantes que marcaron una



diferencia en el estudio de la

medicina; los autores de estas obras fueron Rixens, André Brouillet Henri Gervex, y León A. Lhermitte. Estas pinturas también son de gran utilidad para mostrar un panorama de los antecedentes de la medicina en México, así como ciertas aportaciones europeas a la misma, específicamente francesas.

Jubileo de Pasteur el 27 de diciembre de 1892, pintado por Rixens, muestra el gran homenaje que se organizó en el anfiteatro de la Sorbona de París para Louis Pasteur, considerado el nuevo paradigma de la experimentación en biología, por lo que esta obra se consideró como un “símbolo de la apoteosis de la ciencia pasteuriana, el método positivista.”¹⁰ Pasteur comprobó que fermentaciones como la butírica¹¹ o la láctica se producían por la acción de microorganismos, y que esto se podía evitar si las sustancias propensas a la descomposición se calentaban entre 50 y 60 grados centígrados, este proceso fue llamado pasteurización y revolucionó la industria moderna.¹² Dentro de sus estudios en torno a los microorganismos, Pasteur descubrió que una enfermedad podía ser

¹⁰ Héctor Pérez-Rincón, *El teatro de las histéricas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998, p.11. Dicho método al llegar a México revolucionó la ciencia en general, pero en la medicina fue un parte aguas, ya que todos los males comenzaron a ser estudiados bajo una perspectiva totalmente nueva y distinta.

¹¹ La fermentación butírica es la conversión de los glúcidos (biomoléculas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno) en ácido butírico (producto final de la fermentación) por la acción de bacterias en ausencia de oxígeno. Se produce a partir de la lactosa y se caracteriza por un olor pútrido.

¹² Somolinos, *Historia de la Medicina*, op.cit. p. 120.

causada por un germen microbiano, esta aportación la realizó “cuando estudiando el carbono de los animales con un lujo de detalles y una rigurosidad científica imposible de relatar aquí, establece la teoría de los gérmenes presentada en la Academia de Medicina de París el 30 de abril de 1878.”¹³

Gracias a las investigaciones de Pasteur surgieron los estudios acerca de la inmunidad, que fueron perfeccionados por científicos y médicos como Jules Bordet, Pierre Roux, Emil Behring, Jaume Ferrán, George Fernand Widal y August Paul von Wassermann, entre otros; quienes lograron evitar y curar muchas enfermedades antes mortales por medio de las vacunas y los sueros activos, además de crear diversos métodos de identificación y diferenciación de procesos patológicos.

En el *Jubileo de Pasteur*, también se observan personajes como Joseph Lister, el creador de la asepsia en la cirugía, quien viste la toga de la Universidad de Glasgow y tiene los brazos levantados hacia Pasteur. Asimismo, Charcot se encuentra atrás de Pasteur; quien en este tiempo trataba al homenajeado por las secuelas de la hemiplejía que sufrió.¹⁴

La pintura de André Brouillet¹⁵, además de mostrar personalidades médicas importantes del momento, forma parte de la trilogía *El saber médico* o *El poder médico*, al lado de



El doctor Peán antes de la operación IMÁGEN 3.

de Henri Hervex y *La lección de Claude Bernard* de León A. Lhermitte. Esta trilogía se considera una “alegoría del notable progreso que la medicina alcanzó en las tres últimas

¹³*Ibidem.*, p. 121.

¹⁴ A un año de este homenaje, en 1893, murió Charcot, quien a pesar del poder y el renombre que tuvo en vida, no fue tan recordado ni homenajeado más que por algunos historiadores y médicos, en especial neurólogos.

¹⁵Brouillet fue considerado el pintor oficial de la medicina de su tiempo.

décadas del siglo XIX. Esta fue una época de ascensión económica y social del cuerpo médico, que se tradujo en un progresivo ascendente político y moral.”¹⁶

La obra de Brouillet muestra a Charcot dando una cátedra de histeria mientras una una de sus principales pacientes, Blanche Wittmann¹⁷, sostenida de sus zonas histerógenas histerógenas por Babinsky, ejemplifica en la clase un estado de éxtasis después de la terapia de hipnosis tras haber presentado cuatro ataques de histeria mayor. Blanche era conocida como la “reina de las histéricas”, ingresó joven a la Salpêtrière y fue comúnmente usada para experimentos de hipnosis y, como se muestra en la pintura, para llevar a cabo frente al público de las sesiones clínicas la demostración de las etapas del ataque histérico y epileptoide, el cual se desencadenaba al tocar las zonas histerógenas; así como el control de los ataques al utilizar el compresor de ovarios. Los conocimientos impartidos por Charcot en las aulas llegaron a México y fueron aplicados en los manicomios.



IMÁGEN 4.

psicofisiología, etc.

Muchos de los alumnos observados en la pintura, posteriormente abrieron, gracias a las lecciones de Charcot, el campo de estudio a ramas de la medicina como la psiquiatría, la neuropatología, la psicología médica, la fotografía clínica, la

¹⁶ Pérez-Rincón, *El teatro de las histéricas*, op. cit., p. 11.

¹⁷ Blanche Wittmann fue descrita en su historia clínica por uno de los alumnos de Charcot: “Blanche es alta, mide, 1.64 m, corpulenta (70 kilos), es rubia, con un tinte linfático. La piel es blanca. Los senos son muy voluminosos... Su inteligencia apenas alcanza la media. Su memoria es bastante buena... Su mirada es brillante: la vista y el contacto de los hombres producen en ella una especie de excitación particular.” *Ibidem.*, p. 30. Al morir Charcot, Blanche se fue de la Salpêtrière, años después regresó, sin embargo sus crisis eran distintas y cuando dejaron de estar de moda, cesaron. Trabajó en esta institución en el laboratorio de radiología, y murió con dos brazos amputados a causa del “cáncer de los radiólogos”.

Henri Gervex, muestra al doctor Jules-Émile Péan sosteniendo la pinza que el mismo inventó y que lleva su nombre, mientras explica la intervención quirúrgica que llevará a cabo en la joven recostada. Este cuadro “simboliza la destreza y el avance técnico de una cirugía, todavía en su tiempo remedio *quasi* heroico.”¹⁸

Por último, en *La lección de Claude Bernard* de Lhermitte, el médico Bernard explica a sus alumnos las maniobras de experimentación que está realizando en un perro. Bernard escribió en 1865 *Introducción al estudio de la medicina experimental*, obra que marcó el desarrollo de la medicina, este libro fue “una gran reflexión teórica sobre el método experimental y su aplicación a la medicina y a la biología. Charcot, consciente del papel que esta obra desempeñaba para la creación de una medicina realmente científica, deseó toda su vida ser un “experimentador” como Bernard y Pasteur. La medicina mental a lo largo de su historia, ha intentado aplicar en su campo el paradigma científico que representa la fisiología.”¹⁹

Las cuatro pinturas descritas fueron un ejemplo de las teorías, enseñanzas y métodos que en pocos años llegarían a México y serían usadas por médicos mexicanos para tratar y entender diversos males considerados como mentales. El positivismo, las enseñanzas de Charcot, la experimentación, las cirugías y la fisiología, fueron de los principales aportes europeos al estudio de la epilepsia en México.

Otros países como Inglaterra, Austria y Estados Unidos si bien no estuvieron a la altura de Francia, contribuyeron al estudio médico tanto en Europa como en México. El inglés Addison describió la enfermedad que lleva su nombre, “sin duda la aportación más fundamental a la patología endócrina²⁰ antes de los trabajos de Claude Bernard”²¹, Parkinson describió el cuadro del mal que también llevó su nombre y Hodgkin igualmente describió un síndrome que después fue conocido como enfermedad de Hodgkin o linfogranulomatosis maligna²².

¹⁸*Ibidem.*, p. 15

¹⁹*Ibidem.*, p. 14.

²⁰ La endocrinología es la rama de la medicina que estudia las glándulas de secreción interna en estado normal o patológico.

²¹Somolinos, *Historia de la Medicina, op. cit.*, p. 116.

²² La enfermedad de Hodgkin también se conoce como linfoma de Hodgkin, fue descubierta en 1832 por el médico británico Thomas Hodgkin (1798 – 1866). Esta variedad de linfoma maligno se caracteriza por el aumento de tamaño y consistencia de los ganglios linfáticos, astenia, anorexia y crecimientos viscerales.

En Austria, el vienés Carl Rokitansky enriqueció el conocimiento anatomopatológico con sus conclusiones al realizar 30 mil autopsias. Mientras tanto, Wunderlich escribió tratados sobre la temperatura humana y el uso del termómetro, conocimientos básicos hasta la fecha en la práctica médica.

No sólo en Europa se llevaban a cabo importantes experimentos y estudios, en América, Estados Unidos sobresalió al descubrir una sustancia anestésica tan eficiente eficiente como el éter sulfúrico. “Pertenece a esta epopeya los nombres de Humphry Davy, que introdujo el óxido nitroso, después difundido por Horace Wells; Long Morton y los cirujanos John Warren y Henry Bigelow.”²³

Por último, es necesario mencionar que los conocimientos adquiridos durante la primera mitad del siglo XIX fueron los cimientos para en la segunda mitad poder dejar atrás la teoría de los humores²⁴, este hecho marcó las últimas décadas decimonónicas. Se descartó completamente “de la medicina el pesado lastre de la patología humoral que, desde veinte siglos antes presidía y dirigía todos los conceptos y teorías para explicar la génesis de la enfermedad, siempre acompañada de una fuerte especulación metafísica.”²⁵

2.- El nacimiento de la psiquiatría y su desarrollo en México

La psiquiatría es una rama de las ciencias médicas que trata el origen, diagnóstico, prevención y tratamiento de los trastornos mentales.²⁶ La creación de la clínica psiquiátrica como una nueva institución surgió cuando los médicos decidieron darle una perspectiva distinta e innovadora al estudio de los alienados o locos y considerarlos personas enfermas capaces de curarse, incluso se consideró que su daño podría ser cerebral y no mental. Esta reforma permitió que surgiera la psiquiatría en Francia en 1838 cuando Philippe Pinel tomó la iniciativa de quitarle las cadenas “a la mayoría de los enfermos y se esfuerza en suprimir el régimen carcelario. Asimismo rechazaba los fármacos a ciegas y otorgaba

²³*Ibidem.*, p. 117.

²⁴ A pesar de haber dejado atrás las prácticas médicas basadas en los humores, sobrevivió la homeopatía, un tipo de medicina alternativa que tiene como base conseguir el equilibrio de los humores en el cuerpo y así sanar al paciente.

²⁵Somolinos, *Historia de la Medicina, op. cit.*, 119.

²⁶ Enrique Cárdenas de la Peña, *Terminología Médica*, México, Interamericana Mc. Graw - Hill, 1996, p. 192.

mayor importancia a la higiene, a la alimentación, a la policía interna del hospital, a las cualidades morales del personal, al clima de confianza, etc.”²⁷

Gracias a la iniciativa de Pinel, en otros países de Europa y en Estados Unidos comenzó a cambiar la relación que había entre el enfermo y el médico; se dejó de tratar a los locos con violencia y comenzaron a ser atendidos bajo los preceptos de una terapéutica más humanitaria, “tales cambios venían a representar la creación de una ciencia exclusivamente dirigida al tratamiento de la locura: y junto a ello, su legitimación como ciencia médica.”²⁸

En su inicio, la psiquiatría se limitó a describir, explicar, diferenciar y clasificar las enfermedades, durante varios años la práctica fundamental de los psiquiatras fue la descripción de los cuadros clínicos y de la evolución de los males.²⁹ El interés principal de la psiquiatría era explicar la psique, sin embargo, poco a poco fue creando lazos con la neurología y la medicina, permitiendo así que se comenzara a considerar al cuerpo como un objeto, es decir, la psiquiatría se ligó a la medicina somática³⁰, volviéndose así parte de la Medicina: obtuvo su carácter de ciencia.

La psiquiatría en México se desarrolló de forma muy distinta que en Europa, ya que el territorio mexicano sufrió durante casi todo el siglo XIX, en especial en los primeros tres cuartos de siglo, invasiones, guerras civiles y por consecuencia inestabilidad política, económica y social. Dentro de este contexto resultaron escasos y difíciles de obtener los textos psiquiátricos al momento de su publicación en Europa, además del tiempo que tomaba traducirlos al español; únicamente era posible obtener algunos artículos. Entre 1840 y 1860 fue poco el impacto que la ciencia psiquiátrica tuvo en el trato a los enfermos mentales, “incluso de 1845 a 1870, el tema de la psiquiatría estuvo ausente en la Academia

²⁷Betzabé Arreola Martínez, *¿Locura o disidencia? Un estudio sobre la locura femenina desde la ciencia psiquiátrica de finales de siglo XIX y principios del XX*, México, B. Arreola Martínez, 2007, p. 73.

²⁸*Idem.*

²⁹ Este primer enfoque de la psiquiatría se hizo patente en las 14 tesis que revisé, ya que los cambios metodológicos son muy claros y en las tesis escritas en la década de 1870, los tesisistas se limitaron a la observación y descripción de la epilepsia y la histeria, enfermedad con la que frecuentemente fue comparada. Esto también indica que fue hasta finales de siglo que llegó la influencia psiquiátrica a México.

³⁰ La somatización se refiere a la expresión en síntomas de conflictos del inconsciente, por lo que el cuerpo se vuelve el objeto donde expresar lo que sucede en la psique, en especial de lo que el paciente no está consciente como traumas, fobias, recuerdos reprimidos, etc. Estas ideas propiamente se establecieron gracias a Sigmund Freud con el psicoanálisis, sin embargo, los médicos ya estaban al tanto de que el cuerpo expresaba lo que para el paciente no resultaba evidente; incluso estos estudios previos a Freud sentaron las bases de sus teorías: “Pinel, Charcot y Krapelin, harán posible la aparición de Sigmund Freud a finales de siglo.” Arreola Martínez, *¿Locura o disidencia?..., op.cit.*, p. 74.

Nacional de Medicina. Fue hasta los últimos 20 años del siglo XIX que aumentó el interés por los aspectos de la medicina psiquiátrica.”³¹

En México la psiquiatría tuvo su auge en las últimas dos décadas debido al positivismo, que como se verá en el siguiente apartado fue la ideología imperante en el Porfiriato y le dio gran importancia a la ciencia, así como al progreso. Gracias al positivismo, la psiquiatría no sólo se convirtió en una de las ramas más importantes de la medicina, sino en la más prometedora, ya que se creía que fomentaría el progreso del país curando a los enfermos que retrasaban el desarrollo habitando en sus calles sin aportar nada a la sociedad. La psiquiatría dio la oportunidad de rehabilitar y reincorporar a la mayoría de los alienados, volviéndolos ciudadanos productivos, o al menos esa era la promesa del momento.

Gracias a la psiquiatría, en México se comenzaron a dar explicaciones racionales acerca de los males mentales, por lo que cambió la terapéutica y la concepción de los mismos, en especial de la locura y, por lo tanto, de la epilepsia al ser considerada un tipo de locura. La enfermedad mental comenzó a ser entendida y atendida como una “alteración de la estructura anatómica del cerebro o de su funcionamiento,”³² la epilepsia comenzó a verse como una enfermedad fisiológica y no mental. Estos cambios en el estudio de las enfermedades mentales se debieron a que en la segunda mitad del siglo XIX la psiquiatría comenzó a separar la mente del cerebro, y por lo tanto muchas enfermedades comenzaron a tratarse como alteraciones de la actividad cerebral o como resultados de alguna lesión cerebral.

3.- Contexto político, económico e ideológico de la salud mental pública en México

Debido a que la epilepsia era considerada un mal mental, es importante conocer un poco acerca de las instituciones dedicadas a la salud mental pública en México, así como del contexto en el que los servicios de salud pública fueron desarrollándose e introduciendo nuevas técnicas y disciplinas como la psiquiatría, la bacteriología, la inmunología, entre otras. Durante el siglo XIX surgieron diversos enfoques teóricos en torno a la asistencia, prevención, tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales.

³¹*Idem.*

³²*Ibidem.*, p. 75.

Debido a las reformas liberales emprendidas tras el gobierno de Benito Juárez, las instituciones de beneficencia para el enfermo mental pasaron del ámbito religioso a ser responsabilidad del gobierno, ya que “desde principios de la época colonial habían estado a cargo de laicos piadosos y diversas congregaciones religiosas.”³³ A partir de este cambio, en la mayor parte del siglo XIX la asistencia a los enfermos mentales estuvo siempre determinada por la situación política y económica del país, por lo que las reformas que se implementaron en torno a la atención médica fueron fragmentarias e interrumpidas por las guerras que se vivían.

La atención médica se centralizó en una institución, conocida como Beneficencia Pública, que posteriormente pasó a ser la Secretaría de Salubridad y actualmente se conoce como Secretaría de Salud. Si bien la intención fue mantener un control y proporcionar calidad a la salud de la población por medio de la centralización, este sistema resultó contraproducente para los padecimientos mentales, ya que fueron de poco interés para el gobierno. Debido al centralismo no se trataron los casos con mayor detenimiento, y al haber sido la institución médica más fuerte, cualquier otra que intentara aportar conocimiento o ayuda no era tomada en cuenta. Otro problema al que se enfrentó el ámbito de la medicina mental fue a la carestía de doctores, y los que había no estaban equitativamente distribuidos por el país, lo que generó que muchas regiones no tuvieran la asistencia médica necesaria. La atención a los enfermos mentales continuó a cargo de asociaciones religiosas, de beneficencia privada o de las cárceles públicas.

Dos de las principales razones por las que los males de la mente no representaban ninguna importancia para la Beneficencia Pública eran porque “las enfermedades mentales generalmente no son consideradas como causa directa de muerte y por consiguiente no aparecen representadas en proporción a su importancia en la información que habitualmente proporcionan las oficinas estadísticas”³⁴ y por “la falta de información del público en general, así como actitudes de rechazo enraizadas principalmente en creencias y tradiciones que dificultan el conocimiento objetivo de la enfermedad mental.”³⁵

³³ César Gómez, *Los servicios de salud mental pública en México, 1862 – 1988. Un ensayo crítico*, tesis de Licenciatura en Psicología, asesorado por María Asunción Valenzuela Cota, México, UNAM, Facultad de Psicología, 1991, p.5.

³⁴ *Ibidem*, p. 7.

³⁵ *Idem*. Estas problemáticas aun persisten tanto en la creencia alrededor de las enfermedades mentales y cerebrales, como en las instituciones gubernamentales encargadas de tratarlas.

Durante el gobierno de Porfirio Díaz México vivió un crecimiento económico y científico, factores que permitieron el incremento de investigaciones médicas, así como de la introducción de corrientes científicas extranjeras que enriquecieron dicho conocimiento, en especial las provenientes de Francia y posteriormente las de Inglaterra, Alemania y Estados Unidos. La medicina durante el Porfiriato se caracterizó por ocupar un lugar destacado dentro del ámbito científico y particular.

En 1877 se creó la Dirección de Beneficencia Pública como un intento serio de reorganizar la Beneficencia y la centralización de los servicios y actividades sanitarias “al crear en primer lugar, una Dirección central con relativa independencia, y segundo, escogiendo personas de distinguida capacidad para dirigirla dando oportunidad a mexicanos llegados de Francia para planear hospitales, hospicios y manicomios, según los adelantos de la medicina y la nueva concepción hospitalaria europea.”³⁶ Esto tuvo obstáculos políticos, económicos y sociales, ya que algunas funciones de la Beneficencia fueron censuradas por los positivistas al considerarla antiliberal y acientífica, en especial en lo referente a los males mentales, ya que de acuerdo a la ideología positivista cada persona debía resolver sus problemas, de lo contrario se estaría coartando la responsabilidad del hombre y reprimiendo su habilidad para resolver dificultades personales.³⁷

La problemática se extendía al ámbito económico debido al poco presupuesto que le era asignado a la salud, por ejemplo, en 1878 el presupuesto Federal total fue de \$26,803,379, el presupuesto designado a la Beneficencia fue de \$194, 991, lo que equivalió al 0.73%, es decir, a 2 centavos por habitante. Lo mismo sucedió con Salubridad Pública, durante el Porfiriato a lo mucho recibió el 1% del presupuesto Federal.³⁸ Esta falta de apoyo económico al sector salud, trajo como consecuencia el crecimiento de la medicina particular y el desamparo de un gran porcentaje de la población con problemas mentales. Sin embargo, estos médicos particulares comenzaron a tener especial interés en las enfermedades mentales a finales del siglo XIX, lo que posteriormente ayudó de forma indirecta a mejorar los tratamientos para la población de bajos recursos.

³⁶*Ibidem.*, p. 5. *apud.* Josefina Muriel, *Hospitales para enfermos mentales en la Colonia*, tomo 1, p. 307.

³⁷*Ibidem.*, p. 35

³⁸*Idem.*

En cuanto al contexto ideológico, es necesario señalar el auge del positivismo y del cientificismo durante el gobierno de Porfirio Díaz. El régimen se apoyó especialmente en la noción de ver al Estado como un organismo “el cual podía estudiarse científicamente tal como se hacía en la biología con los organismos. Desde esta perspectiva se podía aplicar el método científico para combatir los males o patologías del cuerpo social; desde las enfermedades epidémicas hasta la criminalidad, la pobreza, la prostitución, la vagancia, el alcoholismo y las enfermedades mentales, ya que todas ellas impedían alcanzar el tan anhelado progreso.”³⁹

El cientificismo surgió de esta obsesión del positivismo por solucionar y explicar todo por medio de la ciencia. Ante las problemáticas sociales que se vivieron en el Porfiriato, tales como la presencia de vagabundos, prostitutas, borrachos y locos por las calles, la clase científica entre los que destacaban sociólogos, médicos, urbanistas, empresarios, y otros, decidió aplicar soluciones derivadas del método científico. En primer lugar decidieron que la custodia de las personas que vivían en la calle debía pasar de la caridad al Estado, quien estaría encargado de rehabilitarlos bajo preceptos médicos científicos para posicionarlos en la sociedad. “En este nuevo contexto, los hospitales, hospicios, casas de recogidas, cárceles, etc. dejan de verse bajo la óptica de la caridad ya que además de no haber podido solucionar los problemas de la vagancia, pobreza y criminalidad, se habían convertido en “simples receptáculos de miserias”, de ahí la necesidad de redefinirles tanto en sus fines como en sus medios, para que cumplieran el papel que les exigía el nuevo orden social.”⁴⁰

No solamente se redefinió el lugar que contenía a los enfermos, también las enfermedades mismas, por ejemplo, el borracho pasó a ser una persona afectada por el alcoholismo o un alcohólico, lo que convertía al briago en una patología social, al igual que a los criminales y a las prostitutas. Toda patología social debía recibir tratamiento terapéutico bajo los estándares científicos, es decir, rehabilitación y regeneración de la conducta antisocial.

De estas nociones se conformó la creencia en la ciencia como una percepción profunda la misma y del progreso que engendraría, por lo que se convirtió en uno de los

³⁹ Arreola Martínez, *¿Locura o disidencia?...*, op. cit., p. 40.

⁴⁰ *Ibidem.*, p. 35.

bienes sociales más apreciados, y la institucionalización de la medicina la prueba del desarrollo de una nación. “[...] se podría alcanzar el desarrollo económico y el progreso social tan anhelado. Serían los hospitales, manicomios, cárceles, escuelas sus espacios de acción, y los higienistas, médicos, criminólogos, educadores, sus principales representantes.”⁴¹

Por último, es necesario agregar que el Porfiriato se considera el periodo histórico en el que surgió la salud pública moderna en México, específicamente durante las últimas tres décadas del siglo XIX y la primera del XX. Este paso del sanitarismo a la salud pública, se dio gracias a la unión de factores políticos, científicos y económicos; en primer lugar hay que señalar “la incorporación de nuevos campos de conocimiento a la práctica de los salubristas mexicanos: la bacteriología, que identificó al agente causal de muchas enfermedades; la inmunología, que creó vacunas y sueros para prevenirlas y tratarlas; la medicina tropical, que explicó el papel que desempeñan los vectores (piojos, pulgas, moscos, agua) en la transmisión de algunos padecimientos; y la epidemiología, que estudió la frecuencia y distribución de las enfermedades”⁴²

También contribuyeron a esta transición las ideas de progreso y disciplina mencionadas anteriormente. Además de la necesidad del gobierno mexicano, de países europeos y de Estados Unidos de eliminar las epidemias y endemias que con frecuencia atacaban puntos estratégicos comerciales como las ciudades principales, las fronteras, los puertos y las zonas mineras y petroleras.⁴³

4.- La Medicina en las aulas mexicanas

Durante el siglo XIX los médicos serios y con vocación se enfrentaron a la mala fama que comenzaron a traerles los charlatanes y a la competencia que representaban los curanderos, ya que “muchas gente prefería seguir aliviándose con curanderos por simple ignorancia y desconfianza y como consecuencia, muchos desertaban o se convertían en charlatanes.”⁴⁴ Con el paso del siglo, estos obstáculos fueron vencidos y finalmente, debido al

⁴¹*Ibidem.*, p. 36

⁴² Ana María Carrillo, *Epidemias, saber médico y salud pública en el Porfiriato*, tesis de Doctorado en Historia, asesorada por Dr. Juan José Saldaña, México, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, 2010, p. XIX.

⁴³*Ibidem.*, p. XX.

⁴⁴Mílada Bazant, *Historia de la educación durante el Porfiriato*, México, El Colegio de México, 1993, p. 231.

cientificismo y a la influencia europea la medicina comenzó a ganarle terreno a las otras prácticas.

A principios del siglo XIX las clases de medicina se impartían en el Establecimiento de Ciencias Médicas fundado en 1833, que en los documentos oficiales era conocido como Colegio de Medicina o Colegio de Belén, posteriormente cambió su nombre a Escuela de Medicina. Por orden de Santa Anna en 1843 cambió de nuevo su nombre a Colegio de Medicina y se sentaron las bases para uniformar e impulsar la instrucción pública. En 1847 el Colegio de Medicina se estableció en el Colegio de San Juan de Letrán, en 1851 se trasladó al Convento de San Hipólito, dos años después a San Ildefonso y a finales del mismo año las clases se impartían en casas particulares. Finalmente en 1854 se trasladó al palacio de la Santa Inquisición.

Las materias que se impartían en estas primeras décadas eran Anatomía Descriptiva, Elementos de Anatomía General, Fisiología, Elementos de Higiene, Farmacia Teórica, Farmacia Práctica, Patología General, Patología Externa e Interna, Medicina Operatoria, Terapéutica, Materia Médica, Obstetricia y Medicina Legal. No se impartía ninguna materia que estudiara con detenimiento las enfermedades mentales ni cerebrales, sin embargo, los estudios de ciencias e idiomas en la preparatoria mejoraron, lo que permitió que alumnos más preparados ingresaran a estudiar medicina.

Era común que se leyeran textos franceses, eran diez los autores básicos que debían estudiar los alumnos de medicina: Maygrier en Anatomía, Magendie en Fisiología, Turrel en Higiene, Roche en Patología interna y externa, Martínez en Clínica Interna, Tavernier en Clínica externa, Coster y Dugés en Obstetricia y Operaciones, Barbier en Materia médica, Briand en Medicina legal y Chavallier en Farmacia.⁴⁵

Las clases consistían en exposiciones por parte del profesor, quien tenía como obligación dedicar el mismo número de horas a las materias clínicas teóricas que a las patologías. “El estudio clínico carecía de sistema; se reducía tan solo a visitas en las salas de hospital, en compañía del profesor, quien presentaba casos observados a la ligera, o a lo sumo con el “ojo clínico” o hacía tales o cuales observaciones puramente circunstanciales.”⁴⁶

⁴⁵ Fernando Ocaranza, *Historia de la Medicina*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1995, p.174.

⁴⁶ *Idem.*

A finales de siglo, específicamente en la década de 1880, el estudio de la medicina comenzó a tener variaciones. Se introdujo la medicina legal (materia que estaba muy de moda en Europa) y se comenzó a separar la histología de la anatomía, lo que permitió una amplitud de los programas de estudio. Se implementaron dos cursos anuales, uno especializado en clínica y otro en patologías; y en 1898, se agregó anatomía patológica al tercer año e histología patológica al cuarto.

En la década de 1890 el plan de estudios era el siguiente⁴⁷:

Primer año

Farmacia Galénica⁴⁸
 Histología
 Anatomía descriptiva

Segundo año

Fisiología
 1er curso de patología médica
 1er curso de patología quirúrgica
 1er curso de clínica quirúrgica

Tercer año

Anatomía topográfica⁴⁹
 2do curso de patología médica
 2do curso de patología quirúrgica
 1er curso de clínica médica

Cuarto año

Operaciones
 Terapéutica médica

Quinto año

Higiene⁵⁰
 Medicina legal
 Obstetricia⁵¹ teórica
 2do curso de clínica médica

⁴⁷ *Ibidem.*, p. 176.

⁴⁸ La farmacia galénica es la rama de las ciencias farmacéuticas encargada de la transformación de drogas en medicamentos listos para una administración adecuada en el tratamiento de las enfermedades.

⁴⁹ La anatomía topográfica es la rama de la anatomía que estudia las regiones en que se divide el cuerpo humano.

⁵⁰ La higiene se refiere al conjunto de conocimientos y técnicas necesarias para controlar una enfermedad.

⁵¹ La obstetricia es la rama de la medicina que se encarga de la gestación, del parto y del puerperio (sobreparto, conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo de la mujer que recién parió hasta que los órganos afectados por el embarazo y el parto recuperen su forma, estructura y funciones normales.).

Las clases eran acompañadas de trabajos prácticos que no eran definidos como tal, ya que como parte del sistema de enseñanza de la medicina no existían. En el anfiteatro se compraban los cadáveres a un tostón o peseta⁵² la pieza, los que podían y querían aprendían a diseccionar y diseccionar en ellos, pero no era requisito para pasar la materia o tener derecho a examen. Las prácticas clínicas tampoco tenían un método establecido, por lo que cada alumno interrogaba y exploraba a los pacientes según lo que su criterio les indicaba o acompañaban a algún profesor para ver como lo hacía. Fue hasta los últimos años del siglo XIX que el régimen de prácticas comenzó a sistematizarse permitiendo que algunos alumnos entraran como practicantes a los hospitales, el requisito era haber cursado al menos los tres primeros años de la carrera y concursar por la plaza.⁵³

El cambio al plan de estudios que concierne al presente trabajo se dio en 1897⁵⁴ gracias al doctor José Peón Contreras, psiquiatra reconocido y además literato e historiador. Este médico y su equipo inauguraron la cátedra de enfermedades mentales, impartida por el mencionado psiquiatra, quien además era director del Hospital de San Hipólito. En un inicio la clase se impartía únicamente dos horas a la semana, por lo general era teórica y se basaba en el texto del alienista francés Jean Baptiste Régis: *Manual práctico de medicina mental*⁵⁵. Era rara la ocasión en la que se veían enfermos, no se le daba aun la importancia debida a la práctica de campo, bastaba con asistir a la clase para aprobarla y no se presentaban exámenes. Sin embargo, despertó la curiosidad e interés en muchos médicos jóvenes, lo que permitió que en el siguiente siglo se enriquecieran las clases y se les diera un carácter mucho más serio dentro de la formación médica, permitiendo así la consolidación del primer grupo de psiquiatras mexicanos.⁵⁶

Al finalizar los estudios, los alumnos debían presentar el examen profesional. Este estaba formado por cuatro evaluaciones: “El primer examen consistía en una preparación

⁵² En el siglo XIX la moneda de 50 centavos era llamada tostón, la de 25 centavos peseta y la de 5 centavos un quinto.

⁵³ Gabriela Castañeda López, *Pioneras de la medicina mexicana en la UNAM. Del Porfiriato al nuevo régimen, 1887 – 1936*, México, UNAM, 2010, p. 45.

⁵⁴ En 1890 se intentó generar este cambio con la cátedra del médico Miguel Alvarado, dedicada a las enfermedades mentales y basada en el texto del alienista francés Jean Baptiste Régis, se impartía de once treinta a una de la tarde los martes, jueves y sábados. Sin embargo, esta clase no duró debido a la muerte de Alvarado a finales del mismo año. Esta primera cátedra únicamente era de perfeccionamiento, a diferencia de la inaugurada en 1897 que ya era obligatoria y oficial.

⁵⁵ *Manual práctico de medicina mental*, de Jean Baptiste Régis, fue el texto básico en las cátedras. Escrito en 1885 y a lo largo de sus reediciones se convirtió en un texto clásico en las aulas universitarias de Francia.

⁵⁶ Arreola Martínez, *¿Locura o disidencia?...op. cit.*, p. 76.

anatómica hecha sobre el cadáver y un examen oral de operación sobre el cadáver, de acuerdo con la preferencia de los sinodales. El segundo examen profesional comprendía la patología interna, el tercero las materias de farmacia, medicina legal, obstetricia e higiene.⁵⁷ Y por último, el cuarto examen era la tesis, escrito en el que el alumno exponía un tema de su elección.

La tesis debía ser breve y concreta, el alumno debía escoger un tema de su interés y desarrollar un punto entre 20 y 50 cuartillas aproximadamente. En esta época las tesis no requerían de muchos puntos a seguir, por ejemplo no eran necesarios el estado de la cuestión, la metodología, el marco teórico, etc., únicamente se desarrollaba el tema precedido por una breve introducción (1 cuartilla por lo general) y casi siempre expresaban los alumnos sus conclusiones en 2 párrafos. Si bien las tesis no mostraron mayor exigencia en cuanto a una estructura establecida, si se observó énfasis en el agradecimiento a las autoridades médicas mexicanas en las páginas que precedían la introducción de la tesis.

Los temas de las tesis eran muy variados, desde la descripción de una parte del cuerpo como *La pelvis* (título que resulta un tanto vago), hasta la influencia de la Medicina en otras disciplinas como se verá posteriormente en la tesis de Pilar Sánchez titulada *Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico*. Debido a lo variado de los temas elegidos por los estudiantes de Medicina, resulta interesante el creciente interés que se dio en las últimas tres décadas del siglo XIX por un tema en específico: la epilepsia. Esta alteración en la elección de temas fue lo que en un inicio llamó mi atención y me llevó a realizar una investigación al respecto, para posteriormente interesarme profundamente en las ideas que en estas décadas se tenía acerca de la enfermedad.

Finalmente agradezco por su cooperación para la realización de mi tesis al Instituto Cultural Helénico, al personal que siempre se mostró muy amable y accesible de la Biblioteca Dr. Nicolás León del Palacio de la Escuela de Medicina y por las mismas razones a quienes me facilitaron documentos en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

⁵⁷Bazant, *Historia de la educación, op.cit.*, p. 232.

1.- Conceptualización de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX mexicano

1.1.- La epilepsia como un concepto en formación

La actual definición de “epilepsia” es relativamente reciente, ya que los criterios para su diagnóstico fueron aceptados y difundidos por la comunidad médica hasta 1973, después de siglos de discusiones al respecto. La Liga Internacional Contra la Epilepsia y la Organización Mundial de la Salud definieron a la epilepsia como “una afección crónica, recurrente, caracterizada por manifestaciones clínicas (crisis epilépticas como convulsiones, ausencias, etc.), así como manifestaciones paraclínicas, (ejemplo: manifestaciones electroencefalográficas⁵⁸). Debe agregarse a esta definición que las crisis epilépticas deben ser no provocadas y tener la característica de ser recurrentes.”⁵⁹

La medicina ha reconocido que la epilepsia se considera una “enfermedad” gracias a los avances de las neurociencias, que han permitido determinar su historia natural⁶⁰. Antes de la década de 1970 se le consideraba un síndrome que se expresaba con un común denominador: la crisis epiléptica, es decir, la convulsión y/o la ausencia. A pesar de existir esta definición un poco más precisa que las anteriores, y en especial más atinada al control de la enfermedad, la epilepsia sigue siendo un mal en investigación y rodeado de dudas, por lo que es posible afirmar que su conceptualización no se ha dado por terminada.

La manifestación de la epilepsia siempre ha ido de la mano de la concepción médica que de ella se tiene, la primera modifica a la segunda, es decir, a lo largo de los siglos la sintomatología (siendo las convulsiones el síntoma al que se le prestaba mayor atención) ha sido el punto de partida y referencia para estudiar la enfermedad e intentar indicar qué es, debido a esto la observación de los epilépticos fue la práctica fundamental de médicos y estudiantes de medicina. Es por ello que el concepto de la epilepsia se fue modificando durante estas décadas a partir de lo que los médicos iban comprendiendo de ella y por lo mismo resulta necesario indicar la forma en la que actualmente se entiende su expresión para posteriormente analizar la formación de su concepto.

⁵⁸La electroencefalografía es el método que registra de manera gráfica los fenómenos eléctricos que se desarrollan en el encéfalo.

⁵⁹ Francisco Rubio Donnadieu, Jaime Ramos Peek, *et. al.*, *PAC Neuro – 1 Programa de actualización continua en neurología. Epilepsia en adultos.*, México, Intersistemas, p. 7.

⁶⁰ Se entiende como historia natural de una enfermedad o padecimiento, al conjunto de datos que permiten definirla y reconocerla como una entidad clinicopatológica. Su comportamiento se repite con fidelidad, cada vez que ocurre; y presenta manifestaciones, tanto clínicas como paraclínicas así como una evolución que le son características. *Ibidem.* p. 8.

El conocimiento médico actual establece que “el fenómeno epiléptico en el ser humano se manifiesta clínicamente de manera múltiple, de acuerdo con el área donde se origina, así como el mecanismo fisiopatológico a nivel molecular, que depende de factores genéticos y ambientales, que determinarán su expresión clínica, ya sea convulsiva o no convulsiva, generalizada o focal, lo cual generó durante siglos confusión en la profesión médica.”⁶¹En el siglo XIX se llevaron a cabo muchos avances en el área de la medicina, en especial en la neurología y la forma de entender diversos males cambió (la locura, la histeria y la epilepsia, entre otros.), en algunos de forma radical y en otros únicamente marcando pautas.

En el caso de la epilepsia ambos tipos de cambios tuvieron lugar. El cambio radical se reflejó a partir del surgimiento de la psiquiatría y de la entrada de la medicina moderna a México, así como de la neurología; el mayor de estos cambios fue el descubrimiento de las localizaciones cerebrales (que se tratarán más adelante) y la teoría de que la epilepsia no era una enfermedad mental, sino neurológica y por lo mismo su etiología dejó de ser eventos como el alcoholismo en los progenitores o el género del paciente, entre muchos otros, para pasar a ser un daño orgánico o fisiológico en el cerebro. Este cambio radical, a su vez marcó pautas sobre todo en la forma de tratar a los enfermos: poco a poco a lo largo del siglo XIX y hasta la fecha se ha ido eliminando del imaginario colectivo la idea del epiléptico como alguien desapegado de su realidad, o bien, que tergiversa la misma. Asimismo, en el área médica se apreciaron pequeños cambios en la terapéutica al intentar experimentar con nuevos medicamentos para el momento como algunos bromuros y hierbas mexicanas con la intención de dejar de observar y comenzar a introducir en el país una medicina más empírica.

1.1.1.- Carlos Chaix: *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la Epilepsia*

Durante la época que trata esta investigación, último tercio del siglo XIX, muchas teorías europeas llegaban a México, es por ello que estudiando las ideas de los tesisistas de la Facultad de Medicina de aquel entonces es posible aproximarse a la idea que se tenía sobre la epilepsia en el mundo médico, específicamente en las ideas europeas y su fusión con las mexicanas. Debido a que era una enfermedad muy poco comprendida, los médicos del siglo

⁶¹*Idem..*

XIX, hacia la década de 1870, trataron de explicar qué era dicho padecimiento a través de la descripción de las alteraciones que ésta parecía provocar en la mente, como si conociendo sus efectos pudieran saber en qué consistía exactamente la enfermedad. Esta premisa es la que siguió Carlos Chaix, el primero de los tesisistas que trataré, al realizar su escrito *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la Epilepsia*. Cabe puntualizar que los tesisistas retomaron las ideas médicas más aceptadas en el momento de la escritura de sus conclusiones, por lo que el acercamiento que presentó de tales nociones en mi texto fue a través de los escritos de los 14 estudiantes de medicina.

Chaix enlistó una serie de médicos que en décadas anteriores explicaron la epilepsia indicando los daños cerebrales que ésta causaba, incluso se realizaron autopsias para comprobar dichas alteraciones cerebrales. Se comparaba el cerebro de los cadáveres epilépticos con cerebros de perros en los que se experimentaba causándoles descargas eléctricas justo en los lugares donde el cerebro del cadáver se encontraba atrofiado. Contradiendo las nociones anteriores, el autor de esta tesis aseguró que existían estudios contemporáneos a su tiempo que probaban que la epilepsia se desarrollaba sin alterar la estructura de los centros nerviosos, y al mismo tiempo afirmaba que si esta enfermedad perduraba por mucho tiempo ocasionaba modificaciones en la pulpa cerebro-espinal⁶², contradicción que finalmente lo llevó a aceptar la existencia de un daño fisiológico debido a la epilepsia.

Uno de los autores que citó Chaix, contemporáneo a su tiempo, fue Schroder van der Kolk, quien aseguró que la epilepsia era simplemente a una hiperemia (aumento de sangre) en la médula alargada o espinal, por lo que si la epilepsia se detectaba en la primera fase, es decir, cuando la médula estaba hinchada a causa de la sangre, se podría curar al paciente. Esta teoría se debió a que el patologista alemán localizó en la médula alargada y en la base de la misma el punto de partida de las convulsiones, zona que de acuerdo a van de Kolk presentaba hiperemia en los casos más recientemente estudiados.⁶³ Al no detectarse a tiempo la hiperemia, la “dilatación de los vasos capilares se constituye en una

⁶² Carlos L. Chaix, *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la epilepsia*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1870, p. 9. La pulpa cerebro-espinal, es lo que actualmente se conoce como líquido cerebro-espinal, es una sustancia clara, incolora y cristalina que sirve de acojinamiento protector alrededor del encéfalo y la médula espinal, así como dentro de los mismos. El encéfalo es el segmento superior del sistema cerebroespinal y está contenido en la cavidad craneal, el segmento inferior es la médula espinal y se encuentra en el conducto vertebral.

⁶³ *Ibidem*, p. 10.

causa permanente de irritación de las celdillas ganglionares, y como este ensanchamiento de volumen vascular aumenta en cada acceso, cada nuevo ataque es la causa ocasional de un acceso ulterior. De aquí resulta que, pasado cierto tiempo, queda gravada la existencia de esta enfermedad por lesiones persistentes incurables.”⁶⁴ Entonces, para ciertos médicos del momento una de las teorías aceptadas era la de la epilepsia como efecto de la hiperemia en la médula alargada.

Por el contrario, existió otra teoría formulada por los científicos Adolph Kusmaul y Tenner, quienes basados en la observación aseguraron que se podían provocar crisis epilépticas sin que la sangre llegara al cerebro, lo que convirtió su teoría en la opositora de la de Schroeder van der Kolk, ya que para ellos la única causa la epilepsia no era más que una “anemia⁶⁵ arterial del encéfalo”.⁶⁶ A pesar de estas dos teorías, el estudiante de medicina Chaix aseguró que las convulsiones epilépticas no tenían nada que ver con la sangre, que si bien al irritarse la médula alargada era posible que se presentaran, la verdadera causa estaba en la nutrición y en las alteraciones de la misma, en la presencia de ciertas sustancias en la sangre, en alguna excitación anormal procedente de regiones lejanas centrales o periféricas del cerebro, o bien, en la presencia de neuromas, cicatrices o tumores. Las razones de Chaix curiosamente se asemejaron más a las explicaciones dadas en la segunda mitad del siglo XX con ayuda de equipos médicos que proporcionaron datos más exactos y por lo tanto más contundentes en torno a la epilepsia. Esta deducción por parte del tesista se debe probablemente a la influencia europea sobre su investigación, puesto que en ese continente ya habían surgido varias teorías que indicaban que las convulsiones y demás expresiones de la epilepsia se debían a lesiones cerebrales.

Actualmente se han confirmado esas teorías gracias a las resonancias magnéticas y a los encefalogramas, pero en el siglo XIX esto se dedujo gracias a la experimentación en cerebros de animales que al ser estimulados o alterados en ciertas áreas del cerebro presentaban convulsiones. De igual forma, la observación le presentó a Chaix la oportunidad de indicar entre líneas que la epilepsia no necesariamente era sinónimo de convulsión y viceversa, por lo que las teorías que él negó e indicaban que la causa de la epilepsia era cualquier alteración en la cantidad de sangre en el cerebro le parecieron

⁶⁴*Ibidem*, p. 11.

⁶⁵Anemia es la ausencia de sangre.

⁶⁶*Idem*.

absurdas dentro del entendido de que las convulsiones no son únicamente síntoma de la epilepsia.

Chaix citó otro estudio reconocido en su época escrito por el Dr. Poulet, quien aseguraba que la epilepsia era producto del exceso de amoniacos en la sangre, ya que en la orina de los epilépticos se encontraba más cantidad de sales amoniacaes que en una persona sana, y además, después de cada crisis epiléptica la orina del enfermo contenía una cantidad excesiva de esta disolución. Según Poulet, las alteraciones en la orina indicaban una alteración equivalente en la sangre, por lo que la sangre con exceso de amoniacos que llegaba al cerebro y circulaba por el mismo era la causante de la epilepsia. Para probar dicha teoría, Poulet experimentó con perros inyectándoles una dosis de amoniacos en la carótida, lo que ocasionó que el animal sufriera los mismos efectos de la epilepsia (cuerpo rígido, convulsión en ciertas partes del cuerpo, fijeza en los ojos, etc.).⁶⁷ En pocas palabras, para el doctor Poulet la epilepsia era, como él lo indicó, una *hiperamonemia*⁶⁸.

Sin embargo, al finalizar su estudio, el doctor Poulet indicó que la hiperamonemia también la observó en el *vértigo a stomacholaeso* (vértigo de origen gástrico relacionado con los ataques de angustia), en la catalepsia⁶⁹, en la meningitis⁷⁰ comatosa, en algunos casos de *hemicrania* (migraña) y en algunas neurosis⁷¹. La teoría de Poulet fue un ejemplo de la gran confusión que rondaba a la epilepsia, ya que en primer lugar igualó la convulsión a la epilepsia, lo que ponía en duda la relación de ésta con el “pequeño mal” (ausencias) respecto al “gran mal” (convulsiones); y en segundo lugar cayó, sin intención de hacerlo, en la confusión que constantemente se presentaba en la medicina al estudiar la epilepsia y otras enfermedades con síntomas semejantes, en especial las que presentaban convulsiones, aunque en su caso fueran las que tenían un exceso de amoniacos en la sangre y en la orina.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 15.

⁶⁸ La hiperamonemia se refiere al aumento de amonio en la sangre.

⁶⁹ La catalepsia es una condición generalizada de la disminución de las respuestas a estímulos naturales del ambiente, generalmente caracterizada por estados parecidos a un trance; puede ocurrir en trastornos orgánicos o psicológicos o bajo hipnosis.

⁷⁰ La meningitis es la inflamación de las meninges, membranas que cubren el sistema nervioso central.

⁷¹ La neurosis es el conjunto de afecciones nerviosas muy difundidas que sin base anatómica conocida, están íntimamente ligadas a la vida psíquica del enfermo, sin embargo no alteran su personalidad – como lo hacen las psicosis -, por lo cual van acompañadas de una conciencia penosa casi siempre excesiva en relación con el estado morboso.

1.1.2.- Marcos Mazari: *Breve estudio de algunas causas de la epilepsia en México*

En la década de 1880, las conclusiones en torno al mal epiléptico seguían basándose en la observación y en la descripción. Marcos Mazari, en su tesis titulada *Breve estudio de algunas causas de la epilepsia en México*, realizó una pequeña exposición acerca de las causas de la epilepsia basándose en el análisis de los datos estadísticos que le fueron proporcionados en el Hospital del Divino Salvador y en el Hospital de San Hipólito. Si bien el título hace referencia a algo muy específico, el contenido del texto no puede ser calificado de la misma forma, ya que su estudio resultó un tanto vago debido a la falta de contacto con los enfermos y, por lo tanto, a la carencia de análisis de sus propias observaciones y comparaciones con los datos que otros médicos le proporcionaron, como su director de tesis, el alienista Dr. Miguel Alvarado, quien se encargó de realizar los interrogatorios que posteriormente Mazari utilizó para crear estadísticas y observaciones a las mismas.

Asimismo, al considerar como causas ambientales algunos de los factores que influían en el epiléptico, es decir, el tipo de vida, la situación familiar, el entorno natural, social, cultural, etc., el tesista fue poco atinado al atribuirle las causas de la epilepsia a todos los epilépticos del país tomando únicamente los casos de dos hospitales. Sin embargo, es importante tomar en cuenta esta tesis ya que representa tanto otro método de estudio aceptado en la época, como la aportación de datos históricos al estudio de la epilepsia en el México decimonónico y la mención de autores que influenciaron el estudio de la neurología en México como Alfred Vulpian, Jean-Martin Charcot, Joseph Grasset, Valentin Magnan, Karl Theodor Paul Polykarpus Axenfeld, David Ferrier y William Gowers, entre otros médicos que también fueron mencionados en las tesis.

Mazari ofreció una explicación muy clara acerca de las causas aceptadas internacionalmente en el medio médico, dividiéndolas en dos: predisponentes y determinantes. Las predisponentes se referían a las que “obran en el individuo, que lo colocan en la aptitud morbosa propia para que la neurosis se manifieste en cierto momento, ya espontáneamente, ya con el auxilio de una causa determinante, las que motivan la

explosión de una enfermedad.”⁷²Las que más influían en la epilepsia, según el autor, de acuerdo a sus datos numéricos, eran las predisponentes.

Mazari aseguró que determinar las causas de la epilepsia era complicado debido a la dificultad que encontró en entrevistar a los epilépticos, ya que “o bien desvían intencionalmente al médico, u omiten por ignorancia los datos que pueden ilustrarlo. Otras veces sucede que aunque tengan la mejor voluntad para contestar las preguntas que se les hace, el mucho tiempo que ha transcurrido desde la primera manifestación de la neurosis hasta el momento en que se les interroga, hace que hayan olvidado enteramente las circunstancias a favor de las cuales ésta se ha desarrollado.”⁷³ En esta descripción se tomó a la epilepsia como una neurosis, es decir, como un conjunto de enfermedades cuyos síntomas indicaban un trastorno del sistema nervioso, sin que el examen anatómico descubriera lesiones en dicho sistema.

Las causas de la epilepsia que el autor presentó, eran en su mayoría otros males comunes en la época, los que muchas veces al considerarse como causales se confundían con la propia enfermedad que parecían provocar, en este caso con la epilepsia. Comenzando por las causas predisponentes, el autor señaló que éstas las comprendían el sexo, la herencia, la consanguineidad de los conyugues, así como su edad y la diferencia exagerada de ésta entre ambos. Lo que el autor mencionó como causas predisponentes, en la mayoría de los casos resultaban ser coincidencias, ya que su historia natural no era explicada ni la relación directa que ésta pudiera tener con la de la epilepsia.

En cuanto al sexo, según los estudios de William Gowers la mayor parte de las personas que sufrían de epilepsia eran mujeres, por ello se creía que el sexo era un factor importante al analizar al paciente. Sin embargo, conforme a las estadísticas que Mazari utilizó para realizar su tesis, de acuerdo al ingreso de pacientes en ambos hospitales entre los años 1879 y 1882 la mayoría fueron hombres.

Mazari señaló que el factor de la herencia era una “cuestión muy controvertida aun, puesto que algunos la limitan en extremo, en tanto que otros la exageran, hay, que llevar las inquisiciones del interrogatorio, sobre todas las ramas y tan lejos como sea posible, pues no debe olvidarse que la epilepsia es una de aquellas enfermedades que salta las generaciones,

⁷² Marcos Mazari, *Breve estudio de las causas de la epilepsia en México*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1885, p. 11.

⁷³ *Ibidem.*, p. 12.

es decir, que toma la forma atávica (semejanza con los abuelos o antepasados lejanos)”⁷⁴. Se creía que la epilepsia afectaba más en la segunda generación, es por ello que el doctor al interrogar al paciente hacía énfasis en la historia médica de los abuelos y entrevistaba a los padres o parientes más cercanos, ya que, de acuerdo con Gowers, Foville, Echeverría y Herpin, “los hijos de los epilépticos que han heredado esta terrible afección y en los que se ha manifestado en los primeros años, casi todos mueren; así, pues, aquellos que sobreviven y en los que la enfermedad está, por decirlo así, latente, sin manifestaciones de ninguna especie, son los que engendran a su vez hijos epilépticos, transmitiéndoles esa predisposición que ya traían de sus padres.”⁷⁵

Se creía que la epilepsia tenía un factor hereditario si algún padre o abuelo había padecido alguna de las enfermedades con las que se le relacionaba o confundía como la eclampsia, la enajenación mental o locura, corea y neurosismo. Asimismo, se ponía especial atención en ciertas afecciones, tales como el alcoholismo, las enfermedades nerviosas, la neurosis, la locura y la histeria, en cuanto a estas últimas el autor presentó unas gráficas señalando el número de casos y el porcentaje en los que estas condiciones se cumplieron en ambos hospitales:

- Enfermedades nerviosas: 25 casos con antecedentes y 33% de relación entre éstas y la epilepsia.
- Alcoholismo crónico: 29 casos con antecedentes y 38% de relación con la epilepsia. En este punto el autor indicó que en México era más común como causa predisponente que en Francia, lo que alude a las causas ambientales.
- Edad de los padres: 1 caso de padre de 45 y madre de 14.
- Consanguineidad en los ascendientes: 5 casos y 6 % de relación con la epilepsia.
- Neurosis: de 75 casos sólo la encontró como antecedente en 25.

La herencia estaba relacionada con la edad, ya que se creía que todo mal hereditario se presentaba por lo general en el primer tercio de la vida. De acuerdo con los datos que Mazari analizó, en la primera, segunda y tercera infancia, en la pubertad y en la adolescencia, era cuando la epilepsia se presentaba con mayor frecuencia y al darse por

⁷⁴*Ibidem.*, p.14.

⁷⁵ *Idem.*

hecho que la epilepsia era hereditaria, el autor relacionó directamente la epilepsia con las enfermedades que se manifestaban en la misma etapa como la eclampsia, la corea y la histeria.⁷⁶

Pasando a las causas determinantes, éstas las enumeró basándose en los estudios del neurólogo británico Gowers, quien las enlistó de la siguiente forma: “insolación, enfermedades agudas, vermes intestinales, enfermedades de los riñones, abuso del tabaco, anestésicos, masturbación, sífilis, preñez, emoción moral, perturbaciones de la menstruación, perturbaciones digestivas, causas infantiles, causas traumáticas ya alcoholismo crónico [...] y añadiendo la congestión cerebral.”⁷⁷

De acuerdo a la observación de Gowers, Mazari analizó los datos obtenidos en los hospitales y encontró que los casos de epilepsia a causa de la emoción moral habían sido por cólera, placer intenso, terror o pesar; en cuanto a las perturbaciones de la menstruación, no figuró mucho en sus estudios, lo que resulta curioso, ya que en esa época la menstruación era considerada una de las principales causas de los trastornos nerviosos. A causa de las perturbaciones digestivas, únicamente encontró un caso; en cuanto a las causas infantiles algunos pacientes presentaron crisis convulsivas desde los tres años. Finalmente, observó en sus estadísticas que el alcoholismo crónico era una de las causas principales en México, ya que “bien sabido es el grande abuso que la clase proletaria de México hace del pulque y otras bebidas espirituosas [...] que ejerce de preferencia sobre el sistema nervioso, perturbándolo de mil maneras [...] Sabemos que padres alcohólicos engendran hijos epilépticos y que otras veces el abuso mismo de las bebidas embriagantes viene a producir la aparición de la enfermedad, particularmente si existe en el individuo alguna predisposición hereditaria”.⁷⁸

1.1.3.- Mariano Rivadeneyra: *Apuntes para la estadística de la locura en México*

La epilepsia no sólo se relacionaba con la edad y la herencia, también intentó ser explicada con base en la profesión u oficio que practicaba el enfermo. Un ejemplo de esta idea fue Mariano Rivadeneyra, quien realizó su tesis en la misma década que Marcos Mazari y al igual que él se basó en la información obtenida en los hospitales de San Hipólito y del

⁷⁶*Ibidem.*, p. 24 y 25.

⁷⁷*Ibidem.*, p. 28.

⁷⁸*Ibidem.*, p. 32-33.

Divino Salvador, asegurando encontrar una relación entre la locura y la profesión del enfermo. La epilepsia en este tiempo era considerada un tipo de locura, como se analizará en el capítulo siguiente, es por ello que el contenido de la tesis de Rivadeneyra resulta

	NÚMEROS RELATIVOS.	
	EPILEPSIA.	LOCURA PARANALÍTICA.
Billeteeros	50.00	
Sombrereros.....	46.15	15.38
Pastores y telegrafistas.....	40.00	
Carroceros.....	38.88	
Cigarreros.....	36.66	
Herreros.....	34.37	
Hortelanos, cereros, marineros, salineros, ladrilleros.....	33.33	
Hojalateros.....	33.00	13.33
Mineros.....	22.00	
Zapateros.....	20.40	20.40
Litógrafos.....	25.00	
Reboceros.....	21.73	13.04
Estudiantes.....	17.24	
Curtidores.....	18.18	18.18
Impresores.....	16.66	11.11
Cocheros y pulqueros.....	16.66	8.33
Dulceros y albañiles.....	16.66	
Carpinteros.....	16.85	3.37
Músicos.....	14.28	19.42
Carreteros.....	13.63	
Sastres.....	12.65	3.79
Bizeocheros.....	12.50	
Cargadores.....	10.25	
Pintores.....	11.76	5.88
Plateros.....	10.52	5.26
Talabarteros.....	10.00	10.00
Barberos.....	8.18	
Empleados.....	8.19	8.19
Domésticos.....	8.51	
Aguadores.....	7.69	
Comerciantes.....	6.75	6.36
Labradores.....	5.55	6.94
Tejedores.....	6.25	12.50

IMÁGEN 5.

importante para el presente escrito debido a que expresa una idea persistente al menos desde la Edad Media. Los datos que tomó en cuenta para escribir *Apuntes para la estadística de la locura en México*, fueron “las edades, el estado civil, las formas de locura en ambos sexos, y en las mujeres además la menstruación; las causas predisponentes y determinantes tan bien buscadas en el Hospital del Divino Salvador, todo ofrece objeto digno de estudio.”⁷⁹

El objetivo de esta tesis fue demostrar la relación que creían existía entre el oficio que desempeñaba cada persona y la locura, es decir, entre la posición socioeconómica y la enajenación: “En un cuadro que formamos con las principales causas predisponentes, determinantes y formas de locura, creímos encontrar cierta relación entre los oficios de las locas, que nos indican su posición social y la más saliente de las causas determinantes de su triste enfermedad.”⁸⁰

En el Hospital de San Hipólito obtuvo los datos de los enfermos que entraron al hospital desde el 12 de octubre de 1786, hasta el 12 de octubre de 1886, exactamente 100

⁷⁹ Mariano Rivadeneyra, *Apuntes para la estadística de la locura en México*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1893, p. VIII.

⁸⁰ *Idem*.

años, sin embargo, sólo se utilizaron los últimos veinte años para realizar el estudio, de 1867 – 1886. De acuerdo al autor, la razón por la que se escogieron estas décadas se debió al interés que se despertó en estos años por la enajenación mental en México. En este hospital se tomaron en cuenta 1708 enfermos haciendo énfasis en su oficio y sexo (todos eran hombres).

En el Hospital del Divino Salvador se tomaron en cuenta 400 enfermas e igualmente se resaltó su oficio sobre otras características y se tomaron los datos de los mismos 20 años (1867-1886). Con los datos recogidos trató de encontrar una relación entre el tipo de locura, las causas predisponentes y determinantes, con los oficios y por lo tanto con la posición social, considerada por el autor como la causa principal del mal mental. El autor le dio mayor importancia a la estabilidad moral, relacionada directamente con la educación, el tipo de vida, las ilusiones propias de una vida lujosa o una pobre, etc., que a la existencia de un daño orgánico o fisiológico. Fue por ello que centró su atención en los oficios y en la posición social que a su ver eran la causa de la dicha o la desgracia que llevaba a la melancolía, la demencia, la manía, el alcoholismo, la epilepsia, la histeria, etc.

1.1.4.- Elías A. Gómez: *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*

Contraria a las ideas que se tenían en esta década, surgió una teoría que propuso desligar las convulsiones de la epilepsia, es decir, las convulsiones debían dejar de ser un accidente necesario al estudiar este mal. Estas ideas fueron expuestas por el estudiante de medicina Elías Gómez en su texto *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*. En primer lugar negó la conocida y aceptada teoría que aseguraba la existencia de cierto degenere en el sistema nervioso a causa de las convulsiones, por lo contrario, aseguró que el trastorno mental y el ataque convulsivo eran parte de una enfermedad: la epilepsia, no consecuencia de la misma, ya que “como no existen sino relaciones de concomitancia y de ninguna manera relaciones de causalidad entre los trastornos mentales y los ataques convulsivos, siendo ambos órdenes de desórdenes sintomáticos de una misma entidad morbosa, la epilepsia, en rigor científico podría hacerse el estudio de los primeros con absoluta independencia de los segundos”⁸¹.

⁸¹Elías A. Gómez, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1888, p. 9.

Asimismo, presentó una nueva propuesta al plantear el estudio de la epilepsia independiente a las convulsiones, ya que consideraba a la epilepsia como un estado mental, no como una enfermedad cuya característica principal era la presencia de convulsiones y/o ausencias:

Este estado mental merece que se le conceda mayor importancia. Debe ser estudiado independientemente de los ataques convulsivos, que pueden bien determinar su producción, pero que pueden asimismo no tener con ellos sino una relación más lejana. Pensamos que se debe, desde este punto de vista, invertir el orden generalmente adoptado. En lugar de inferir de la epilepsia el delirio, debemos tratar de remontarnos del delirio a la epilepsia. Creemos que se pueden descubrir en este delirio, por medio de una observación atenta, caracteres bastante especiales para hacer sospechar su origen epiléptico, aun en la ausencia de los ataques convulsivos.⁸²

Esta nueva teoría estuvo totalmente alejada de todo lo establecido hasta el momento sobre la epilepsia, además de presentar la posibilidad de eliminar males como la histero-epilepsia y dejar de relacionarla con otras enfermedades que presentaban convulsiones. Sin embargo, al estudiar la epilepsia como un estado mental ajeno a las convulsiones, es decir, quitándole su característica fundamental, ya no se sabría qué era la epilepsia. Si bien las ideas del autor representaban un claro ejemplo de lo cambiante que resultaba el concepto de epilepsia en la época, un concepto que seguía en formación, por otra parte al adoptar un método distinto para estudiar la enfermedad (verla como un trastorno mental ajeno a las convulsiones, es decir, ir del delirio a la epilepsia y no a la inversa), se estaba comenzando a separar la enfermedad de la locura, algo totalmente nuevo y en ese sentido, semejante al concepto que actualmente se tiene del mal epiléptico.

1.1.5.- Librado Pola: *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*

En la última década del siglo XIX se marcó la diferencia en el estudio de la epilepsia en México, ya que se comenzaron a utilizar explicaciones más científicas, en el sentido de que la observación y la descripción dejaron de ser los únicos medios para estudiar la enfermedad. Un ejemplo de esta nueva tendencia fue la tesis de Librado Pola *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*, en la cual analizó autoridades a nivel internacional en especial neurólogos franceses y alemanes especializados en el estudio de la

⁸²*Idem.*

epilepsia. Asimismo, Pola explicó ciertos experimentos realizados en la investigación de la enfermedad, así como el uso de diversas disciplinas como la fisiología,⁸³ la psiquiatría, la neurología y ciertos descubrimientos como el manejo de la electricidad para excitar el cerebro y detectar zonas dañadas o lesionadas. Finalmente, en esta tesis se introdujo a Hughlings Jackson, el padre de la epileptología moderna, quien marcó el estudio de esta enfermedad en el siglo XIX, aunque en México se haya mencionado hasta finales de siglo.

En la última década del siglo XIX, se comenzó a plantear por primera vez en México la posibilidad de que la causa de la epilepsia fuera un daño orgánico, es decir, una lesión en alguna parte del cerebro. Surgió la noción de la existencia de un “centro epileptógeno” por cada tipo de epilepsia⁸⁴: “la experiencia de largos años e incontables vivisecciones demuestran con elocuente claridad, la relación íntima e inseparable de los síntomas nerviosos provocados por la experimentación o creados por la patología, con las lesiones de tal o cual zona nerviosa cuyas funciones ofrecen semejanza infinita con aquellos fenómenos morbosos. Estos hechos han sugerido la idea de que cada variedad clínica de la epilepsia debe tener su centro epileptógeno propio”.⁸⁵ Para tratar esta reciente idea el autor propuso cuatro cuestiones a resolver: 1) ¿Qué debe entenderse por epilepsia? 2) ¿Cuáles son las formas y variedades clínicas de la epilepsia? 3) ¿Por cuál mecanismo se produce la epilepsia? 4) ¿Existe en el cerebro o en alguna parte del eje cerebro espinal algún centro que con toda propiedad pueda llamarse centro de la epilepsia?. Estas dudas no fueron propias del autor, eran una problemática presente en la comunidad médica a nivel internacional.

Las autoridades europeas que estudió Librado Pola, aportaron distintas definiciones de la epilepsia y por lo tanto un panorama general de los debates que en torno a la enfermedad se llevaban a cabo en el viejo continente. Para comprender qué se entendía por epilepsia comenzó con la definición de Alexandre Axenfeld, quien definía a la epilepsia como “una afección crónica cuyos accesos intermitentes son esencialmente caracterizados por una pérdida completa del conocimiento y muy frecuentemente por movimientos

⁸³ La fisiología es la ciencia que estudia las funciones de los seres orgánicos.

⁸⁴ Como se verá en el siguiente capítulo, la comunidad médica indicó la existencia de varios tipos de epilepsia o epilepsias.

⁸⁵ Librado Pola, *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1891, p. 7.

convulsivos.”⁸⁶ Librado Pola consideró que dicha definición era incompleta e imperfecta, y para sostener esta crítica recurrió a las definiciones médicas de François Henri Hallepeau. Comenzó por indicar lo que es una afección y las razones por las cuales la epilepsia no pertenecía a este género:

Afección es el conjunto de fenómenos morbosos, que evolucionan bajo la influencia de una misma lesión, haciendo abstracción de su causa. Pues bien, los fenómenos morbosos por los cuales se manifiesta la epilepsia no evolucionan bajo la influencia de una lesión fija y unívoca, sino que se producen a consecuencia de lesiones de sitio sumamente variable y de naturaleza enteramente diversa, y no pocas veces, la lesión está ausente, no sólo en el aparato de innervación, sino en todo el organismo y en estos casos se supone que el conjunto de síntomas que individualizan el mal comicial, se desarrolla por una irritabilidad de tal o cual parte de los centros nerviosos, como parece suceder en la forma idiopática. La epilepsia no es pues, una afección.⁸⁷

Axenfeld también mencionó en su definición la “pérdida completa del conocimiento”, característica que el autor refutó indicando que “esto es inexacto, porque encontramos multitud de hechos que lo desmienten, recordemos aquí solamente que en algunos casos de vértigo epiléptico, el enfermo puede al principio del acceso tomar un punto de apoyo y evitar la caída y algunos enfermos pueden recordar la especie de aura con que se inició y el lugar donde se verificó el acceso.”⁸⁸ Otra autoridad médica, Voissin, definía a la epilepsia como “una enfermedad crónica, apirética (que no presenta fiebre), caracterizada por ataques convulsivos, vértigos, ausencias, que afectan al individuo de un modo irregular en medio de una salud aparentemente perfecta.”⁸⁹ En cuanto a esta explicación, el tesista se basó en la definición de “enfermedad” provista por François Henri Hallepeau: “enfermedad es el conjunto de fenómenos morbosos que evolucionan en el organismo bajo la influencia de una misma causa inicial.”⁹⁰ De acuerdo a la proposición anterior, Librado Pola indicó que no había una causa inicial que diera pie a la evolución de la epilepsia.

Librado Pola, inconforme con las definiciones comúnmente aceptadas proporcionó su propia interpretación sobre la enfermedad: “la epilepsia es un síndrome caracterizado, o por ataques convulsivos, o por vértigos, o ausencias o perturbaciones psico-sensoriales y

⁸⁶*Ibidem.*, p. 10.

⁸⁷*Idem.*

⁸⁸*Ibidem.*, p11.

⁸⁹*Ibidem.*, p. 12.

⁹⁰*Ibidem.*, p. 13.

motrices transitorias, afectando al individuo de un modo intermitente y paroxístico, con intervalos de salud aparentemente perfecta.”⁹¹ La definición de síndrome en la que se basó el autor fue la de un “concurso o conjunto coherente de síntomas formando una especie de drama morboso, con unidad de acción, sin teatro anato-patológico determinado.”⁹² El tratar a la epilepsia como un síndrome resultó muy adecuado debido a la falta de información que había en el momento para establecer qué era y qué la provocaba. Las descripciones anteriores que hay a 1890 responden a un síndrome, es decir, a “un conjunto de síntomas, con unidad de acción, sin teatro anatomo-patológico determinado, puesto que no dependen de una lesión fija y unívoca.”⁹³

1.1.6.- Roque Macouzet: *Algunas consideraciones sobre la epilepsia jacksoniana*

En la década de 1860, el estudio de la epilepsia inició una nueva etapa en la Escuela de Salpêtrière con Jean-Martin Charcot a la cabeza. Este nuevo periodo se conoció como el anatomopatológico de la epilepsia cortical, conocida también como “Jacksoniana” en honor a Hughlings Jackson. Todo inició en 1827 cuando L. F. Bravais propuso algunas teorías en torno a la epilepsia basándose en la clínica⁹⁴ y en la fisiología, sus ideas fueron rechazadas por la comunidad médica pero fueron retomadas décadas después por Jackson, quien las comprobó por medio de la anatomía⁹⁵ patológica⁹⁶. La teoría principal consistía en “el convencimiento pleno de que los centros motores de los distintos grupos musculares de los miembros se encuentran en la corteza cerebral y que esta es el centro de las lesiones que directa o indirectamente producen las convulsiones.”⁹⁷ Los estudios de los neurólogos franceses Paul Pierre Broca y Marc Dax respecto a las localizaciones cerebrales se unieron a las investigaciones de Jackson.

Hasta el momento sólo la clínica, la fisiología y la anatomía patológica habían contribuido al estudio de la epilepsia, sin embargo, hacía falta que las teorías se

⁹¹*Idem.*

⁹²*Idem.*

⁹³*Ibidem.*, p. 83.

⁹⁴ La clínica es el estudio del enfermo por observación, interrogatorio y métodos de exploración directos o manuales.

⁹⁵La anatomía es el estudio de la estructura del cuerpo.

⁹⁶La anatomía patológica es la rama de la medicina que se encarga del estudio de las causas, desarrollo y consecuencias de las enfermedades.

⁹⁷ Roque Macouzet, *Algunas consideraciones sobre la epilepsia jacksoniana*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1893, p. 5.

comprobaran por medio de la fisiología experimental. Fueron los alemanes Eduard Hitzig y Gustav Fritsch, neurólogo y anatomista respectivamente, quienes comprobaron la teoría de las localizaciones cerebrales experimentando con sus perros, “demostrando y afirmando que contra lo que hasta entonces se admitía, la corteza cerebral era directamente excitable por la electricidad y que hay relación constante entre el sitio de la corteza que se excita y los músculos que se contraen.”⁹⁸ Las teorías de Jackson despertaron el interés en el campo de la fisiología y autoridades como David Ferrier, James Jackson Putnam, Hermann Nothnagel y Henri Duret, entre otros, comenzaron a tomarlas en cuenta para sus estudios y tratamientos. Algunos médicos quisieron modificar esta teoría, pero no tuvieron éxito, por ejemplo, el médico italiano Pietro Albertoni quiso extender la zona epileptógena a toda la corteza cerebral y no sólo dejarla en la motriz, sus colegas se apegaron a los resultados de Hitzig y Frisch.

En cuanto a los ataques convulsivos, las teorías de Jackson tuvieron la fuerte influencia de los estudios del médico Betz, quien realizó una minuciosa investigación acerca de la estructura histológica⁹⁹ del cerebro. Sus resultados fueron de gran importancia para el estudio de los ataques convulsivos y, por lo tanto, de la epilepsia:

1) La región motriz ocupa en la corteza cerebral, una zona comprendida entre las dos circunvoluciones que forman la cisura transversa o de Rolando, frontal y parietal ascendentes. 2) Los centros motores para los movimientos de los miembros, están en los dos tercios superiores de las circunvoluciones ascendentes y en el lóbulo paracentral. 3) Los centros para los movimientos aislados del miembro superior del lado opuesto, se encuentran en el tercio medio de la circunvolución frontal ascendente. 4) Los centros para los movimientos de los músculos inervados por el facial inferior, están colocados en el tercio inferior de las circunvoluciones ascendentes. 5) El centro del lenguaje articulado está en el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda (o de Broca). 6) En la extremidad inferior de las dos circunvoluciones ascendentes del lado opuesto, está el centro motor de los músculos de la cara. 7) Los músculos de la lengua tienen su centro en la extremidad inferior de la frontal ascendente.¹⁰⁰

Estos descubrimientos fueron un parteaguas en la historia de la Medicina, en especial de la neurología y en este caso de la epileptología; ya que no sólo le mostraron a los médicos un nuevo horizonte en el cual experimentar y estudiar, sino que vino a romper con antiguas

⁹⁸ *Ibidem.*, p. 6.

⁹⁹ La Histología es la ciencia que estudia los tejidos orgánicos.

¹⁰⁰ *Ibidem.*, p. 13.

creencias y a cambiar la terapéutica de la epilepsia. Gracias a esta revolución en la Neurología, muchos epilépticos tuvieron calidad de vida, dejaron de ser ingresados a manicomios por la ignorancia en torno a su mal, y si bien no se tuvo la solución ideal para esta enfermedad, se dieron las bases para poder controlarla y comenzar a cambiar la noción que el imaginario colectivo se había creado de ella.

Gracias a este avance médico, las convulsiones dejaron de ser algo inexplicable. Carlos Chaix, dos décadas atrás, indicó en su tesis que le resultaba imposible dar una explicación de las crisis convulsivas y de sus periodos de aparición y que incluso ni los científicos más admirados del momento por su trabajo en esta área habían podido resolver el misterio. No sabían a qué se debía la intermitencia en las crisis, ni la variación de las mismas, sin embargo, el investigador Charles-Édouard Brown-Sequard intentó proponer un avance a la solución de esta cuestión describiendo que nervios o partes del cerebro se excitaban durante la convulsión y que partes del cuerpo respondían a tales estímulos, por ejemplo, indicó que el primer paso de una convulsión era la excitación del sistema nervioso éxito-motor, lo que provocaba la contracción de los vasos sanguíneos del cerebro y la cara, así como la convulsión tónica de algunos músculos de los ojos y de la cara. Como este primer paso hay diez más, hasta llegar al onceavo en el que se agota la fuerza nerviosa y la excitabilidad refleja, sin agotarse la fuerza respiratoria que regresa poco a poco a su estado normal, lo que da pie al fin del acceso convulsivo, al cual le sigue en la mayoría de los casos dolor de cabeza y sueño.¹⁰¹

Posteriormente, gracias a los avances mencionados, fue posible romper con el misterio que durante siglos opacó el conocimiento de la crisis convulsiva. Roque Macouzet en su tesis *Algunas consideraciones sobre la epilepsia jacksoniana*, escrita en la última década del siglo XIX, indicó la definición que Hughlings Jackson estableció acerca del ataque y su causa:

Es una descarga violenta que emana de la corteza cerebral. [...] La sustancia gris que es el sitio de una lesión epileptógena, está en permanente estado de nutrición anormal y claro que su funcionamiento debe perturbarse también. Según él, un ataque es una descarga producida por la distrofia anterior; mas no son indispensables las convulsiones para que haya ataque, basta una sensación subjetiva (olorosa);

¹⁰¹Chaix, *Estudio patogénico...*, op. cit., p. 13.

ambos fenómenos no son más que el resultado de una descarga. Jackson cree que tampoco es indispensable para que haya ataque, la pérdida de conocimiento.¹⁰²

También expuso la descripción que Jackson ofreció acerca de los seis síntomas más frecuentes en una crisis epiléptica, que podrían considerarse como seis formas de ataques: “1) Mal olor subjetivo, con pérdida del conocimiento. 2) Ver los objetos todos, coloreados en azul. 3) Espasmo del lado derecho de la cara, con pérdida de la palabra. 4) Hormigueos del índice y del pulgar, seguidos de espasmos del antebrazo y mano. 5) Convulsiones generalizadas y pérdida del conocimiento. 6) Ataque vertiginoso.”¹⁰³ Al haber establecido una explicación más clara y concisa de los accesos convulsivos no sólo ayudó a los médicos a medicar de forma más atinada a sus pacientes y a éstos a llevar una vida más normal, en el ámbito social y legal también se vivieron cambios considerables: los epilépticos comenzaron a dejar de ser vistos como enfermos mentales y quienes solían aprovecharse de la ignorancia en torno a la epilepsia para simularla y engañar a las autoridades se vieron en dificultades cuando los médicos penalistas pudieron diferenciar entre una crisis falsa y una verdadera.

1.1.6.1.- Carácter epiléptico o personalidad del epiléptico. Carlos Chaix, Elías Gómez y Roque Macouzet.

Por último, es importante señalar el carácter epiléptico o “personalidad del epiléptico”, ya que se creía que había una serie de conductas muy específicas que caracterizaban al epiléptico y por las cuales debían estar bajo continua vigilancia, además de ser éstas las que ayudaron a la creación errónea de la imagen del epiléptico como un ser loco, con malicia y agresivo, entre otros rasgos. En todas las tesis se menciona el carácter del epiléptico, sin embargo, con el paso del tiempo hubo variaciones en los elementos que lo definían.

En las tesis escritas en la década de 1870 se mencionaba continuamente la personalidad del epiléptico, describiéndoseles como seres sumamente volubles y susceptibles: “la más ligera contrariedad, el más leve disgusto, el motivo más insignificante produce en ellos la cólera, la indignación y el desprecio; y cosa notable; este estado alterna

¹⁰²Macouzet, *Algunas consideraciones...*, *op. cit.*, p. 14.

¹⁰³ *Idem.*

con disposiciones enteramente inversas, pues que en otras ocasiones son tímidos, cariñosos y condescendientes. Esta volubilidad afectiva, digámosle así, es lo que constituye el fondo del carácter epiléptico.”¹⁰⁴ Esto es en lo que se refiere a su conducta, en cuanto a su actividad intelectual la medicina observaba que la inteligencia de los epilépticos era igual de variable, muchas veces presentaban confusión, torpeza, olvido o incapacidad y muchas otras su cerebro daba pie a cierta excitación y su actividad intelectual se volvía asombrosa y presentaban torrentes de ideas; de la misma manera, sus sentimientos eran inestables, lo cual causaba irregularidad en sus palabras y actos; “en resumen; la intermitencia en los fenómenos psíquicos en el orden de los sentimientos, del carácter y de las facultades intelectuales, es la señal dominante de los epilépticos”.¹⁰⁵

Para finales de la década de 1880, las teorías del médico Jules Falret comenzaron a abarcar gran parte del estudio de la medicina en México. Una de sus nociones fue la personalidad epiléptica. Falret indicó que la irritabilidad era lo que más caracterizaba a los epilépticos, creía que estos enfermos sospechaban de todo y todos por el menor de los motivos y eran sumamente cambiantes en sus humores.¹⁰⁶ La gran aportación de Falret a la descripción del carácter epiléptico fue la agresividad como elemento esencial, lo cual se hizo patente en los escritos que los tesisistas presentaron a finales de la década de 1880. Por ejemplo, Elías Gómez, en *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, señaló que la agresividad se consideraba un rasgo propio de la locura epiléptica, pues ésta se presentaba comúnmente en los pacientes que sufrían del pequeño mal intelectual, ya que no sólo al perder su voluntad realizaban actos violentos, sino que estando conscientes comenzaban a experimentar una confusión de ideas y ansiedad, lo que los llevaba a expresar sentimientos de odio y venganza hacia sus seres queridos. Posteriormente, después de sentir un impulso irresistible a la cleptomanía y a la piromanía, perdían el control sobre sus actos y:

Se arman con el primer instrumento de destrucción que encuentran, arrasan con los objetos inanimados, o bien se abalanzan con una especie de rabia instintiva y ciega sobre la persona o personas que la casualidad ha puesto a su alcance, las golpean, las hieren, las matan y su furor no parece extinguirse sino hasta después que han hecho

¹⁰⁴Chaix, *Estudio patogénico...*, *op. cit.*, p. 28.

¹⁰⁵*Idem.*

¹⁰⁶Jean Delay, *The Rorschach and the epileptic personality*, Michigan, Logos Press, 1958, p. 4.

muchas víctimas y causado sinnúmero de lesiones [...] cuando su razón se reintegra, hay siempre una pérdida más o menos completa de la memoria.¹⁰⁷

A pesar de lo que afirma este autor, se ha visto en tesis anteriores la mención de actos violentos por parte de los epilépticos en cualquiera de sus estados, no solo en el pequeño mal intelectual, sin embargo, no se había introducido la agresividad como un elemento propio del carácter epiléptico.

Además de lo mencionado, se consideraba una “perversión” propia de la epilepsia la masturbación u onanismo, sin embargo, Elías Gómez introdujo la pederastia como parte de la desviación moral del epiléptico: “ningún vicio es, en efecto, más común entre los epilépticos asilados que la pederastia, el onanismo y la masturbación, sin que puedan imputarse por completo tales anomalías a la continencia en que se ven obligados a vivir por la secuestración.”¹⁰⁸ El sentimiento religioso también constituyó un nuevo elemento del carácter epiléptico, y de acuerdo al autor uno muy ignorado por los médicos. Esta nueva aportación ya no permitió que la exaltación religiosa fuera exclusiva de la histeria:

Cualquiera que haya visitado los manicomios habrá podido observar que las piezas de los epilépticos están en su mayor número cubiertas de imágenes y casi convertidas en recintos de devoción, en tanto que las de los locos ordinarios nada de semejante presentan, excepto que las de uno u otro afectado de enajenación mental religiosa. Desde la piedad más sincera y sin ostentación, hasta el fanatismo más exaltado obsérvanse todos los grados de intensidad intermedios en el sentimiento religioso de estos enfermos.¹⁰⁹

Para explicar el fanatismo religioso en los epilépticos, Elías Gómez citó a un médico-legista francés, quien en su obra *Estudio médico-legal de los epilépticos* indicó que:

Cuanto más se penetra de su desgracia, tanto más experimenta, en su aislamiento obligado, la necesidad de creer, de amar y de esperar. La demostración de la nada lo abatiría, lo aniquilaría y lo llevaría directamente al suicidio. En vez de esto ¿qué encuentra? Una religión que lo sostiene en sus desfallecimientos, amortigua sus caídas, levanta su ánimo, le anuncia días menos tristes y le promete una vida de ultratumba mil veces mejor. Tenía sed de simpatía y se adhiere a la religión. Se creía perdido, y renace a la esperanza. Su situación presente, tan fértil en catástrofes, era intolerable, y el porvenir se le presenta radiante y lleno de las más puras felicidades.

¹⁰⁷Gómez, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, op. cit., p. 35.

¹⁰⁸*Ibidem.*, p. 29.

¹⁰⁹*Idem.*

El epiléptico, en consecuencia, es lógico al dirigir sus aspiraciones y sus votos hacia la religión.¹¹⁰

Actualmente, la idea de la personalidad epiléptica no es aceptada del todo por la mayoría de los médicos. Se han hecho estudios para determinar la existencia de alguna personalidad específica en pacientes institucionalizados por presentar cierto grado de daño cerebral. Los estudios se realizaron en 1964 con 40 mil enfermos que presentaban un foco encefalográfico a nivel del lóbulo temporal, en los resultados se obtuvo un 12% de pacientes con trastornos de la personalidad, un 2.5% con tendencia paranoide¹¹¹ y un 0.02% con esquizofrenia.¹¹² En el México de la década de 1960 muchos neurólogos aseguraron que sus pacientes habían presentado psicosis esquizofrenoides¹¹³ después de la aparición de la epilepsia, “sin embargo, esto no puede aceptarse como real, ya que la historia natural¹¹⁴ de la epilepsia y la historia natural de la esquizofrenia son distintas y la esquizofrenia coincide en el enfermo epiléptico, en un 1% de los casos, es decir en una frecuencia más o menos semejante a la que se observa en la población general.”¹¹⁵

1.2.- Relación de la epilepsia con otros males. Carlos Chaix, Elías Gómez y Francisco Rodiles.

La transformación del concepto que se tenía de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX en México no sólo se hizo patente en la idea que el gremio médico se fue formando de dicho mal, sino también en la forma de tratar a los enfermos. El trato que se le dio a los epilépticos desde los primeros registros escritos ha dependido en gran parte de la relación que se ha hecho de este mal con otros aspectos, tal como la religión en el caso de personas que aseguraban estar en éxtasis divino cuando convulsionaban, con la ebriedad, con una inteligencia y creatividad superiores como las de Fédor Dostoievski, Napoleón Bonaparte,

¹¹⁰*Ibidem.*, p. 30.

¹¹¹ Paranoide es un adjetivo aplicado a individuos suspicaces y desconfiados que a veces pueden tener delirios de grandiosidad o persecutorios.

¹¹²Francisco Rubio Donnadieu, Jaime Ramos Peek, *et. al.*, *PACNeuro – I...*, *op.cit.*, p.96.

¹¹³ El término esquizofrenia viene de “cortar, hender”. Se refiere a los estados patológicos mentales cuyo carácter esencial y evolutivo es una disociación, una disyunción progresiva de los elementos componentes de la personalidad, y como corolario, una rotura de contacto con el ambiente, una inadaptación progresiva al medio.

¹¹⁴ En este caso, la historia natural se refiere al desarrollo de una enfermedad sin intervención médica, desde los factores que propiciaron su existencia y su desarrollo, hasta su desenlace, ya sea la curación, la muerte o su evolución a una enfermedad crónica.

¹¹⁵*Ibidem.*, p. 97.

Vincent van Gogh¹¹⁶ y Cayo Julio César, entre otras personalidades. Asimismo, también se le relacionó con diversos problemas y deterioros mentales, especialmente en la mayor parte del siglo XIX, tanto en México como en Europa.

En México, al iniciar el último tercio del siglo XIX, todavía se mantenía la relación de la epilepsia con la locura, la histeria y diversos tipos de trastornos mentales, entre otros males menos mencionados como la eclampsia, la meningitis, los tumores cerebrales, etc. Esta asociación de la epilepsia con otras enfermedades se debía en especial a la idea de que los enfermos sufrían, al igual que los locos, alteraciones mentales que perturbaban su inteligencia antes, durante y después de las convulsiones; es por ello que eran encerrados en manicomios y tratados como cualquier enfermo mental.

En la década de 1870, las narraciones de los tesisistas indicaron que los epilépticos entraban en un estado de irritabilidad y tristeza horas antes de la convulsión, asimismo podían presentar dificultad al formular ideas y lentitud al concebirlas; por el contrario, otros pacientes presentaban tal felicidad y alegría que se consideraban en estado de “excitación maniaca”. Las perturbaciones psíquicas, como eran llamadas, que se presentaban después de la crisis eran tomadas como las alteraciones principales debido a que en este momento el paciente se mostraba en:

Cierto estado de decadencia física y moral, de semi-estupidez; no puede coordinar sus ideas, tiene la comprensión difícil, la memoria incierta, está triste, abatido. [...] El trastorno intelectual no es ya tranquilo y apacible, sino que reviste el carácter de la violencia más grande o de la simple excitación maniaca. Encontrándose el enfermo animado como por una pasión instintiva y ciega, poseído de un furor pasajero pero terrible; mata, destruye, incendia y comete los actos más inconvenientes, sin que por esto pueda ser considerado como responsable, influenciado que estaba por un delirio automático.¹¹⁷

También se consideraba un segundo tipo de paciente, que se caracterizaba por “agitarse en todos sentidos, se entrega a movimientos más bien desordenados que violentos, habla sin ilación, es dominado alternativamente por ideas tristes y placenteras; en una palabra, está

¹¹⁶ En el caso de van Gogh existen dos teorías, una que afirma que el famoso pintor sufría de epilepsia a causa de un daño en el lóbulo temporal, incluso estaba medicado con bromuro de potasio, y otra que asegura lo contrario, que no estaba enfermo, sino que consumía en exceso *absinthe* o ajenjo, bebida alcohólica que además de tener un grado alcohólico muy alto (74%), contiene tujona, un aceite esencial caracterizado por sus efectos convulsivos.

¹¹⁷ Chaix, *Estudio patogénico...*, op. cit., p. 27.

bajo la influencia de una sucesión rápida de pensamientos incoherentes pero que no presentan el carácter furioso.”¹¹⁸

1.2.1.- La epilepsia y la locura

El tesista Elías Gómez, en su escrito *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, aseguró que la epilepsia era la causa de la locura, lo que indica que aun en la penúltima década del siglo XIX muchos médicos seguían teniendo la idea fija de que la epilepsia era un tipo de locura, o como escribió Elías Gómez, de que la epilepsia engendraba locura. Esta alteración psíquica en los epilépticos constituyó el objeto de su tesis, la cual realizó estudiando durante un año casos de epilépticos en el Hospital de San Hipólito: “Hacer el estudio de la individualidad psíquica de los epilépticos, de esa especie de segunda naturaleza mental creada por la epilepsia, tal es el objeto que me propongo llevar a cabo en el curso de este imperfecto trabajo.”¹¹⁹

Los fenómenos psíquicos de la epilepsia a los que Elías Gómez se refirió en su tesis, eran definidos como “trastornos mentales que presentan relaciones tan inmediatas con los accesos epilépticos que bien puede decirse que forman parte integrante de ellos.”¹²⁰ Este tipo de trastornos solían presentarse antes, durante o después del acceso convulsivo:

No faltan en los asilos epilépticos que, minutos o momentos antes de sus accesos de convulsiones, son asaltados espontáneamente, o al menos sin causa exterior bien apreciable, por pensamientos, recuerdos o deseos invencibles, intensificados hasta el extremo de llegar a producir una especie de parálisis de todas las otras modalidades funcionales del espíritu. Otros son víctimas en las mismas circunstancias de horribles alucinaciones de la vista, del oído o del olfato: el enfermo ve aparecer en el espacio imágenes espectrales o fantásticas flamas, círculos de fuego, etc., percepciones luminosas que se vuelven todavía más terroríficas por el predominio de los tintes de fuego y sangre que les están asociados de un modo casi constante: oye ruidos, en general de campanas, voces que le repiten la misma palabra, o le aconsejan u ordenan que ejecute tal o cual acto [...].¹²¹

Si bien el autor demostró querer desprenderse de las ideas comunes de la epilepsia en especial de la asociación entre ésta y la locura, la descripción que hace de los fenómenos psíquicos de la epilepsia, no responde únicamente a una alteración intelectual o a un retraso

¹¹⁸*Idem.*

¹¹⁹Gómez, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, op. cit., p. 8.

¹²⁰*Ibidem.*, p. 15

¹²¹*Ibidem.*, p. 16.

mental, sino a los rasgos típicos de la locura: alucinaciones de oído y vista. Por ello se podría indicar que esta tesis es un ejemplo del proceso de cambio que había en la conceptualización médica de la epilepsia: no se demostró una teoría totalmente nueva y ajena a las creencias comunes, pero si se introdujeron nuevas ideas que con el tiempo abrieron el camino a nuevas teorías y formas de abordar el estudio de la enfermedad, como la separación absoluta entre la epilepsia y cualquier tipo de locura o psicosis.

1.2.1.1.- El pequeño mal y el gran mal

Pasando a los trastornos mentales que se producían en el intervalo de las convulsiones, es necesario indicar que estos no eran sólo de interés para los médicos, sino también para los penalistas, por ello en el área legal se ponía especial interés en estos fenómenos. Las alteraciones mentales mencionadas eran conocidas como pequeño mal intelectual y gran mal intelectual¹²², las cuales constituían para el autor los elementos más claros de la locura epiléptica.

El pequeño mal intelectual, también conocido como manía simple, se asociaba con el pequeño mal físico, es decir, con el vértigo y las ausencias. Este padecimiento estaba “caracterizado principalmente por una gran confusión de las ideas, por el predominio de los malos instintos y, muy a menudo, por impulsos irresistibles a los actos de destrucción.”¹²³ Este tipo de manía se caracterizaba por presentar dos manifestaciones: las anímicas y las intelectuales. En cuanto a las anímicas el autor mencionó que los epilépticos antes de presentar el ataque de manía comenzaban a sentirse taciturnos y tristes sin causa alguna, al lado de esta melancolía inexplicable comenzaban a experimentar una irritación de origen desconocido, incluso para ellos mismos, hacia las personas que les rodeaban. En cuanto a las alteraciones intelectuales, “el ejercicio de la atención se vuelve en ellos difícil; la

¹²² Las nociones del gran mal intelectual y pequeño mal intelectual fueron aportaciones del psiquiatra francés Jules Falret, quien además introdujo al estudio de la relación entre la locura y la epilepsia la idea revolucionaria de estudiarlas al revés, es decir, en lugar de estudiar la locura como producto de la epilepsia, partir de la observación del delirio como causa de la epilepsia: “Los caracteres que el gran mal y pequeño mal intelectuales afectan, dice Falret, bastan por sí para referirlos a la epilepsia y distinguirlos de la manía ordinaria, permitiendo remontarse del delirio a la epilepsia en los casos que no haya sido posible descubrir el antecedente de los signos físicos que caracterizan la neurosis” Pilar Sánchez Bustamante, *Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1891, p. 33.

¹²³Gómez, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia, op. cit.*, p. 33.

memoria es incierta y algunas veces se extingue; la percepción es confusa, el juicio y el raciocinio, por consecuencia, son insensatos y falsos.”¹²⁴

El gran mal intelectual, también conocido como manía furiosa, se diferencia del pequeño mal intelectual por presentar una falta total del entendimiento e inmediatas reacciones violentas; si bien el pequeño mal intelectual presenta rara vez alucinaciones, la persona que sufría del gran mal intelectual las vivía constantemente. Los médicos y las personas encargadas de los enfermos sabían que la manía furiosa tendría lugar en cualquier momento cuando el enfermo comenzaba a sentirse triste e irritable, sufría de dolor de cabeza, en sus ojos se observaba enrojecimiento y brillantez y, finalmente por los leves movimientos convulsivos en la cara y en los miembros. Los epilépticos que tenían manía furiosa eran los más temidos en los asilos debido a “la especie de encarnizamiento con que se entregan a todos los actos de destrucción. Las alucinaciones terroríficas de los sentidos, sobre todo las de la vista, son extraordinariamente frecuentes. [...] ven objetos espantosos, espectros, fantasmas, asesinos, hombres armados que se les echan encima para matarlos; tienen sin cesar ante la vista objetos luminosos, flamas círculos de fuego, etc.”¹²⁵

Durante la actividad agresiva el enfermo tenía cierta conciencia de lo que pasaba a su alrededor y era capaz de responder a las preguntas que se le hacían, lo cual llamaba la atención de los médicos, ya que al finalizar el ataque de manía furiosa el afectado no conservaba ningún recuerdo de lo sucedido.

A pesar de que la relación entre la epilepsia y la locura permaneció muchos años más, haciéndose evidente en el trato hacia los enfermos y en su estancia en los manicomios, esta idea comenzó a transformarse; el gremio médico empezó a analizar la enfermedad desde otro ángulo y, por lo tanto, a entenderla bajo una nueva perspectiva. Se propuso que si bien los epilépticos sufrían alteraciones “más o menos considerables del espíritu y del carácter”¹²⁶, no por ello debían ser considerados locos. Esta noción fue la semilla que años después cambiaría la vida de toda persona afectada por la epilepsia.¹²⁷

La confusión entre la epilepsia y otros males se debió en gran parte a la dificultad que encontraban los médicos al momento de diagnosticar, en especial cuando se

¹²⁴*Idem.*

¹²⁵*Ibidem.*, p. 38.

¹²⁶Chaix, *Estudio patogénico...*, *op. cit.*, p. 27.

¹²⁷ La relación entre la locura y la epilepsia no tardó mucho en cambiar en el gremio médico, sin embargo, para la gente común la idea del epiléptico psicótico prevaleció, por desgracia incluso hasta nuestros días.

adelantaban al diagnóstico por un simple movimiento de ojos, labios o tórax. Asimismo, las características de la mayoría de los desequilibrios nerviosos no habían sido estudiadas a profundidad ni descritas en los cuadros nosográficos¹²⁸, por lo que muchas de sus manifestaciones eran confundidas con los síntomas de la epilepsia.¹²⁹ Esta problemática provocó que muchos enfermos no recibieran el trato ni el tratamiento adecuado, por ejemplo, muchos histéricos eran tratados como epilépticos (y viceversa), así los epilépticos recibían los remedios para los psicóticos, etc.

1.2.2.- La epilepsia y la histeria

Otras enfermedades con las que común y fácilmente era confundida la epilepsia eran la histeria, la catalepsia, la eclampsia, la epilepsia saturnina, la epilepsia nocturna, la congestión cerebral apoplectiforme, la epilepsia sintomática de lesiones cerebrales y la epilepsia simulada, entre otras. Para explicar en qué consistió la confusión, Chaix proporcionó una descripción general de cada una. En primer lugar mencionó la histeria, debido a que de todos los males mencionados éste fue el que más se confundió con la epilepsia.

La histeria era un mal que solía manifestarse de la pubertad en adelante (entre los 10 y 20 años) y se identificaba por presentar accesos o crisis convulsivas que tenían como características el cierre de la garganta, la presencia de un abdomen abultado y gruñidos; rasgos que también se observaban en los epilépticos. Sin embargo, existía una forma de distinguir la epilepsia de la histeria, en primer lugar, en la histeria las crisis eran más uniformes, los músculos se alteraban mucho menos y por lo tanto la crisis resultaba menos aparatosa, el paciente no perdía el conocimiento y recordaba todo lo sucedido durante el ataque, no entraban en coma después del mismo ni presentaban cansancio excesivo, y por último, la histeria a diferencia de la epilepsia no destruía las facultades mentales.¹³⁰

Al parecer la diferencia entre la histeria y la epilepsia resultaba clara, es decir, con sólo observar el acceso se podría discernir la enfermedad, sin embargo, esto rara vez sucedía y por lo general el diagnóstico resultaba ser erróneo. El problema estaba justamente en solamente observar las características y decidir de qué mal había una mayoría de las

¹²⁸ Los cuadros nosográficos era donde se describían y clasificaban las enfermedades.

¹²⁹ *Ibidem.*, p. 19.

¹³⁰ *Ibidem.*, p. 20.

mismas, sin preguntarse a qué se debían o a qué respondían: si a una reacción psicológica o a una orgánica. Así mismo, como mencionó el autor, la epilepsia resultaba extremadamente confusa al nunca presentarse de la misma forma, no sólo en cada paciente, sino muchas veces en el mismo. Por lo general las crisis convulsivas variaban y dejaban de apegarse a las descripciones proporcionadas por las eminencias médicas para pasar a tener un poco en común con diversos tipos de accesos pertenecientes a otras enfermedades, en especial con la histeria.

La tesis de Francisco Rodiles, *Breves apuntes sobre la histeria seguidos de un apéndice sobre la locura histérica*, proporcionó una idea más clara acerca de la confusión de la histeria con otras enfermedades, es por ello que su escrito resultó revelador al intentar comprender la relación tan estrecha que existía entre la epilepsia y la histeria. A pesar de que el autor no trató de forma extensa dicha relación, la descripción que hizo de la histeria fue muy útil. Comenzó por introducir a la histeria como “una enfermedad caracterizada por la multitud y variedad de los fenómenos que ofrece. No hay enfermedad con la cual no tenga alguna semejanza, y a veces, es demasiado difícil relacionar un síntoma histérico a su verdadera causa.”¹³¹

Al igual que la epilepsia, la histeria era una enfermedad comúnmente confundida con otros males debido a la variedad de síntomas y a la dificultad de generar un diagnóstico. Esto en parte se debía a que la medicina no contaba con los avances tecnológicos suficientes para descartar un daño orgánico y enfocarse en otro tipo de daño, ya fuera psicológico, psiquiátrico, etc. Los doctores se vieron obligados a limitar sus estudios a la observación de síntomas y a la comparación de los mismos con las teorías de otros estudiosos. Asimismo, las autopsias o “inspecciones cadavéricas”, como eran llamadas, eran comunes para determinar si la muerte había sido a causa de la histeria, sin embargo, como asegura Rodiles “nada hay que nos explique los síntomas observados durante la vida; nada que ponga en claro la naturaleza de esta enfermedad”.¹³²

“Por la multiplicidad de sus síntomas, la histeria ha sido confundida con varias enfermedades, particularmente con la hipocondría y con el estado nervioso.”¹³³ Si bien la

¹³¹Francisco Rodiles, *Breves apuntes sobre la histeria seguidos de un apéndice sobre la locura histérica*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1885,p. 11.

¹³²*Ibidem.*, p. 12.

¹³³*Ibidem*, p. 11.

epilepsia era comúnmente confundida con la histeria, ésta en cambio, se relacionaba más con otros males que con la epilepsia; en esta tesis el autor menciona en una ocasión la epilepsia, mientras que otros males como la hipocondría, los nervios, la corea y otros fueron más mencionados.

La descripción en términos generales que Rodiles llevó a cabo acerca de la histeria, expuso la gran semejanza que los doctores veían entre ésta y la epilepsia:

Es una enfermedad caprichosa, que se manifiesta, ya por un ataque completo, ya por una serie de síntomas insólitos, ya por una parálisis, un dolor, etc. Cuando un ataque tiene lugar, consiste en una serie de convulsiones generales, clónicas, irregulares, con pérdida más o menos completa del conocimiento, y sensación de un cuerpo redondo que se eleva del vientre a la garganta, donde produce un sentimiento de constricción de los más penosos. [...]Algún tiempo después, vuelven a la vida común; varias veces sin otro accidente que el cansancio y la fatiga que es natural en casos semejantes.¹³⁴

De la misma manera, la forma de ser de una persona histérica, solía ser muy parecida a la de un epiléptico, es decir, al carácter epiléptico. La paciente presentaba:

Una emoción viva de terror, de cólera, etc. comienza a ser demasiado susceptible, su carácter se impresiona fácilmente, llora sin motivo, se deshace en lágrimas, según la expresión de Astruc, solloza, suspira y su amargura no tiene comparación. Otras veces está alegre, contenta, ríe, canta, abraza a las personas que la rodean, y demuestra de mil modos su alegría. Tan pronto está seria, desdeñosa y esquiva, como alegre, decidora y contenta. Su imaginación ya alumbrada por el sol de la felicidad, ya oscurecida por las nubes de la tristeza, tiene siempre una susceptibilidad exagerada.¹³⁵

La descripción anterior acerca del carácter de “las histéricas” se enfocó únicamente al sexo femenino debido a la creencia de que este mal afectaba por lo común a la mujer; esto constituyó una diferencia entre la epilepsia y la histeria, al igual que las características físicas de ambos enfermos: en la histeria “el cuello se abulta; la cara, pálida unas veces, vultuosa otras, no tiene el color violáceo, ni el aspecto espantoso que presenta en los epilépticos.”¹³⁶ Otra diferencia que los médicos observaron entre ambas enfermedades eran los síntomas, pues en la histeria “el ataque era muy variable en cuanto a su duración; que

¹³⁴*Ibidem.*, p. 12 y 15.

¹³⁵*Ibidem.*, p.13.

¹³⁶*Ibidem.*, p. 14.

puede ser de unos minutos, muchas horas o aun varios días, por más que esto sea muy raro.”¹³⁷

La epilepsia y la histeria eran confundidas por la presencia de convulsiones en ambos males, sin embargo, en el resto de los síntomas eran muy distintas, es por ello que los médicos insistían tanto en una minuciosa observación antes de exponer un diagnóstico o proponer un tratamiento. En cuanto al tema de las convulsiones, la histeria y la epilepsia presentaban un verdadero problema para el médico cuando se daba a la tarea de observarlas, ya que muchas de las histéricas presentaban “crisis mixtas”, es decir, sus síntomas se mezclaban con los de la corea y los de la epilepsia.¹³⁸

Para descartar la histeria al analizar un epiléptico era importante determinar si lo que se creía como una posible histeria era convulsiva o no; de esta forma se tenía la posibilidad de descartar rápidamente a la histeria y enfocarse en otros males que pudieran de igual forma asemejarse a la epilepsia. La histeria no convulsiva tenía las siguientes características:

Se empieza a notar en la persona afectada un cambio en el carácter, una gran irritabilidad, una movilidad de espíritu y de humor continua, impaciencias, hormigueos, sobre todo en los miembros inferiores, una necesidad de extenderse, de estirarse, de andar, de cambiar de lugar; ideas tristes, lloros o risas sin causa; el sueño inquieto o interrumpido por imágenes espantosas, o bien insomnio completo; ya sienten calosfríos vagos, ya un calor ardiente, a menudo un frío glacial en las manos: variaciones extremas en el apetito y las digestiones; más tarde latidos de corazón y espasmos que provoca la menor causa; en fin, un estorbo al principio débil, en seguida muy penoso en la garganta, una constricción dolorosa en el epigastrio y en el pecho.¹³⁹

Rodiles mencionó en dos páginas la relación entre la histeria y la epilepsia, lo cual resultó sorprendente tomando en cuenta el interés que se observó en otras tesis que trataron la epilepsia como tema central y la histeria como una de las principales enfermedades a tomar en cuenta en el diagnóstico. En esta tesis se indicó que la forma de diferenciar la histeria de la epilepsia era:

Primero en el carácter de las convulsiones; segundo, en la facies (semblante); tercero, en el modo de ser del enfermo después del ataque. Ya he dicho que en la histeria las convulsiones clónicas son amplias (verdaderos movimientos desordenados), se

¹³⁷*Idem.*

¹³⁸*Ibidem.*, p. 20.

¹³⁹*Ibidem.*, p. 19.

producen con igual intensidad de los dos lados y afectan rara vez los músculos de la cara. En la epilepsia, hay dos periodos bien marcados, el primero de convulsiones puramente tónicas, y el segundo de convulsiones clónicas; pero son pequeños movimientos convulsivos y se extienden casi siempre a los músculos de la cara. La facies es un signo muy importante; en la histeria es pálida unas veces, enrojecida en otra, pero nada ofrece de notable; en la epilepsia al contrario, el color amoratado, las comisuras labiales desviadas, la boca bañada por espuma sanguinolenta y las horribles contorsiones que la animan, le dan a la fisonomía un aspecto espantoso a la vez que característico. El enfermo después del ataque tiene un modo de ser muy distinto en la histeria y en la epilepsia: en la primera es muy sensible, llora y ríe sin motivo, se entrega a todas las manifestaciones de ternura, etc; pero puede comprobarse que sus facultades intelectuales están ilesas, que su órgano cerebral funciona bien: en la epilepsia lo contrario, el enfermo es ajeno a todo lo que le rodea y aun parece olvidar su propia existencia; su mirada vaga, indiferente, estúpida, revela la oscuridad de su cerebro: en este momento es incapaz de todo trabajo intelectual, no piensa, no raciocina, no convierte las impresiones en ideas... [...] En la epilepsia el ataque sorprende bruscamente al paciente, mientras que por lo general no sucede así en la histeria.¹⁴⁰

La histeria muchas veces era confundida con la epilepsia cuando las enfermas fingían los ataques convulsivos, es decir, cuando se trataba de una histeria simulada. Cuando una paciente simulaba el ataque “cierra los ojos, se deja caer pero siempre buscando no hacerse mal, se deshace en convulsiones, pero estas convulsiones, no son las grandes contracciones atáxicas de las histéricas, sino más bien se asemejan a las convulsiones epilépticas”¹⁴¹. A pesar de ser estas convulsiones parecidas a las de la epilepsia, las mismas razones por las que eran descartadas del mal histérico, también eran suficientes para descartarlas de la epilepsia, es decir, las características de una convulsión fingida, ya que las histéricas eran “muy propensas a mentir, inventando accidentes que no tienen o exagerando los que realmente padecen.”¹⁴²

La histeria y la epilepsia se relacionaron a tal grado que los médicos denominaron un mal distinto de ambas, la histero-epilepsia, esto en gran parte se debió a que muchos médicos igualaban la epilepsia a convulsión, por lo que si las histéricas llegaban a convulsionarse, ya fuera por fiebre, por fingir, o cualquier otra razón, eran consideradas epilépticas, o en este caso histero-epilépticas.

¹⁴⁰*Ibidem.*, p. 34.

¹⁴¹*Ibidem.*, p. 36.

¹⁴² *Idem.*

1.2.3.- La epilepsia y otros males: catalepsia, eclampsia, temblor saturnino, congestión cerebral apoplectiforme, tumor cerebral y epilepsia simulada.

Continuando con el resto de los males con los que la epilepsia era confundida, la catalepsia se caracterizaba por una contracción en todos los músculos del cuerpo, la persona permanecía rígida en la misma posición, es por ello que el autor aseguraba que la epilepsia no debía confundirse con la catalepsia, ya que ésta no presentaba convulsiones.¹⁴³

La eclampsia¹⁴⁴ era confundida con la epilepsia debido a la similitud de las convulsiones, sin embargo, de acuerdo con el autor, no había razón para confundir estas dos enfermedades, ya que la primera únicamente presentaba crisis durante los últimos meses de embarazo en la mujer y en los niños durante la fiebre o la dentición. Además, por la propia naturaleza de la eclampsia, las convulsiones se presentan durante un breve periodo de tiempo, a diferencia de la epilepsia que solían presentarse de por vida.¹⁴⁵

La epilepsia saturnina era mejor conocida como "temblor saturnino", una intoxicación con plomo caracterizada por la agitación y contracción de músculos, especialmente de la cara; este temblor generalmente le daba a los obreros. Y la epilepsia nocturna se caracterizaba por el sonambulismo y la presencia de convulsiones únicamente por las noches cuando el paciente dormía, esto bien pudo haber sido una alteración muy fuerte del sueño y no una epilepsia como tal.

Al presentarse la congestión cerebral apoplectiforme¹⁴⁶ el paciente sufría de convulsiones, por lo que eminentes figuras de la medicina como Trousseau aseguraron que la congestión no era más que otro síntoma del "mal caduco" o epilepsia. Sin embargo, otros médicos, como Falret, al contrario afirmaban que la congestión apoplectiforme no era propia de la epilepsia, sino que también se presentaba en otras enfermedades del cerebro o de forma independiente. Cuando estas congestiones se manifestaban con convulsiones epilépticas solían terminar en otro mal, entre los más comunes estaba la parálisis general de los locos. Los enajenistas que estudiaron la parálisis de los locos concordaron en que estaba acompañada en la mayoría de las ocasiones por congestiones cerebrales

¹⁴³ Chaix, *Estudio patogénico...*, *op. cit.*, p. 21.

¹⁴⁴ La eclampsia es una afección caracterizada por una serie de accesos convulsivos ocurridos en las embarazadas al término o poco después del parto.

¹⁴⁵ *Ibidem.*, p. 21.

¹⁴⁶ Un ataque apoplectiforme se caracteriza por la pérdida súbita del conocimiento que cura en algunas horas o días sin dejar una hemiplejía (parálisis de un lado del cuerpo) permanente.

apoplectiformes, en las que el paciente sufría desde vértigos, hasta crisis con pérdida de consciencia, las cuales afirmaban ser epilépticas. Otra razón por la que se presentaba este tipo de congestión era la ingesta exagerada de bebidas alcohólicas o “espirituosas”.¹⁴⁷

Los tumores cerebrales, así como las lesiones orgánicas del encéfalo, solían presentar convulsiones, por lo que ambos casos eran confundidos con la epilepsia; sin embargo en la época que trata este trabajo ya se conocían las convulsiones como causa de un tumor u otro daño orgánico, por lo que se le catalogó como “epilepsia sintomática” para diferenciarla de la epilepsia esencial.¹⁴⁸

Por último, la epilepsia simulada surgió debido a la compasión que la epilepsia generaba en la gente y en el área legal, por lo que muchas personas fingían las convulsiones para llamar la atención o para salir impunes de algún delito. A pesar de no tratarse de una enfermedad neurológica fue catalogada como un tipo de epilepsia por Tissot. Chaix expuso cuatro formas de saber si se trataba de la epilepsia simulada, además de los síntomas concomitantes¹⁴⁹:

1. Examinar con suma atención las causas de una posible epilepsia real.
2. Determinar si el paciente tiene motivos para fingir.
3. Comparar los síntomas del paciente con los de una epilepsia verdadera.
4. Sorprender al paciente con sensaciones inesperadas con la intención de analizar su reacción y así determinar si es la misma que la de un epiléptico auténtico.

1.3.- La epilepsia y el ámbito jurídico. Pilar Sánchez Bustamante y Julián Villalva

El ámbito legal del siglo XIX, sirve como ejemplo del imaginario colectivo en torno a la epilepsia. Una idea sancionada socialmente se hizo patente tanto en los documentos legales, como en la conducta de los criminales al ser juzgados. Además, fue un aspecto que merece atención ya que indicó la estrecha relación que comenzó a formarse entre la medicina y las leyes; la unión se dio en el extranjero y posteriormente en México.

Dicha relación se hizo patente en la creación del artículo 34 del Código Penal de 1880 que estableció las circunstancias que podían excluir a una persona de su

¹⁴⁷ Chaix, *Estudio patogénico...*, *op. cit.*, p. 24.

¹⁴⁸ *Idem.*

¹⁴⁹ Los síntomas concomitantes son los que aparecen o actúan conjuntamente con otra enfermedad.

responsabilidad criminal, tales como padecer enajenación mental, estar afectado de las facultades mentales, en estado de embriaguez, ser una persona de la tercera edad o “decrépita”, tener menos de 9 años, entre otras. Cuando se creó este artículo hubo muchas discusiones en torno a la responsabilidad que debía caer en los enfermos mentales, por lo cual los penalistas estudiaron a fondo las enfermedades mentales con la asesoría de algunos médicos mexicanos reconocidos en el momento como Luis Hidalgo y Carpio, José Barragán y José Barceló Villagrán, con quienes “se ha discutido todas las cuestiones médico-legales que ha habido que tratar, como auxiliares nombrados por el Supremo Gobierno”.¹⁵⁰

Los criterios legales bajo los que se juzgaba al epiléptico variaron mucho a lo largo del siglo XIX, en Alemania por ejemplo, en la década de los 80, se responsabilizaba al epiléptico de sus actos si estos se habían cometido tres días después del acceso. Este tipo de medidas resultó para la tesista Pilar Sánchez Bustamante, anticientífica y arbitraria debido a que:

La observación hizo conocer que en la epilepsia, la relación cronológica de las perturbaciones mentales, con relación al acceso, estaban muy expuestas a variar con relación al ataque, época de enfermedad, estado constitucional y costumbres del enfermo. Que desde la simple ausencia, en la que el desequilibrio mental puede durar sólo segundos, hasta las diversas formas de manía, en las que ese desequilibrio no es susceptible de apreciación matemática, había una serie de estados intermedios y que por consiguiente, tampoco era la noción de tiempo la que debía guiar al jurisconsulto para la aplicación de la pena.¹⁵¹

Este tipo de medidas se basaron en la noción de la existencia de diversos tipos de epilepsias y convulsiones, así como en los sucesos que se presentaban durante o entre los accesos convulsivos. Estas manifestaciones fueron de vital importancia para la medicina legal por haber sido calificados como manía o locura y distinguirse por su carácter destructivo.

La relación que tenía la epilepsia con los trastornos intelectuales resultaba una verdad irrefutable para la mayoría de los autores, sin embargo, el lazo entre ambas no podía ser explicado a pesar de ser sometido día a día a una investigación y observación

¹⁵⁰ Antonio A. de Medina y Ormaechea, *Código Penal mexicano. Sus motivos, concordancias y leyes complementarias*, México, Imprenta del Gobierno, en Palacio, 1880, tomo 1, p. 22.

¹⁵¹ Sánchez Bustamante, *Algunas consideraciones...*, *op. cit.*, p. 19.

exhaustiva en los manicomios.¹⁵² Aunque era un tema de interés para los penalistas, no se tomaba tan en cuenta como se esperaba debido a la poca comprensión que había en torno al tema de las perturbaciones intelectuales en los epilépticos: “las perturbaciones de la inteligencia de los epilépticos son poco conocidos entre nosotros, y por consecuencia, pocas veces tenidas en consideración por los magistrados”.¹⁵³

El gremio médico creía que las convulsiones afectaban de forma grave la inteligencia de quien padecía epilepsia, así como su parte emotiva, lo que lo llevaba a realizar actos que de tener un intelecto normal no realizaría. De esta forma, la epilepsia servía de justificación y explicación a los actos criminales, ya que las tesis jurídicas se apoyaban en el conocimiento médico predominante:

Quando se reiteran a cortos intervalos de separación y por un espacio de tiempo bastante largo, las explosiones convulsivas de la enfermedad epiléptica llegan a coexistir con alteraciones profundas de la parte espiritual de las personas que son su víctima, formándose en ellas una especie de segunda naturaleza que las pone fuera del círculo de las relaciones sociales y de los límites de la capacidad civil y de la responsabilidad criminal.¹⁵⁴

Esto último servía de justificación, no sólo por padecer una enfermedad considerada como mental, sino porque al estar los enfermos aislados de la sociedad, en especial si esto sucedió a una edad muy temprana, se pensaba que los epilépticos no tenían conciencia de lo que se debía y no hacer, o de lo que estaba bien o mal visto socialmente.

¹⁵² La razón por la cual la observación era de suma importancia se debía a la reacción de los enfermos después de la o las crisis epiléptica (s), ya que como podían reaccionar de forma tranquila también llegaban a sufrir de una exaltación delirante que los llevaba a cometer actos inconscientes, en su mayoría agresivos, e incluso delictivos. El tesista Elías Gómez mostró una gran preocupación por la exaltación delirante posterior a las crisis ya que ésta podía manifestarse como manía furiosa o manía tranquila. La primera se caracterizaba por un impulso irresistible a la destrucción: “los enfermos salen repentinamente de la especie de estupor que termina los ataques convulsivos, se arman con el primer instrumentos de destrucción que encuentran, se arrojan con una violencia instintiva y ciega sobre las personas que los rodean; golpean, hieren, matan, y su cólera no parece extinguirse sino después que han hecho muchas víctimas y causado sinnúmero de lesiones. Pasado el acceso de furiosa manía. Vuelven a la razón de un modo casi completo, sin conservar el recuerdo más insignificante de los que han hecho.” Gómez, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia, op. cit.*, p. 21. En el caso de manía tranquila, el enfermo presentaba movimientos desordenados pero no agresivos y su principal característica era la confusión e incoherencia de ideas, y en ocasiones experimentaban alucinaciones de la vista. Los médicos no podían predecir qué tipo de manía presentaría el epiléptico, es por ello que consideraban necesario encerrarlos en manicomios y tenerlos bajo observación constante. Por otra parte, en el ámbito legal los crímenes cometidos por epilépticos se complicaban cuando estos eran justificados por la falta de voluntad al realizar el delito, así como de amnesia al término de la manía furiosa.

¹⁵³ Sánchez Bustamante, *Algunas consideraciones..., op. cit.*, p. 7.

¹⁵⁴ *Ibidem.*, p.8.

Si bien existían leyes que protegían los derechos de los epilépticos, estos no se juzgaban de la forma adecuada debido a las opiniones encontradas que existían entre los médicos y los jurisconsultos que se encargaban de la colaboración y creación de dichas leyes. En México, a finales de la década de 1880, muchos médicos consideraban que era necesaria una reforma en el Código Penal mexicano en cuanto a la culpabilidad criminal del epiléptico se refería. La necesidad de esta reforma se debió en gran parte a lo ambiguo que resultaba el juicio de un epiléptico, tanto por su intermitencia, como por las transformaciones médicas en su concepto y el uso que hacían de su fácil imitación muchos delincuentes. Sin embargo, dicho cambio en el Código era necesario por la falta de un común acuerdo entre todos los estados de la República Mexicana, ya que si bien muchos aceptaban los artículos y fracciones señalados como Morelos y Veracruz,¹⁵⁵ también hubo estados que no fueron mencionados, omisión que pudo indicar desde una revisión hasta un desacuerdo. Esto no fue aclarado en el Código Penal de 1880, sin embargo por lo complejo que resultaba el tema para los penalistas se puede deducir.

1.3.1.- Pilar Sánchez Bustamante: *Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico*

Pilar Sánchez en su tesis *Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico*, presentó una propuesta para juzgar a los epilépticos basándose en el juicio de los actos por medio del conocimiento de los factores que impulsaron la ejecución del delito, incitando a los jueces a tomarlos en cuenta para atenuar o abolir la pena. El plan propuesto consistió en 5 cuestiones que debían resolverse antes de establecer una pena:¹⁵⁶

1. ¿Cuáles son los atributos de un acto libremente ejecutado en los límites fisiológicos?
2. ¿Por qué causas esos atributos se pueden suspender o modificar?
3. ¿El epiléptico comete crímenes o delitos, impulsado por las modificaciones que la enfermedad imprime a los atributos de sus actos?
4. Si la epilepsia modifica esos atributos, ¿Qué responsabilidad comportan los crímenes o delitos que a ella se refieren?

¹⁵⁵ Antonio A. de Medina y Ormaechea, *Código Penal mexicano...*, op. cit., pp. 24 y 27.

¹⁵⁶ Sánchez Bustamante, *Algunas consideraciones...*, op. cit., p. 21.

5. ¿Nuestro Código Penal debe modificarse en el sentido de considerar como causa atenuante el estado mental habitual del epiléptico?

Había otro factor muy importante a tomar en cuenta al momento de juzgar al epiléptico: su conducta alterada a causa de un daño fisiológico. Para que un acto se considerara digno de castigo, primero el individuo debía estar consciente de que tal acto era ilegal y así libremente tomar la decisión de llevarlo a cabo o no; “el mecanismo de la voluntad ha enseñado que para que un acto sea vituperable o punible, se necesita; por una parte, conocer la ilegalidad del acto; posibilidad por la otra en el individuo, para cometerlo o no libremente. Tal es la base fundamental, el cimiento indestructible en el que se halla edificado el Código Penal de toda nación civilizada.”¹⁵⁷ Sin embargo, en esta noción Pilar Sánchez estaba equivocada, ya que el espíritu del código penal de casi todas las naciones occidentales del siglo XIX era que la ley se aplicaba aunque se ignorara. Regresando al pensamiento de la tesista, al existir una patología que afectara al cerebro en el área conductual el individuo que sufría de dicho mal neuronal no se encontraba en las mismas circunstancias para ser juzgado que el resto de las personas, es decir, la ley no podía exigirle las mismas responsabilidades.¹⁵⁸

Además de los daños fisiológicos, muchos epilépticos eran exculpados por las alteraciones visibles en su carácter sin ser consideradas como el efecto de algún deterioro orgánico, sino mental. “El carácter se trastorna permanentemente; las facultades morales, intelectuales y afectivas se degeneran, la razón se desequilibra; la libre voluntad se destruye; las acciones se pervierten: en una palabra, engéndrase una verdadera locura epiléptica [...] llegando los individuos hasta los últimos grados de la degeneración mental”¹⁵⁹ Esta idea no era aceptada por todos los médicos y penalistas, ya que las nociones fisiológicas comenzaron a tener mucha influencia en el medio.

1.3.1.1.- La perversión de las facultades morales y la fisiología como su causa

Otra expresión del deterioro mental era la llamada “perversión de las facultades morales”. Esta alteración de los valores, principios, convicciones, etc., se consideraba de los

¹⁵⁷*Ibidem.*, p. 24.

¹⁵⁸*Ibidem.*, p. 25.

¹⁵⁹ Gómez, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia, op.cit.*, p. 8.

trastornos psíquicos más comunes en los epilépticos, en especial la inclinación al robo o cleptomanía, siendo “objetos de poco valor los elegidos para saciar la inclinación pervertida, y quizás esta circunstancia pudiera utilizarse como carácter distintivo entre la kleptomania de que por ahora nos ocupamos y la kleptomanía de los accesos de verdadera locura que sacia con objetos de valor más elevado”.¹⁶⁰ Además de esta manía, los médicos opinaban que algo muy característico en los epilépticos era su tendencia a mentir, a ser impúdicos e hipócritas, elemento que se tomaba en cuenta tanto en las consultas médicas, como en las cuestiones legales: “No me parece exagerado afirmar que la palabra verdad es para los epilépticos una palabra que no tiene sentido: son hipócritas, y si alguna vez son verídicos no parece que lo son sino por casualidad; sobre el fondo de hipocresía se basa una disposición admirable para la simulación y la disimulación, detalle con que debe contarse siempre en las investigaciones médico-legales relativa a esta categoría de enfermos”.¹⁶¹

Regresando a la fisiología, para comprender las causas orgánicas que podrían alterar el juicio de una persona al momento de decidir actuar, así como el actuar mismo, Pilar Sánchez citó la obra *Responsabilidad criminal en las perturbaciones mentales* de Richard von Krafft-Ebing. En ésta el autor mencionó cuatro causas fisiológicas por las cuales el juicio de un individuo se podría ver alterado. La primera de ellas era la infancia, en ésta se creía que el individuo no había desarrollado los niveles intelectual y físico necesarios para poder distinguir entre lo que se debe y no hacer, entre lo que está bien o mal en un margen social.

La segunda de las causas abarcaba la imbecilidad, el idiotismo, el cretinismo, la debilidad de espíritu con perversión de los instintos y la locura moral. De acuerdo a la medicina del momento estos estados se presentaban en una persona cuando no se había desarrollado el encéfalo o se había suspendido el crecimiento del mismo. La tercera causa era la locura en sus diferentes formas, ésta al llegar a una evolución psíquica completa o casi completa anulaba la capacidad fisiológica del enfermo para llevar a cabo operaciones intelectuales. Finalmente, la cuarta causa se refería a la epilepsia, a la histeria, a los estados de ensueño, al delirio de las afecciones febriles agudas e intoxicaciones. En estas últimas se

¹⁶⁰*Ibidem.*, p. 27.

¹⁶¹*Idem.*

observaba que las alteraciones psíquicas eran más o menos pasajeras, por lo cual los trastornos cerebrales y mentales eran transitorios.¹⁶²

La Psiquiatría dentro de la Antropología Médico-legal¹⁶³, tenía como función el estudio de las perturbaciones cerebrales ante la responsabilidad criminal. Esta disciplina dividía en dos grupos las alteraciones cerebrales que modificaban o suspendían la capacidad de decisión y la libertad de acción, es decir, la voluntad y la responsabilidad: 1) Las alteraciones transitorias como la epilepsia, la histeria, los estados de ensueño, el delirio causado por fiebre y la intoxicación, 2) las alteraciones durables como la enajenación mental en todas sus formas, la idiotez y el cretinismo.¹⁶⁴

La presencia del área médica dentro de los casos legales donde estuviera involucrado un epiléptico o cualquier otra persona con un mal cerebral resultaba indispensable, ya que las perturbaciones mentales no debían “ser apreciadas por el juez, cuyos conocimientos en estos casos son insuficientes; se necesita para esclarecer los hechos, de un especialista y ese especialista es el médico”.¹⁶⁵ Al existir tantos tipos de enajenaciones mentales, el Código Penal se debía adecuar al estudio particular de casos extraordinarios con la intención de impartir eficazmente la justicia, por ello la necesidad de que la epilepsia y otros males mentales fueran tratados como casos especiales.

Para ejemplificar lo diferente que podía ser un paciente de otro incluso tratándose de la misma enfermedad, en este caso la epilepsia, la autora comparó el estudio de las manifestaciones epilépticas de un paciente que llamó su atención en el Hospital de San Hipólito, con otro tipo de epilépticos:

Entre los enfermos que han llamado mi atención en el Hospital de San Hipólito, por la forma de alucinaciones que abría la escena del paroxismo, se halló el enfermo Antonio Reyes. Estando de pie, sentado o acostado, grita: “¡agua!” huye pintándose en su semblante el terror, los brazos agitados por movimientos desordenados, sin saber por dónde ni a dónde dirige sus pasos, choca con las personas u objetos que tiene delante: cae, una rigidez tetánica generalizada invade su cuerpo, convulsiones clónicas suceden a las tónicas, desaparecen éstas y el enfermo permanece en el coma que pone fin a la forma completa del gran mal. Recobra su integridad mental poco

¹⁶²Sánchez Bustamante, *Algunas consideraciones...*, *op. cit.*, p. 24.

¹⁶³ La Antropología Médico-legal era una rama de la Medicina, que al igual que la Medicina Legal, se encargaba de aplicar los principios médicos al Derecho, con la diferencia de que su misión específica era estudiar el grado de responsabilidad que tenía el enfermo acusado, así como proponer una sana solución.

¹⁶⁴*Ibidem.*, p. 25.

¹⁶⁵*Ibidem.*, p. 26.

tiempo después del acceso y refiere que sabe cuando va a darle el ataque: oye un ruido que compara a una masa inconmensurable de agua, le sugiere la idea de inundación, pierde la sensación visual y no sabe más de él. [...] hay otros casos en los que las alucinaciones son mucho más peligrosas para las personas que rodean al enfermo. Imaginemos a un epiléptico que sufre alucinaciones combinadas del oído y de la vista; oye voces que lo injurian [...] que a esto se agregue la horrible visión de un monstruo o de un enemigo ficticio que va a quitarle la existencia; en semejantes condiciones se entrega a ciegos y desordenados actos, que lo impulsarán a sacrificar tal vez a uno de los seres que le son más queridos.¹⁶⁶

Con esta comparación pretendía poner en evidencia la importancia de tratar de forma individual a cada enfermo durante el juicio, ya que dependiendo del tipo de síntomas presentados, debía ser el juicio y la decisión final del juez, es decir, el tipo de sentencia o bien, la exculpación.

1.3.1.2.- El pequeño mal y el gran mal en el área legal

Para los penalistas era de sumo interés los trastornos provocados por el gran mal intelectual y el pequeño mal intelectual, ambos considerados formas de la locura epiléptica, este último término hay que considerarlo bajo la confusión que existía entre la epilepsia y otros males como la locura. El gran mal intelectual se caracterizaba en que “el acceso estalla con gran violencia, las alucinaciones combinadas son frecuentes y hace su evolución en el periodo de algunas horas.”¹⁶⁷ Y el pequeño mal intelectual se identificaba porque:

El enfermo fija difícilmente su atención; la memoria le es infiel, o está completamente extinguida; sus percepciones son confusas, sus raciocinios falsos. El predominio de los malos instintos, la impotencia que experimentan para resistir al impulso, la necesidad automática de locomoción, llamada por Ball, manía de los viajes, la sed de venganza, la tendencia a inferir lesiones múltiples e inútiles y la rareza de las alucinaciones son datos que le caracterizan.¹⁶⁸

La agresividad se presentaba comúnmente en los que sufrían del pequeño mal intelectual, ya que no sólo al perder su voluntad realizaban actos violentos, sino que estando conscientes comenzaban a experimentar una confusión de ideas, ansiedad y por consecuencia a expresar sentimientos de odio y venganza hacia sus seres queridos.

¹⁶⁶*Ibidem.*, p. 29.

¹⁶⁷*Ibidem.*, p. 32.

¹⁶⁸*Idem.*

Posteriormente, después de sentir un impulso irresistible a la cleptomanía y a la piromanía, perdían el control sobre sus actos y:

Se arman con el primer instrumento de destrucción que encuentran, arrasan con los objetos inanimados, o bien se abalanzan con una especie de rabia instintiva y ciega sobre la persona o personas que la casualidad ha puesto a su alcance, las golpean, las hieren, las matan y su furor no parece extinguirse sino hasta después que han hecho muchas víctimas y causado sinnúmero de lesiones [...] cuando su razón se reintegra, hay siempre una pérdida más o menos completa de la memoria.¹⁶⁹

A pesar de lo que afirma este autor, en tesis anteriores se mencionaron actos violentos por parte de los epilépticos en cualquiera de sus estados, no sólo en el pequeño mal intelectual.

Si bien los trastornos provocados por el gran mal intelectual y el pequeño mal intelectual eran de gran interés para los penalistas, la ausencia y el vértigo no lo eran; por lo que si el crimen se cometía bajo la influencia del pequeño mal¹⁷⁰ difícilmente se modificaba la decisión de la ley sobre el inculpado. Esto llevó a Sánchez Bustamante a establecer como el punto central de su tesis la siguiente cuestión: “Si la epilepsia modifica los atributos normales de un acto, impulsando al enfermo que la sufre a cometer delitos o crímenes, ¿qué grado de responsabilidad comportan?”¹⁷¹ Para responder esta pregunta primero deben tomarse en cuenta las opiniones encontradas que al respecto tenían los penalistas.

Por una parte se encontraban los que apoyaban la “doctrina de la responsabilidad parcial”, la cual justificaba al enfermo cuando actuaba dentro del delirio considerándolo como no responsable de sus actos; y por otro lado estaban los que apoyaban la teoría de la “irresponsabilidad absoluta”, la cual consideraba que toda persona afectada por algún tipo de delirio no era responsable de sus actos. Esta última doctrina era defendida por Jules Falret, quien indicó:

Que la creencia de una responsabilidad parcial, ha nacido de la falsa idea que de la monomanía tienen sus autores. Cuando se está plenamente convencido por la atención atenta de enagenados afectados de delirio parcial, de que el delirio de esos enagenados no es tan limitado, de que la órbita en que gravita es más extensa de lo que se cree, de que en ellos por parcial, por limitado que parezca, existiendo un terreno enfermo, un suelo patológico previo, ¿puede la monomanía considerarse como una idea implantada cual un parásito en una inteligencia que ha permanecido

¹⁶⁹Gómez, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, op.cit., p.35.

¹⁷⁰Manifestación de la epilepsia compuesta por vértigos y ausencias. *vid. infra.*, cap. 2.

¹⁷¹Sánchez Bustamante, *Algunas consideraciones...*, op. cit., p. 35

sana en todos sus atributos? ¿Puede admitirse que un individuo estimulado por esa idea fija, luche con las fuerzas sanas que le restan para oponerse al impulso de la idea delirante y elegir entre la acción o no acción en el sentido de la idea enferma?”¹⁷²

La explicación que se dio a la existencia de opiniones encontradas fue la carencia de progresos en el estudio de la patología, además de la “usurpación que el jurisconsulto ha querido hacer al terreno médico, olvidando que su misión es averiguar y corregir crímenes, como lo es en el médico diagnosticar y curar enfermedades”.¹⁷³

Las dos doctrinas mencionadas se basaban en el periodo de desarrollo de la enfermedad y en la gravedad del daño que el enfermó infligió; en cuanto a la epilepsia, existían tres tipos de casos para imputarle o no la responsabilidad al epiléptico. En el primer caso: *irresponsabilidad paroxística*, la responsabilidad era abolida, ya que “el individuo que la sufre, está condenado a interrumpir fatalmente con los paroxismos, el libre ejercicio de sus facultades mentales, a perder el equilibrio de su vida psíquica, cometer actos involuntarios y automáticos que sin obedecer a provocación sensible, son tan sólo el resultado de la opacidad o extinción de sus facultades moderatrices”.¹⁷⁴

En el segundo caso: *responsabilidad lúcida atenuada*, la responsabilidad existía a medias, no se culpaba al epiléptico en sí, sino a la epilepsia, una enfermedad que lo volvió irascible y pervirtió sus facultades mentales y morales, en pocas palabras, se juzgaba a un individuo que había sido víctima del carácter epiléptico. Finalmente, el tercer caso: *responsabilidad lúcida completa o absoluta*, se trataba de la responsabilidad absoluta, de un “individuo cuyo acceso es ligero, sin el cuadro típico de los grandes ataques, cuya enfermedad se remonta a una época reciente, cuyos accesos están separados por un periodo de tiempo bastante largo, cuyos intermedios paroxísticos quedan perfectamente lúcidos, cuyos actos tienen los atributos de los libremente queridos y cuya responsabilidad por consiguiente es absoluta”.¹⁷⁵

Nuevamente, en la tesis se expresó inconformidad, ya que tomando en cuenta los tres casos expuestos, se podía afirmar que no existía un estado “general” del epiléptico por

¹⁷²*Ibidem.*, p. 36.

¹⁷³*Ibidem.*, p. 48.

¹⁷⁴*Ibidem.*, p. 37.

¹⁷⁵*Ibidem.*, p. 38.

lo que cada caso debía ser juzgado de forma individual, “pudiendo sólo decir que para un mismo epiléptico, su responsabilidad es periódica como su enfermedad”.¹⁷⁶

1.3.1.3.- La epilepsia y el Código penal de 1880

Tratando el tema del Código penal, la disertación se enfocaba en la modificación del mismo en función del estado mental habitual del epiléptico, es decir, decidir si debía considerársele como causa atenuante o no. Es necesario para tratar este aspecto, primero enumerar los trastornos psíquicos que constituían el llamado “estado mental habitual del epiléptico”, citar los artículos del Código penal de 1880 que se refieren al estado mental del acusado y por último esclarecer los defectos en dichos artículos.¹⁷⁷ El estado mental habitual de un epiléptico se caracterizaba por el daño en la memoria, dificultad para fijar nuevas ideas, carácter irascible, malicioso y pendenciero; el extremo contrario es característico del epiléptico, es decir la apatía y la depresión. También se identificaban por ser cleptómanos, pederastas, onanistas, fanáticos religiosos e hipocondriacos.

Los artículos del Código Penal en los que se trató la exclusión de la responsabilidad criminal del epiléptico fueron el 34 y el 42. En el artículo 34 se mencionó la responsabilidad criminal del epiléptico en las fracciones 1ª y 2ª; en la primera fracción el epiléptico no era responsable del crimen si violaba la ley penal encontrándose en un estado de enajenación mental que le quitara la libertad o le impidiera enteramente conocer la ilicitud del hecho u omisión de que se le acusara. Ya que como indica dicha fracción “las circunstancias que excluyen la responsabilidad por la infracción de leyes penales, son: 1º. Violar una ley penal hallándose el acusado en estado de enajenación mental que le quite la libertad, o le impida enteramente conocer la ilicitud del hecho u omisión de que se le acusa”.¹⁷⁸ En la segunda fracción se establecía que podía “haber duda fundada a juicio de facultativos de si tiene expeditas sus facultades mentales el acusado, que padeciendo locura intermitente, viole alguna ley penal durante una intermitencia”.¹⁷⁹ La epilepsia al caracterizarse por presentar convulsiones y otras manifestaciones cada determinado tiempo, entraba en el rango de las locuras intermitentes.

¹⁷⁶*Ibidem.*, p. 39.

¹⁷⁷*Idem.*

¹⁷⁸ Medina Antonio, *Código penal mexicano...*, *op. cit.*, p. 22.

¹⁷⁹*Idem.*

En el artículo 42 se mencionó la responsabilidad criminal del epiléptico en la primera fracción, la cual indicaba que el enfermo podía ser perdonado al “infringir una ley penal hallándose en estado de enajenación mental, si esta no quita enteramente al infractor, su libertad o el conocimiento de la ilicitud de la infracción”.¹⁸⁰ Este artículo estaba contenido en el capítulo III del Código Penal de 1880, el cual trató las “Previsiones comunes a las circunstancias atenuantes y agravantes”.

Pilar Sánchez Bustamante afirmó que el problema entre los actos del epiléptico y el Código Penal se encontraba en la fracción 1 del artículo 42, ya que ésta “se refiere al estado mental que no quita del todo la libertad de acción o el conocimiento de la ilicitud del acto y en tales circunstancias se halla el epiléptico, también es cierto que esa fracción de la ley se refiere al enagenado; y lo que se llama estado habitual del epiléptico, no ha sido considerado en el tecnicismo médico por ningún alienista, como forma de enajenación mental.”¹⁸¹ Asimismo, consideró que las leyes debían ser modificadas y tomar como causa atenuante el estado psíquico habitual del epiléptico.

Del mismo modo, al tratar el tema del castigo, aseguró que no se podría dar una sentencia de forma justa a los epilépticos que hayan cometido un crimen tomándolos como iguales, ya que en cada persona la enfermedad se manifestaba de forma distinta. Para dictar una sentencia justa era necesario “pesar en la balanza de la justicia, no sólo su estado mental más o menos modificado, sino la forma del acceso y costumbres del enfermo, que puedan exacerbar más o menos las aberraciones de su espíritu degenerado”.¹⁸²

1.3.2.- La epilepsia como medio hacia la impunidad en los actos criminales. Julián Villalva: *Simulación de la epilepsia*

Ante los ojos de la sociedad, las características típicas de un epiléptico eran las convulsiones y la pérdida de la voluntad, así como la agresión. Debido a esto, muchos criminales encontraron en la simulación de la epilepsia un escape a la justicia; los criminales que fingían tener epilepsia por lo general gritaban palabras incoherentes, actuaban de forma descoordinada y se contorsionaban.

¹⁸⁰*Ibidem.*, p. 34.

¹⁸¹Sánchez Bustamante, *Algunas consideraciones...*, *op. cit.*, p. 44.

¹⁸²*Ibidem.*, p. 45.

Julián Villalva indicó, en su tesis *Simulación de la epilepsia*, lo común que era encontrar en hospitales como el de San Hipólito casos de personas que simulaban tener epilepsia para llamar la atención de sus familiares o para salir impunes de crímenes cometidos. La simulación de la histeria y en este caso de la epilepsia resultaba habitual por la facilidad que muchas personas encontraban en la imitación de sus síntomas, así como a la variedad de los mismos y lo difícil que resultaba el diagnóstico.¹⁸³ Otra ventaja que encontraban en imitar la epilepsia estaba en que el ataque del gran mal solía presentarse solamente una vez en mucho tiempo, por lo que no se veían obligados a fingir constantemente y en el área legal “sí les quitaría cargos y responsabilidades si la verdad no resplandeciese. Su fácil imitación la proporcionan testigos, que no conocen, pero si aseguran haber presenciado terribles ataques, que los mueve a la compasión y los consideran a los simuladores como verdaderos enfermos”.¹⁸⁴

Debido a la idea que la gente común, es decir, no médicos, tenía de los epilépticos, resultaba fácil para el imitador obtener la compasión de las personas que presenciaran el ataque falso y por lo mismo dichos testigos le serían útiles en el juicio; la opinión colectiva del epiléptico era la de un “ente desgraciado que sólo vegeta, sin utilidad para sí, mucho menos para los otros. Es un individuo que sólo inspira compasión, porque siempre está sujeto a los demás o a infinidad de penalidades o disgustos que le acarrea su mal”.¹⁸⁵

El médico penalista se basaba en varios referentes para determinar la autenticidad del epiléptico. En primer lugar se tomaba en cuenta el tipo de manifestación de la epilepsia, generalmente los imitadores fingían el gran mal, una convulsión que llamara mucho la atención y “creen salvarse con sus ruidosas farsas, sin acusar jamás simples vértigos, que bien saben que esos no les tendrían en cuenta los espectadores, que no conocen del asunto”.¹⁸⁶ Para determinar si era o no epilepsia resultaba básica la observación y el análisis de cada aspecto de la persona, desde su historia de vida, hasta su aspecto físico y la forma

¹⁸³ Una de las ventajas que tenía el imitador de la epilepsia era la dificultad de los doctores para diagnosticar la enfermedad, “presentando la epilepsia diferentes formas como la epilepsia parcial, accesos incompletos, ausencias, vértigos y muchas veces simples auras o combinaciones de estos estados; es difícil sin una observación concienzuda y detenida dar un diagnóstico del estado del individuo que se presenta al estudio.” Julián Villalva, *Simulación de la epilepsia*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1900, p. 10.

¹⁸⁴ *Idem.*

¹⁸⁵ *Idem.*

¹⁸⁶ *Ibidem.*, p. 11.

en la que se presentaban las crisis, así como sus preludios y actitudes posteriores. El médico debía indagar en el pasado clínico, saber si había predisposición hereditaria, matrimonios consanguíneos, padres alcohólicos, sifilíticos o si estos alguna vez tuvieron una intoxicación a causa del plomo y la edad a la que comenzaron las primeras crisis (éstas generalmente se presentaban después de la pubertad). También se debía prestar atención al carácter de la persona, si ésta era epiléptica debía presentar ciertos rasgos característicos de la enfermedad como irascibilidad, una molestia continua, gusto por realizar actos sanguinarios, crueldad, vengativos, malhumorados y sádicos.

En cuanto al aspecto físico, se creía que un auténtico epiléptico debía tener muchas cicatrices en la cara a causa de los golpes que se daban durante las convulsiones, arrugas prematuras, erupciones en la cara, piernas, brazos y manos, úlceras en los codos, una dentadura deformada o inexistente a veces con dientes falsos y rotos, la lengua debía presentar mordeduras y cicatrices, por lo general andaban con la boca abierta e hipersecretando saliva que les escurría por la boca, las venas de la cara y las del cuello las tenían muy marcadas y por lo general sus facultades mentales estaban muy desgastadas.

Era de suma importancia presenciar los accesos para determinar si eran simulados o auténticos, ya que entre ellos habían evidentes diferencias, incluso el primer indicio era que el imitador nunca volvía a convulsionar enfrente del médico penalista, ya que engañar a gente común era fácil, debido a su ignorancia en el tema, pero el médico solía ser muy minucioso en su observación. En primer lugar el epiléptico por lo general no se daba cuenta de sus ataques, se enteraba de ellos antes, si sentía el aura, o ya habiendo terminado el ataque y siempre presentaba golpes, en cambio los imitadores sabían caer sin lastimarse. El epiléptico al golpearse no sentía dolor ya que se encontraba inconsciente, en cambio cuando una convulsión de la magnitud del gran mal le sucedía a un simulador daba signos de dolor como gritos o movimientos reflejos de la parte del cuerpo golpeada y adolorida, además, si se equivocaba al caer automáticamente daba signos de estar consciente.

Los simuladores generalmente se dejaban llevar por las creencias populares de la epilepsia, en especial “la de la acción de las fases de la luna, sobre tales estados, acusan su mal en tales ocasiones y con frecuencia en el plenilunio; cuando si bien el algunos enajenados, obra muy poco y en esta misma fase, en el epiléptico, no se notan con

predilección en tal o cual tiempo y así les dan tanto de día como de noche, en presencia o ausencia de no importa que persona”.¹⁸⁷

Al simulador no le interesaban los síntomas precursores como el aura y el estupor, ni el cansancio o la agresión que le seguían a las convulsiones, “se limitaba a una farsa más o menos ruidosa y jamás acusa como el verdadero perturbaciones motoras, sensoriales o psíquicas, que pueden aparecer horas o días antes de los accesos.”¹⁸⁸ Otra clave para distinguir al epiléptico era la palidez en la cara, característica imposible de imitar, ya que otras como las heridas de la lengua, la espuma que solía salir por la boca y nariz, así como la expulsión involuntaria de materia fecal y orina si eran imitables. Si la observación minuciosa no daba resultado, se observó que “una brusca impresión de agua fría por ejemplo, no permitirá al simulador continuar su papel. El cloroformo pudiera ser un medio que nos mostrase la realidad, porque en el simulador produce sus efectos fisiológicos, en tanto que en el epiléptico puede producir sus accesos”.¹⁸⁹

En términos legales, los métodos que se llevaban a cabo para la detección de simuladores, eran conocidos como estudio indirecto y estudio directo; el primero consistía en apreciar “los antecedentes hereditarios, físicos, intelectuales y morales del presunto epiléptico: la historia del crimen y circunstancias que le han acompañado, el modo de ser individual antes y después de haberlo cometido”.¹⁹⁰

Mientras que el estudio directo se llevaba a cabo por medio del aislamiento del enfermo y su observación, “la constante vigilancia, el estudio del carácter, la existencia de los signos somáticos peculiares a la enfermedad, la observación detallada de algún acceso y con él, la apreciación de los síntomas, carencia de algunos, modificación de otros, su duración, y ante todo, el conocimiento del epiléptico que sólo podrá dar la práctica, harán esclarecer la verdad y adquirir la convicción de la falta de sinceridad en el dicho del inculpado”.¹⁹¹

En cuanto al concepto de la epilepsia, en este capítulo se concluye que si bien no todos los tesisas realizaron una aportación consciente a la definición de la epilepsia, si lo hicieron con su creciente interés en la enfermedad y sus constantes intentos por

¹⁸⁷*Ibidem.*, p. 14.

¹⁸⁸*Idem.*

¹⁸⁹*Ibidem.*, p. 20.

¹⁹⁰Sánchez Bustamante, *Algunas consideraciones...*, *op. cit.*, p. 46

¹⁹¹*Ibidem.*, p. 47.

diferenciarla de otras. Asimismo, los escritos de los tesisistas revelan la fuerte influencia que la medicina europea tuvo sobre México, en especial en lo que se refiere al área neurológica, ya que fue en este siglo cuando varios médicos europeos, en especial franceses, ingleses y alemanes, pasaron a la historia por sus aportaciones en lo referente al funcionamiento del cerebro, las partes que lo conforman y la localización exacta de las mismas. Estos avances fueron sumamente relevantes en la medicina mexicana y probablemente permitieron que en estas últimas tres décadas surgiera la curiosidad que se dio por la enfermedad entre los alumnos de la Facultad de Medicina, ya que de acuerdo con los planes de estudio no fueron muchas las clases que se impartieron acerca del tema.

La redefinición de la epilepsia en el siglo XIX mexicano (y europeo) estaba en pañales por lo que las nuevas ideas que generaron las teorías más recientes no sólo en torno a la enfermedad, sino también en lo que se refería al epiléptico como persona merecedora de una buena calidad de vida permaneció en el gremio médico. Como se verá en los siguientes capítulos, fueron los médicos los interesados en generar nuevos tratamientos y medidas para sacar al epiléptico de los manicomios y proporcionarles una vida lo más normal posible. Tuvieron que pasar muchas décadas para que comenzaran a infiltrarse en la sociedad y en otras disciplinas las nuevas ideas y tratos hacia la epilepsia y los epilépticos.

A pesar de haberse establecido médicamente que la epilepsia era una lesión cerebral y no una locura, en las últimas décadas del siglo XIX, los epilépticos seguían siendo tratados como enajenados por el resto de los ciudadanos y, como se vio en la tesis de Pilar Sanchez, también por las leyes, ya que los epilépticos eran exonerados de los delitos por considerarse enajenados. De la misma manera, en el área legal se pudo apreciar un poco del imaginario que había en la sociedad mexicana en torno a la epilepsia, ya que muchos criminales para no cumplir con una sentencia fingían tener epilepsia actuando los síntomas que se creían eran propios de la misma, como una convulsión en luna llena, idea que la medicina desde hace mucho había señalado como falsa.

Contrariamente a los avances que se dieron en el último tercio del siglo XIX mexicano en torno a la epilepsia, muchas personas comunes e incluso médicos seguían confundiendo a la epilepsia con otras enfermedades por el hecho de tener las convulsiones como síntoma en común, es por ello que el siguiente capítulo tratará la nosología de la

epilepsia con la intención de abordar un poco más a fondo el estudio que en las últimas tres décadas del siglo XIX se hizo de la enfermedad.

2.- Nosología de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX mexicano

El término nosología es comúnmente utilizado en el ámbito médico (generalmente en el área del diagnóstico); su raíz proviene del griego *nosos* que significa enfermedad y se refiere a la explicación y/o comprensión de la correspondencia que existe entre los síntomas y la influencia que ejercen directamente sobre los mismos los factores personales, biológicos, genéticos, emocionales, vivenciales, sociales y psicológicos. La nosología está compuesta por la nosografía y la nosotaxia; la primera se encarga de la descripción de los síntomas por medio de los cuales se manifiesta un trastorno, y la nosotaxia se encarga de la clasificación de la enfermedad en base a las características en común observadas en el estudio nosográfico.¹⁹² Por ejemplo, en el caso de la epilepsia, el elemento en común otorgado por la nosografía a la nosotaxia es la convulsión y la nosología al ser más incluyente intenta comprender la lógica inherente al funcionamiento del cerebro alterado por la enfermedad; esta comprensión únicamente se obtiene por medio del conocimiento y explicación de los tipos de epilepsia o nosotaxia de la epilepsia.

De acuerdo con lo mencionado en el párrafo anterior es necesario conocer los tipos de epilepsia y los síntomas de los mismos, ya que esta enfermedad ha sido catalogada de acuerdo a su sintomatología, es decir, la existencia de cada tipo de epilepsia ha dependido de las formas que ésta tenga para manifestarse. En primer lugar se expondrá una revisión general de la nosología actual de la epilepsia; las epilepsias reconocidas por la Organización Mundial de la Salud son muchas y para el presente estudio no tiene caso mencionarlas todas, sino únicamente las más comunes y las que permitan formar una idea de la patología en la actualidad y posteriormente compararla con la nosología de la epilepsia del periodo que abarca el presente estudio, esto con la intención de apreciar el cambio tanto en el concepto de la enfermedad, como en los avances del conocimiento médico.

2.1.- Nosología actual de la epilepsia

Actualmente se sabe que la epilepsia se manifiesta de manera múltiple dependiendo de la zona del cerebro donde se forme la descarga y el tipo de daño cerebral, es por ello que

¹⁹² Carlos Rojas Malpica, *et.al.*, “La psicosis única revisitada. De la nosotaxia a la nosología”, en *Salud Mental*, México, marzo - abril de 2012, vol. 35, p. 110.

asociaciones como la Liga Internacional Contra la Epilepsia y la Organización Mundial de la Salud han reconocido la existencia de “epilepsias” y no una única epilepsia. La clasificación de la epilepsia se divide en dos: las crisis epilépticas y los síndromes epilépticos. Estos últimos no se comprenden del todo, muchos aún siguen en investigación, es por ello que se consideran un síndrome epiléptico y no un tipo específico de epilepsia o una enfermedad independiente de la epilepsia con la convulsión como síntoma en común; es probable que en un futuro la clasificación de los síndromes epilépticos sea modificada.

Una crisis epiléptica es una “alteración repentina, involuntaria, de duración limitada que se presenta como cambios motores, sensoriales, autonómicos o de conciencia producidos por actividad cerebral anormalmente exagerada”.¹⁹³ Las crisis epilépticas se dividen en dos grupos: las crisis generalizadas y las crisis parciales o focales, las primeras pueden ser convulsivas o no convulsivas y las segundas se caracterizan por ser focales (el término focal se refiere a la unión anormal de neuronas en un punto específico del cerebro, este fenómeno se conoce como “foco neuronal” y suele causar desequilibrios eléctricos y como consecuencia crisis) o locales.

2.1.1.- Las crisis epilépticas generalizadas: las ausencias, crisis mioclónicas, tónicas, atónicas, clónicas y tónico-clónicas.

Las crisis generalizadas se dividen en seis: las crisis de ausencias, las mioclónicas, las tónicas, las atónicas, las clónicas y las tónico-clónicas. Las ausencias, también conocidas como *petit mal* o pequeño mal, son episodios breves de interrupción de la conciencia y, por lo tanto, de respuesta a los estímulos externos, por lo general duran de 10 a 20 segundos, aunque se han llegado a notificar ausencias de horas en las que el paciente realiza alguna actividad cotidiana de forma automática sin estar consciente de ello, ni recordarla al terminar; esta situación resulta alarmante ya que la actividad puede ser manejar de una ciudad a otra, trabajar con maquinaria peligrosa, etc. Las crisis mioclónicas se caracterizan por sacudidas musculares súbitas, repentinas y breves de un músculo o de un grupo de músculos, que por lo general son los del cuello, hombros brazos, torso y muslos.¹⁹⁴

¹⁹³ Simon Brailowsky, *Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 48.

¹⁹⁴*Ibidem.*, p. 51.

Las crisis tónicas son igualmente contracciones bruscas y repentinas de un músculo o de un grupo de músculos, duran menos de 20 segundos y por lo general se presentan durante el sueño y en los niños con cierto grado de retraso mental. Las crisis atónicas, a diferencia de las anteriores, se caracterizan por la pérdida repentina de fuerza, ocurre en un músculo o grupos de músculos y por lo general “la cabeza se puede caer, de pronto, o los párpados, o algún objeto que se esté sosteniendo, o incluso caer la persona al piso. Estas crisis son más típicas de la infancia [...]”.¹⁹⁵ Las crisis clónicas por lo general se presentan en los bebés recién nacidos o en los niños pequeños, inician con pérdida o alteración de la conciencia y una sacudida muscular, breve y brusca, a esto le siguen más sacudidas que duran algunos minutos.

Las crisis tónico-clónicas son las más comunes, las que en el imaginario colectivo se identifican como epilepsia y también se conocen como el *gran mal*. Éstas inician con la fase tónica que se caracteriza por presentarse bruscamente con la pérdida de conciencia y una fuerte contractura muscular, el epiléptico cae al suelo y suele realizar alguna forma de vocalización que puede llegar hasta el grito, esto último se debe a la contractura de los músculos respiratorios. A esta etapa le sigue la clónica, en la cual hay “contracciones alternadas de músculos flexores y extensores, para terminar en una fase de depresión post-crítica o post-ictal¹⁹⁶, en donde el paciente puede caer dormido o quedar confuso, desorientado o algo agitado. Las crisis duran de 1 a 3 minutos [...]”.¹⁹⁷

2.1.2.- Las crisis epilépticas parciales o focales: crisis parciales simples, parciales complejas y parciales con generalización secundaria.

Las crisis parciales o focales por lo general tienen un origen desconocido, aunque casi siempre van acompañadas de traumatismos, tumores, infecciones, embolias o hemorragias cerebrales, patologías que se cree pueden ser las causas de este tipo de crisis. Éstas se dividen en tres tipos: crisis parciales simples, crisis parciales complejas y crisis parciales con generalización secundaria. En las primeras el estado de la conciencia no se altera y se caracterizan por una hiperactividad en una zona restringida del cerebro, generalmente en el lóbulo frontal o en los temporales, aunque se puede producir en cualquier parte de la

¹⁹⁵*Ibidem.*, p. 52.

¹⁹⁶ Se refiere al estado anímico que sucede a una convulsión.

¹⁹⁷*Ibidem.*, p. 54.

corteza cerebral. Debido al amplio territorio cerebral que abarca la alteración, las crisis pueden presentarse en cualquier sistema del cuerpo, por lo mismo se subdividen en cuatro tipos: crisis motoras, sensoriales, autonómicas y psíquicas. Sin embargo es rara la ocasión en la que este tipo de crisis viene acompañada por la alteración de la consciencia, por lo general “la persona se encuentra alerta, responde a las preguntas y puede recordar sus crisis”.¹⁹⁸

Las crisis motoras implican una activación o relajación repentina de un músculo o de un grupo de músculos. Un dedo o una mano o un músculo de la cara o de los ojos se empieza a mover de manera involuntaria, o de pronto se pierde la fuerza de alguna parte del cuerpo, o existe alternancia entre periodos de activación y de relajación muscular. [...].

Las crisis sensoriales provocan alteraciones en la percepción sensorial. Pueden referirse como hormigueo, o adormecimiento de alguna parte del cuerpo, flashes o luces de colores, o sonidos u olores o sabores extraños. [...].

Las crisis autonómicas se relacionan a las partes del cuerpo que con controladas automáticamente por el sistema nervioso; consisten en sensaciones viscerales, náusea, vómito, palidez o sonrojo, sudoración, dilatación pupilar, incontinencia urinaria o fecal, etc. Son frecuentes en casos de epilepsia del sistema límbico (amígdala, hipocampo, hipotálamo).

Las crisis psíquicas pueden manifestarse a nivel del lenguaje, como interrupción momentánea del habla, vocalización, repetición de alguna sílaba, etc; de la memoria, con fenómenos como el llamado *déjà vu* (lo ya visto) o *déjà entendu* (lo ya oído) o sus correspondientes *jamais vu* (jamás visto) o *jamais entendu* (jamás oído). [...] Pueden ocurrir crisis con síntomas cognitivos, como estados de ensimismamiento, de soñar despierto, sensaciones de despersonalización, de desprendimiento o de emociones que aparecen súbitamente, como el miedo, o la depresión, o la felicidad. [...].¹⁹⁹

Los síntomas de las crisis psíquicas frecuentemente se confunden con alguna enfermedad psiquiátrica, por ello los médicos insisten en marcar la diferencia primero por medio de un estudio electroencefalográfico, además de tener presente que las crisis psíquicas duran algunos minutos, aparecen espontáneamente y terminan rápidamente.

Las crisis parciales complejas se conocen también como psicomotoras o del lóbulo temporal. En éstas la consciencia se altera, aunque no se pierde, el epiléptico parece estar ido y la expresión que muestra en la cara no coincide con su estado de ánimo o con la situación. Suelen presentarse los automatismos, que son movimientos involuntarios y automáticos que van desde un chasquido de lengua o llanto, hasta gritos, insultos o la marcha, que es cuando el enfermo sale de su casa y camina sin rumbo en la calle. Existen casos de pacientes que

¹⁹⁸*Ibidem.*, p.55.

¹⁹⁹*Ibidem.*, p.59.

salieron de su casa y en autobús se fueron a otra ciudad y al salir de la crisis no sabían dónde estaban ni cómo habían llegado a su destino.²⁰⁰

Las crisis parciales con generalización secundaria son aquellas que, como ya se indicó, comienzan en un sitio específico del cerebro, pero que a diferencia de las anteriores la descarga se expande y la crisis se vuelve generalizada de tipo tónico, clónico o tónico-clónico. Así como en este caso, existen otras combinaciones de crisis (un paciente puede sufrir varios tipos de crisis, tener varias epilepsias), aunque ésta es la más común y es por ello que está catalogada como un tipo específico.

2.1.3.- Nosotaxia de la epilepsia de acuerdo a su origen: epilepsia idiopática y sintomática.

Las epilepsias también se dividen de acuerdo a su origen en idiopáticas o sintomáticas. Las primeras no tienen aún una explicación porque aparecen repentinamente sin una causa clara, y las segundas son las que sus crisis se relacionan con alguna lesión u anomalía cerebral. Las epilepsias idiopáticas por lo general están relacionadas a la edad y a tres síndromes en específico: la epilepsia benigna de la infancia, la epilepsia de la infancia con paroxismos occipitales²⁰¹ y la epilepsia primaria de la lectura. Las epilepsias sintomáticas se relacionan con el síndrome de Kojewnikow, que es una epilepsia crónica parcial progresiva que sólo se presenta en la infancia.²⁰²

2.1.4.- La epilepsia y los síndromes epilépticos de acuerdo a su localización en los lóbulos cerebrales.

Ya que se sabe lo que es una crisis y su tipología, se comprenderán de forma más sencilla las epilepsias y síndromes epilépticos, para exponerlo de forma más fácil se explicarán el tipo de síntomas al presentarse en cada lóbulo cerebral. Son muchos los síndromes epilépticos, y cada uno depende del lóbulo en el que se forme la descarga eléctrica.

Comenzando por las epilepsias del lóbulo temporal, estos síndromes tienen como característica la presencia de crisis parciales simples, parciales complejas y crisis secundariamente generalizadas, así como la combinación de las mismas. Se ha observado

²⁰⁰*Ibidem.*, p.60.

²⁰¹ Un paroxismo es un evento súbito de duración leve, y en este caso el suceso proviene del lóbulo occipital.

²⁰² Rubio Donnadieu, *et.al.*, *PAC Neuro-1...*, *op.cit.*, p. 18.

en los pacientes antecedentes de crisis febriles, epilepsia en familiares, déficit de memoria, así como el inicio de la enfermedad en la adolescencia e infancia con brotes irregulares de convulsiones. Las manifestaciones más comunes del síndrome epiléptico en el lóbulo temporal son las crisis amigdaló-hipocámpicas, siendo más frecuentes las hipocámpicas y las crisis temporales laterales; las primeras presentan como síntomas la “sensación de molestia epigástrica ascendente con náusea, palidez, enrojecimiento de la cara, dificultades respiratorias, dilatación pupilar, sensación de miedo o de pánico y alucinaciones olfatorias-gustatorias”²⁰³. En cuanto a las crisis temporales laterales, estas son convulsiones simples con ilusiones auditivas y/o visuales, que van acompañadas de trastornos en el lenguaje y tienden a evolucionar en una crisis parcial compleja con alteración de la conciencia.

En los síndromes epilépticos del lóbulo frontal, las crisis que se presentan son complejas, simples o combinadas; el peligro de los síndromes localizados en este lóbulo es la tendencia a presentar comúnmente estatus epilépticos, los cuales pueden causar la muerte o alterar permanentemente las facultades mentales. El síndrome más frecuentemente relacionado al lóbulo frontal es el de Kojewnikow, el cual se divide en dos tipos, "uno en el que se asocia al llamado síndrome de Rasmussen y que se caracteriza por síndromes epilépticos de la infancia que recientemente se le ha asociado a trastornos autoinmunes [...] El otro síndrome representa una forma especial de epilepsia parcial rolándica, que puede presentarse tanto en niños como adultos y que se asocia a una etiología vascular o tumoral”²⁰⁴.

En cuanto a las epilepsias del lóbulo parietal y sus síndromes, estos se identifican cuando el paciente presenta síntomas como convulsiones simples o complejas con generalización secundaria, así como manifestaciones sensoriales que suelen ir de un simple hormigueo y adormecimiento hasta dolor en las extremidades y sensación de quemadura. Los enfermos también suelen presentar alucinaciones, pérdida del tono muscular, sensación de ausencia de alguna parte del cuerpo, desorientación, vértigo y alteración del lenguaje.

Las epilepsias y síndromes del lóbulo occipital presentan convulsiones simples con generalización secundaria y crisis parciales que pueden o no generalizarse. Los síndromes que se originan en este lóbulo suelen estar relacionados con fenómenos de la vista como

²⁰³ *Ibidem*, p. 19.

²⁰⁴ *Ibidem.*, p. 20.

escotomas²⁰⁵, fotopsias, hemianopsias²⁰⁶, amaurosis²⁰⁷, macropsias, micropsias²⁰⁸ y distorsión de objetos. Además de las alucinaciones visuales, también la motricidad de los ojos suele verse afectada por movimientos clónicos en los mismos, movimientos contraversivos en los globos oculares, mioclonías²⁰⁹ en los parpados y oclusión forzada de los mismos.²¹⁰

Finalmente, es necesario agregar que los síndromes y las epilepsias no se dividen únicamente en regiones, es decir, en los lóbulos que se ven afectados, también tienen una fuerte relación con otros aspectos como la edad, la elevación de la temperatura corporal, los cambios hormonales, la genética y otros síndromes. Si bien se han realizado muchos avances en torno a esta enfermedad en el campo del descubrimiento, hacen falta muchas explicaciones, tanto que hay un gran número de epilepsias catalogadas como “criptogénicas”, es decir, que tienen una etiología desconocida.

2.2.- Nosología de la epilepsia en el siglo XIX: Carlos Chaix, Elías Gómez, Librado Pola y Roque Macouzet

Ahora bien, remontándonos al siglo XIX, la nosología de la epilepsia no se mencionó en todas las tesis, de hecho, fueron únicamente cuatro los tesisistas que hablaron de ella, sin embargo a través de sus descripciones se cubren las últimas tres décadas del siglo XIX, lo necesario para formar una idea general de cómo se catalogaba la enfermedad y los cambios que hubo en esta actividad desde 1870 hasta la actualidad.

En el último tercio del siglo XIX diagnosticar la epilepsia resultaba algo verdaderamente difícil debido a la cantidad de teorías en torno a su conceptualización. El tesisista Carlos Chaix indicó que en su momento surgieron varios estudios en los que cada autor expuso su propia nosotaxia de la epilepsia, por ejemplo, mencionó que si se leía a François Sauvages se podrían encontrar catorce especies epilépticas basadas cada una en una etiología distinta, si se optaba por revisar a François Bosquillon se vería que la lista se

²⁰⁵ Un escotoma es un área ciega o parcialmente ciega en el campo visual.

²⁰⁶ La hemianopsia es la ceguera en la mitad del campo visual de uno o ambos ojos.

²⁰⁷ La amaurosis es la ceguera que ocurre sin lesión aparente en el ojo.

²⁰⁸ En las macropsias y micropsias los objetos son percibidos por el cerebro de mayor y menor tamaño respectivamente.

²⁰⁹ Una mioclonía es un espasmo muscular, en este caso en algún músculo del ojo.

²¹⁰ *Ibidem.*, p. 21.

reducía a nueve y que otras autoridades presentaron menos o establecieron una división particular.²¹¹

2.2.1.- Carlos Chaix: *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la Epilepsia.*

Asimismo, para el momento las opiniones de la epilepsia se dividieron entre los que la consideraban una enfermedad y entre los que la tomaban por un síntoma de otro mal²¹²: “mientras que la epilepsia es para unos una enfermedad esencialmente convulsiva caracterizada por los grandes ataques con sus tres periodos bien marcados; para otros el mal caduco, no es una enfermedad; es un síntoma debido a las causas, a las lesiones, a los padecimientos más diversos, y que no puede constituir por sí mismo una entidad patológica distinta”.²¹³ En cuanto a esta situación el autor de la tesis se quejó al advertir que si bien por el momento no se contaba con las herramientas médicas adecuadas para descifrar el misterio de la epilepsia, tampoco era válido que el padecimiento quedara sujeto al capricho individual de cada médico. Esta molestia indicaba la necesidad de una unidad científica en torno no sólo a la epilepsia sino al mismo gremio médico, el cual por el bien de los pacientes debía considerar las opiniones ajenas y estar dispuesto a sacrificar las propias en caso de ser necesario; en la epileptología esta unión resultaba urgente.

En cuanto al diagnóstico de la enfermedad, la mayoría de las veces, ésta se reconocía por intuición al atender al paciente, mas no por el reconocimiento de los síntomas basado en una descripción científica al respecto. Otro problema con el diagnóstico residía en que no se lograba encontrar en las explicaciones médicas un solo síntoma patognomónico de la epilepsia, es decir, que fuera característico de la misma, que la determinara:

La caída inicial del acceso o durante el ataque, tiene lugar en la síncope, la asfixia, la apoplejía; las convulsiones generales o parciales, muy violentas o poco sensibles, son

²¹¹ Chaix, *Estudio patogénico... op.cit.*, p. 17.

²¹² Muchos autores han confundido la epilepsia con los tumores cerebrales, sin embargo, para este momento de la medicina ya se distinguía entre las convulsiones como causa de un tumor, de las convulsiones epilépticas.²¹² A pesar de esta distinción, seguían usando la palabra “epilepsia” para denominar a las crisis causadas por tumores cerebrales; éstas eran conocidas como epilepsia sintomática, y la epilepsia en si era distinguida como epilepsia esencial o vulgar, aunque este último (vulgar) ya era usado entre el gremio médico antes de crearse la división de términos mencionada.

²¹³ *Idem.*

inconstantes y se encuentran además en otras neurosis; la espuma en la boca se encuentra algunas veces en la apoplejía, la histeria, la asfixia; la emisión involuntaria de la orina, la esperma y otros productos excrementiciales, no es un síntoma exclusivo de la epilepsia; la contracción del pulgar, su flección, no es constante²¹⁴.

Este problema en el diagnóstico reflejaba nuevamente la carencia de un concepto establecido en la medicina acerca de la epilepsia; las conceptualizaciones que se daban eran de lo más generales, y únicamente se apegaban a la manifestación de convulsiones, suspensión de la sensibilidad y a la pérdida del conocimiento, es decir, a la descripción de síntomas, mas no a definir qué es en si la enfermedad.

La carencia de una definición exacta de la epilepsia y la dificultad de su diagnóstico llevaron a la medicina a catalogar los momentos en los que daban los ataques convulsivos y las características de éstos como diversos tipos de epilepsias, en lugar de tomarlos como simples variaciones de una misma enfermedad. Por ejemplo, la llamada epilepsia saturnina se diferenciaba de la epilepsia por ser exageradamente aguda, es decir, las convulsiones iban una tras de otra y los pacientes llegan a sufrir hasta 30 accesos al día; en la mayoría de los casos se presentaba una encefalopatía²¹⁵ que causaba convulsiones más enérgicas de lo normal y por lo mismo las contracciones eran más violentas. Al terminar las convulsiones de la epilepsia saturnina, el paciente sufría de alucinaciones y por lo general entraba en un coma que duraba desde horas hasta días²¹⁶. La diferencia entre la epilepsia saturnina y la normal residía en que la primera era una enfermedad crónica y lenta, se presentaba por lo general toda la vida, pero los accesos aparecían en intervalos que podían variar entre días e incluso años; así mismo, las convulsiones solían ser más marcadas en un lado del cuerpo que del otro y el decaimiento posterior a la convulsión no pasaba de media hora, máximo una.²¹⁷

Sin embargo, Chaix aseguró que a pesar del conocimiento de las diferencias entre ambos tipos de epilepsia, al presentarse el acceso resultaba muy difícil distinguir el tipo de epilepsia a la que los médicos se enfrentaban, para ello era necesario saber las circunstancias que dieron origen a la convulsión, es decir la etiología de la epilepsia, así

²¹⁴ *Ibidem*, p. 18.

²¹⁵ La encefalopatía es un padecimiento en el encéfalo, existen tres tipos: la de Wernicke que se caracteriza por trastornos de la conciencia, la hipertensiva que está relacionada con la hipertensión arterial y la tóxica aguda que presenta un deterioro mental, convulsiones, parálisis, coma e irritación meníngea.

²¹⁶ En la actualidad la epilepsia saturnina se asemeja a lo que se conoce como un “status epiléptico”.

²¹⁷ *Ibidem*, p. 22.

como una observación más minuciosa de la crisis. De no tener un diagnóstico lo más certero posible, muchas veces los pacientes eran tratados con preparaciones de plomo propias para curar la epilepsia saturnina cuando realmente se trataba de una epilepsia normal.

Otro tipo de epilepsia reconocido en el momento era la epilepsia nocturna, ésta como su nombre lo indica sólo la sufría el paciente por las noches. La particularidad de sufrir accesos en la noche era que llegaban a pasar desapercibidos incluso por años y por lo tanto la enfermedad también. Las características principales de la epilepsia nocturna eran las manchas equimóticas (manchas de color negruzco o amarillento en la piel) que aparecían en el cuello, en la frente y en el pecho unas horas después de presentarse el ataque.²¹⁸ Sin embargo, seguramente este tipo de manchas aparecían también en los pacientes con epilepsia normal, ya que los golpes a causa de las contracciones musculares eran comunes.

Dentro de los tipos de epilepsia se encontraba la locura epiléptica y ésta se dividía en dos tipos de “delirios”: el pequeño mal y el gran mal. Estas formas de locura tenían varios elementos en común, comenzando por el pródromo o aura que se caracterizaba por “una gran confusión de ideas, impulsiones instintivas y actos violentos. La morosidad, la tristeza inmotivadas anuncian en estos enfermos la inminencia de esta forma particular de delirio”.²¹⁹

Ambos males eran catalogados como “furor epiléptico” y se consideraban representantes del tan mencionado carácter epiléptico; el primer caso se hacía notar al finalizar la confusión de ideas, cuando “estos enfermos se sienten horriblemente desgraciados, creense perseguidos por algún miembro de su familia, por un amigo [...]”²²⁰ a esto se sumaba el carácter epiléptico haciéndose evidente en los sentimientos de venganza que los médicos aseguraban observar en los pacientes y que además se creía eran intensificados por la enfermedad, además:

Los enfermos en su arrebato; se suicidan, roban, incendian, matan, agotan en fin su furor contra todo lo que se encuentra a su paso. [...] Aun hay más; al carácter de extrema violencia que distingue la manía epiléptica de los otros estados maniacos, se une, la naturaleza aterrizante de las ideas que los dominan y las alucinaciones

²¹⁸ *Ibidem*, p. 23.

²¹⁹ *Ibidem.*, p. 29.

²²⁰ *Ibidem.*, p.30.

frecuentes. Los enfermos tienen visiones continuas, ven fantasmas, hombres armados que se precipitan sobre ellos para darles la muerte; notan sin cesar objetos luminosos, círculos de fuego; y en muchas ocasiones, el color rojo y la presencia de la sangre predominan sobre todo lo demás.²²¹

Al finalizar el acceso maniaco los epilépticos presentaban situaciones mentales muy variadas, sin embargo todos perdían la memoria, ninguno recordaba los actos violentos que habían cometido. Las diferencias marcadas entre ambas manías era “la calma de los movimientos, la lucidez parcial de las ideas, la apariencia de razón en el pequeño mal, contrastan singularmente con la violencia extrema de los actos, la locuacidad extraordinaria del gran mal”.²²²

Ahora bien, tratando por separado las manías epilépticas, el pequeño mal se caracterizaba por presentar perturbaciones intelectuales de una intensidad menor al furor maniaco o gran mal, con una duración que variaba entre algunas horas a varios días. Los médicos describían los accesos propios de esta manía haciendo énfasis en un profundo desaliento y en la pérdida de claridad; también indicaban que los enfermos se “irritan contra todo lo que se encuentra a su derredor, tienen un conocimiento muy vago del estado en que se halla su espíritu, comprenden aunque de una manera muy incompleta la debilidad de su memoria [...] Pero lo que hay sobre todo de notable en el *pequeño mal*, lo que verdaderamente llama la atención por su frecuencia: es, el yugo de la voluntad a un sentimiento impulsivo interior que domina irrevocablemente en los actos violentos que comete un epiléptico”.²²³ A pesar de que Chaix menciona esto como exclusivo del pequeño mal, también se aprecia en las descripciones del gran mal.

Algo muy mencionado en los escritos que trataron el pequeño mal fue la tendencia de las personas que lo sufrían a dejar sus ocupaciones, “sus domicilios para andar vagando por las calles; por los campos. Esta necesidad de andar a la casualidad, sin objeto, sin dirección y de una manera automática es casi constante [...]”²²⁴

El gran mal era conocido comúnmente como “manía furiosa”. En algunos casos ésta comenzaba sin pródromo, pero cuando si se presentaba el paciente sufría de dolores de cabeza, vómito, brillantes en los ojos y movimientos convulsivos en los ojos unas horas

²²¹ *Ibidem.*, p. 31.

²²² *Ibidem.*, p. 32.

²²³ *Ibidem.*, p. 29.

²²⁴ *Idem.*

antes del acceso, que duraba algunos días. Al llegar el acceso el paciente se volvía sumamente violento y sus emociones eran muy desordenadas; la violencia que caracterizaba este delirio fue repetidamente tratado debido a que los epilépticos bajo el furor maniaco eran considerados los locos más peligrosos.

Chaix resumió en unas líneas lo que diferenciaba a la locura epiléptica de otras locuras: “Las dos formas (pequeño y gran mal) se forman por accesos relativamente cortos; las dos formas tienen una explosión rápida; las dos formas tienen por carácter común la violencia y la instantaneidad de los actos, así como la naturaleza penosa y aterrizante de las concepciones delirantes; en las dos se reconoce una cesación tan brusca del paroxismo como lo ha sido su invasión; en las dos hay por último, un olvido parcial o total de los diversos pormenores del acceso”.²²⁵

Para poder diferenciar la epilepsia de otras enfermedades se tomaban en cuenta varios aspectos, en especial aquellos síntomas que aparecían o actuaban conjuntamente con la epilepsia, estos síntomas concomitantes ayudaban a que la labor de diferenciación fuera más sencilla. Los síntomas concomitantes fueron para Chaix los elementos más importantes a tomar en cuenta al momento de diagnosticar, por lo que hizo énfasis en el deber de todo médico de aprenderlos; estos eran: la posibilidad de la existencia de la epilepsia por herencia, la causa de la primera crisis y la edad en la que se presentó (ésta resultaba importante ya que se creía que la epilepsia se presentaba principalmente en la infancia o en la edad adulta), la existencia anterior de vértigos epilépticos y /o ataques convulsivos, la mordedura de la lengua, la relajación de esfínteres, equimosis sobre la frente y el cuello y la presentación de la crisis sin un pródromo (aura) previo muy marcado. Además de los síntomas ya mencionados, el “carácter intermitente” de las crisis era considerado como el distintivo esencial al momento de diferenciar la epilepsia de otras enfermedades.²²⁶

La nosología de la epilepsia en la década de 1870, años en los que escribió Chaix, se enfocó sin mucho éxito al hallazgo de un diagnóstico lo más certero posible, tomando más en cuenta a la nosografía que a la nosotaxia, quizás ahí el error y el interés de las siguientes décadas por tipificar la epilepsia.

²²⁵ *Ibidem.*, p. 32.

²²⁶ *Ibidem.*, p. 24.

2.2.2.- Elías Gómez: *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*

Pasando a la década de 1880, el escrito de Elías Gómez es la única de las tesis que plasma la nosología de la epilepsia en dichos años. Se nota más uso de la nosotaxia, en especial al hablar del pequeño y gran mal, además de la introducción de un nuevo tipo de epilepsia.

En el campo de la nosotaxia, el autor introdujo al conocimiento mexicano una nueva modalidad del mal epiléptico: la epilepsia enmascarada. Las aceptadas por el común de los médicos, como ya se mencionó, eran el gran mal y el pequeño mal, que en esta década ya se dividían el primero en ataques completos e incompletos y el segundo en vértigo y ausencia. De acuerdo a las palabras del autor el gran mal y pequeño mal ahora se distinguían por ciertos elementos. El gran mal por ataques completos e incompletos, los primeros comenzaban:

Sintiendo o no el fenómeno del aura y casi siempre dando un grito, el epiléptico que sufre un ataque convulsivo completo se pone pálido, pierde de un modo absoluto el conocimiento y cae, una rigidez tetánica invade inmediatamente su cuerpo, debido a convulsiones tónicas generales, esta fase persiste por espacio de veinte a treinta segundos. A las convulsiones tónicas sucede una fase de convulsiones clónicas, durante la cual todas las partes del cuerpo se agitan en diferentes sentidos y desordenadamente. Esta segunda fase tiene una duración de uno a dos minutos. Pasado este tiempo, las alternativas de contracción y relajamiento cesan, y un estado de colapsus, que se prolonga de algunos minutos a media hora y aun más, con un coma profundo una respiración estertorosa, marca el fin del ataque convulsivo completo de epilepsia. [...] por último las evacuaciones involuntarias de orina, de materias fecales y aun de esperma, marcan el fin de este periodo.²²⁷

El ataque incompleto difiere del completo “por la pérdida a medias, no absoluta, del conocimiento, por la poca generalización de las convulsiones, que siempre son clónicas, duran menos y algunas veces son completamente parciales”.²²⁸ En cuanto al pequeño mal, este se manifestaba en forma de vértigo epiléptico, que “está esencialmente caracterizado por palidez de la cara y una suspensión repentina y pasajera del conocimiento, fenómenos unas veces aislados y otras, acompañados de ligeras convulsiones”.²²⁹ y en forma de

²²⁷ Gómez, *Fenómenos psíquicos...*, *op.cit.*, p. 12.

²²⁸ *Ibidem.*, p. 13.

²²⁹ *Idem.*

ausencia que “no es más que una suspensión momentánea de la ideación consciente coexistiendo con palidez de la cara”.²³⁰

El nuevo tipo de epilepsia introducido en esta tesis fue la epilepsia enmascarada, ésta era “aquella cuya fisonomía se oculta tras las máscara de un conjunto de síntomas completamente diferentes de las formas ordinarias de la enfermedad. Trastornos mentales constituyendo un delirio agudo y, según Trousseau, la neuralgia del trigémino²³¹, el tic convulsivo y la angina de pecho son a veces la única manifestación apreciable de la epilepsia”.²³² Este nuevo tipo de epilepsia resultaba confusa para los médicos, y es probable que por ello no fuera mencionada en las tesis anteriores, ya que el enfermo no presentaba síntomas suficientemente distintivos para poder tipificarla. Por lo general la única señal que se tenía de ella era el delirio, que como se ha visto en otros casos, era una característica común de otras epilepsias.

Asimismo, la epilepsia simulada era difícil de detectar porque en la mayoría de los casos “los accesos físicos epilépticos han permanecido o permanecen en la actualidad ignorados o bien porque se efectúan por la noche y se trata de una epilepsia nocturna, o bien porque, revistiendo sus inferiores grados de intensidad, como la ausencia y el ligero vértigo, apenas si el enfermo les da alguna importancia, creyéndolos relacionados con alguna otra afección, que aleja toda sospecha de epilepsia”.²³³ Por todas estas características es que este tipo de epilepsia recibió el adjetivo de “simulada”.

El avance registrado en la década de 1880 fue muy pobre, probablemente hubo más descubrimientos y aclaraciones en torno a la enfermedad que no fueron mencionados por los tesisistas, o bien que pertenecieron al ámbito del conocimiento que no llegaba al gremio médico mexicano, ya que muchos textos europeos no estaban disponibles para todos los médicos o alumnos, ya fuera por la falta de traducciones al español, o bien, por la carencia de ejemplares, lo que generaba un atraso en la producción de ideas a nivel del alumnado en comparación con Europa.

²³⁰ *Ibidem.*, p. 14.

²³¹ El trigémino es el nervio craneal sensitivo más importante de la cara y el mayor de todos, se divide en tres: nervio oftálmico, nervio maxilar y nervio mandibular.

²³² *Idem.*

²³³ *Ibidem.*, p. 41.

2.2.3.- Librado Pola: *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*

En la década de 1890, fueron dos los tesisistas que escribieron acerca de la nosología de la enfermedad: Librado Pola y Roque Macouzet. Ambos investigaron a principios de la década (1891 y 1893, respectivamente) por lo que el conocimiento adquirido fue muy cercano al expuesto por Elías Gómez en 1888. Sin embargo se observaron grandes avances en estos pocos años, aunque claro, también hubo semejanzas. Los autores coincidieron en la insistencia de la descripción del gran mal y pequeño mal, con sus variaciones, pero en realidad no hubo un avance significativo en estos dos tipos de epilepsia; seguían considerándose un delirio en un tiempo donde se luchaba por sacar a la epilepsia del campo de la locura. Por otra parte, se mencionaron tipos de epilepsia que anteriormente estaban inmersos dentro de otras epilepsias como la “epilepsia de los viajes” o de Ball, y se introdujeron nuevas tipologías como la epilepsia larvada de Morel y la epilepsia Jacksoniana. Esta última marcó un parte aguas en los posteriores estudios de la enfermedad.

Para esta década la mayoría de los autores aceptaban tres formas clínicas de la epilepsia, es decir, tres formas en las que la enfermedad se manifestaba: la idiopática, la sintomática y la simpática o refleja. La primera se caracterizaba por:

El concurso de una causa predisponente y de una causa ocasional. La causa predisponente consiste en una impresionabilidad o exaltación de la esfera sensitiva, o en la hiperkinesia de la esfera motriz de los centros nerviosos, obtenida casi siempre por herencia directa o no [...] La causa ocasional está constituida principalmente por la triada de Gowers, miedo, emoción, ansiedad, pero desempeñan gran papel otros muchos accidentes, como los traumatismos craneanos, el onanismo, los excesos venéreos, partos laboriosos, sobre todo los que necesitan el empleo de instrumentos, embarazo estorbado por tal o cual episodio, etc.²³⁴

Esta forma de la epilepsia se presentaba entre los 10 y 18 años de edad. Los médicos se encontraban en dificultades cuando trataban de resolver preguntas como ¿Por qué la epilepsia idiopática escapaba a las leyes fundamentales de la patología? ¿Por qué no tenía evolución, ni involución? ¿Por qué permanecía invariable en su manifestación esencial: el ataque? y ¿Por qué la muerte no era su consecuencia obligada?

La segunda forma clínica era la sintomática y “depende de una lesión material en los centros de inervación, como los traumatismos del cráneo, fracturas con o sin hundimiento

²³⁴ Pola, *Ligeras consideraciones...*, *op.cit.*, p. 14.

de la lámina vitrea, diversas alteraciones vasculares y nutritivas, los tumores intracraneos, lesiones y deformaciones del cráneo y del raquis, etc”.²³⁵ Se creía que esta segunda forma surgía de la primera, asimismo, durante los últimos años del siglo XIX se observó un aumento de casos de epilepsia sintomática; en la mayoría de los casos las lesiones se encontraban en la zona cerebro-espinal, por lo que se comenzaron a realizar cirugías para sanar la lesión, en su mayoría fueron exitosas y ofrecieron al epiléptico “más seguridad en la curación, y por consecuencia ofrece un pronóstico menos severo que la forma idiopática”.²³⁶ Este tipo de epilepsia probablemente no era tal, sino un caso más en el que las convulsiones se presentaban como síntoma de otra enfermedad y por ello se le confundía con el mal epiléptico.

La tercera forma era la simpática o refleja, ésta era determinada por la irritabilidad central y una lesión periférica. Su nombre se debió a que en la zona del nervio simpático la epilepsia se producía por reflejo de daños causados por “parásitos intestinales, *ascaridad lombricoides*, tenias, por afecciones viscerales, principalmente de los órganos de la generación de la mujer, por larvas de los senos frontales, dentición, caries dentaria, etc.”²³⁷ La epilepsia simpática también era curable y ofrecía un buen pronóstico.

Si bien varios síndromes epilépticos se incluyeron dentro del rubro de las variedades clínicas, las más comunes y aceptadas por las autoridades médicas eran: el ataque clásico, el vértigo, la ausencia, la epilepsia de Ball o de los viajes, la forma larvada de Morel, las perturbaciones psico-sensoriales y motrices pasajeras y la epilepsia parcial o Jacksoniana. A pesar de que estos tipos de epilepsia ya habían sido mencionados en otras tesis, este autor dio una descripción más dedicada y minuciosa.

En el ataque clásico o gran mal,

Más o menos inmediatamente después del aura sobreviene el ataque, constituido por la pérdida completa del conocimiento, un grito a veces articulado que puede faltar, caída inmediata e intempestiva, palidez de la cara, convulsiones tónicas en todo el sistema muscular, fenómenos asfíxicos, convulsiones clónicas que hacen lugar al tetanismo, y que duran más tiempo, en este periodo las facciones del enfermo ofrecen un aspecto repugnante e impotente por las gesticulaciones que se producen con rapidez, por la rotación de los globos oculares, por la proyección de la lengua entre los arcos dentarios, que explica las mordeduras de este órgano a consecuencia del ataque, en

²³⁵ *Ibidem.*, p. 15.

²³⁶ *Ibidem.*, p. 16.

²³⁷ *Idem.*

este momento también tiene lugar la evacuación de materias alvinas, eyaculación de esperma, después viene el coma con respiración estertorosa y por último, la resolución completa seguida de un sueño reparador. Después de un sueño más o menos prolongado, vuelven en sí los enfermos, conservando una cefalalgia muy semejante a la pesadez de cabeza que sigue los excesos de mesa o de bebida. En otros al estupor suceden accidentes nerviosos de otro género, son víctimas de alucinaciones, de delirio, etc. Algunos conservan durante uno, dos o más días perturbaciones cerebrales como pérdida u obtusión de la memoria, incoherencia de las ideas, perversión de las facultades intelectuales. A otros, en fin, les quedan accidentes paralíticos más o menos extensos, pasajeros o permanentes. Pero en la generalidad de las veces, después de esta tempestad, la salud vuelve en pocas horas a su estado anterior, sin dejar ningún recuerdo al enfermo.²³⁸

En esta tesis se mencionó por primera vez el término aura como algo que va de la mano con el ataque clásico, en las tesis anteriores se hablaba de un pródromo, preludio o de que los enfermos de epilepsia sabían que iban a sufrir un ataque, pero no se mencionó el nombre de este preludio ni se le prestó mayor interés. Aquí el autor la trató de la siguiente forma:

El ataque es anunciado en la inmensa mayoría de los casos, por un conjunto de fenómenos que se designan comúnmente con el nombre de *auras*. Algunas veces consiste en una sensación insólita de frío, de calor, de cosquilleo, de náusea, de dolor, (aura sensitiva); otra, en algún movimiento espasmódico, parpadeo, extrabismo, contorsión de las facciones, sacudidas en los miembros, palpitaciones, (aura motriz); otra, en una mezcla de movimientos y de sensaciones, (aura mixta); otra, en fin, en una perturbación más o menos acusada de las facultades superiores, desde el mal humor hasta el delirio furioso, (aura intelectual).²³⁹

El pequeño mal no se mencionó como tal, pero sí se describieron las manifestaciones que en años anteriores lo caracterizaron, es decir, el vértigo y la ausencia. El vértigo se identificaba por la pérdida a medias del conocimiento, palidez en la cara, pocos movimientos convulsivos y la caída no era tan brusca como lo era en el gran mal. Se creía que era resultado de alguna afección en el cerebelo, “en efecto, está bien dilucidado que este centro tiene bajo su influencia el equilibrio, y como el vértigo epiléptico, como cualquiera otro, depende de una perturbación de esta facultad, se deduce que las lesiones del cerebelo son la causa generatriz de esta variedad del mal de Hércules”.²⁴⁰

²³⁸ *Ibidem.*, p. 17.

²³⁹ *Idem.*

²⁴⁰ *Ibidem.*, p. 65.

En la ausencia el enfermo presentaba una palidez inmediata y sus facultades mentales se suspendían por un momento. “El enfermo se aísla un momento del mundo exterior, por ejemplo, suspende una conversación, cortando una palabra, al cabo de algunos segundos vuelve a comenzarla en la sílaba misma de la frase que había dejado incompleta”.²⁴¹ Se afirmaba que la ausencia tenía su origen en una ligera lesión del bulbo, que no era lo suficientemente fuerte para causar convulsiones, pero sí para excitar el centro vaso-motor de la médula alargada y, por lo tanto, para provocar una pasajera pérdida del conocimiento.

La epilepsia de Ball, o epilepsia de los viajes, era una forma ambulatoria que afectaba la conciencia y se caracterizaba por la necesidad irresistible que experimentaba el enfermo de viajar mientras realizaba asuntos de su vida cotidiana; inmediatamente a este sentimiento comenzaba a preparar su viaje y sin ruta o plan alguno salía a llevar a cabo su cometido. Después de unos días regresaba en sí sorprendido de estar lejos del último lugar donde estuvo. La diferencia entre una persona normal que viaja y un epiléptico de Ball radicaba en que este último perdía la memoria durante el viaje y carecía de una intención clara.

La epilepsia larvada de Morel era considerada como el equivalente psíquico del gran mal, ya que estaba caracterizada por “un desorden mental complicado, un delirio furioso con impulsión ciega al suicidio, al homicidio, al incendio u otros actos automáticos indicando siempre una perversión cerebral; una profunda postración intelectual sucede a estos graves accidentes y vuelto en sí el enfermo no recuerda nada.[...] se ven desarrollarse a menudo, al fin y al cabo, los fenómenos convulsivos que terminan por caracterizar más la naturaleza de estos accidentes”.²⁴² Además el carácter del epiléptico era muy similar al del epiléptico que sufría del gran mal, se observaba que eran taciturnos, sombríos, retraídos e irascibles; según Morel el rasgo característico de estos enfermos era la irritabilidad y la cólera.²⁴³

De acuerdo a su tesis, llegó a presentarse una combinación entre la epilepsia de Morel y el gran mal. Esto provocaba que se presentaran todas las variedades clínicas de la

²⁴¹ *Ibidem.*, p. 22.

²⁴² *Ibidem.*, p. 18.

²⁴³ Estos rasgos resultaban de sumo interés para los penalistas, ya que eran el camino a seguir para distinguir un acusado epiléptico de un criminal que fingía serlo, así como para determinar el grado de responsabilidad en el acusado.

epilepsia juntas, por ejemplo, “en un enfermo el delirio abre la escena y como para demostrar su significación, se ve después estallar los accesos convulsivos, en tal otro, el delirio se agrega a los vértigos o sucede a las ausencias y esto último se debe tener muy presente porque la ausencia pasa muy frecuentemente desapercibida.”²⁴⁴ Esta alternancia entre ambas variedades clínicas de la epilepsia se conocía como epilepsia metastática de Falret, o como doble forma de la epilepsia. Como consecuencia de la epilepsia larvada de Morel, muchos enfermos se volvían dementes después de sufrir el debilitamiento de la memoria y la caída de su estado anímico. Este tipo de epilepsia aun estaba estudiándose, y de acuerdo a los estudios que el tesista tenía, se generaba por una excitación de la corteza gris, zona que controlaba las facultades intelectuales, sin embargo, muchos autores creían que dichas facultades no se encontraban en esa zona, sino en la corteza occipital.

Las perturbaciones psico-sensoriales y motrices pasajeras “se presentan bajo apariencias clínicas variadas, son fenómenos de excitación maniaca o impulsiva, alucinaciones sensoriales casi siempre del oído y de la vista, hormigueos que partiendo de un punto, se extienden a una gran parte del cuerpo y que se disipan rápidamente, etc. Estas diversas manifestaciones se alternan con los ataques francos del mal comicial”.²⁴⁵ De esta manera las alteraciones eran las llamadas “auras” y por lo desconocido que era este aspecto de la epilepsia en el momento no se sabía que las producía, e incluso se aceptaba que probablemente tenían su origen en zonas del cerebro aún desconocidas.

La epilepsia descrita por Huguens Jackson, llamada parcial o Jacksoniana, dio inicio al estudio de la epileptología moderna. Este autor marcó el estudio de la epilepsia en el siglo XIX, sin embargo, en México se comenzó a estudiar hasta finales de siglo. La epilepsia jacksoniana se caracterizaba por presentar “convulsiones parciales, acompañadas o no por pérdida del conocimiento; las contracciones anormales principian en un grupo muscular determinado y después invaden otros músculos hasta generalizarse a veces, pero esto es raro; esta variedad ofrece en la inmensa mayoría de los casos, síntomas motrices permanentes y en sus fases últimas, sobrevienen contracturas en los miembros paralizados”.²⁴⁶ Jackson observó que la transmisión de un movimiento convulsivo en una zona muscular a otra seguía cierto orden, por lo que formuló unas leyes aceptadas por

²⁴⁴ *Ibidem.*, p. 20.

²⁴⁵ *Idem.*

²⁴⁶ *Idem.*

Charcot conocidas como la “marcha jacksoniana”: 1) cuando las convulsiones principian por el miembro superior, invaden en seguida la cara, después el miembro inferior; 2) si la cara es afectada primero, sigue el miembro superior y en último lugar el miembro inferior; 3) si el miembro inferior es afectado primero, las convulsiones ganan el miembro superior y después la cara.²⁴⁷ Jackson también estableció que la epilepsia parcial tenía su origen en lesiones corticales.

El tesista Librado Pola, después de describir los tipos de epilepsia reconocidos por las autoridades en neurología, prosiguió a encontrar y describir el mecanismo que producía la epilepsia. Los médicos comenzaron a darse cuenta de que las lesiones provocadas en ciertas partes del cerebro alteraban la función a la cual estaba destinada esa sección del sistema nervioso; de allí se concluyó que si dicha lesión era irritada la función se vería exagerada, y si se destruía simplemente ya no habría manifestación fisiológica. De esta lógica derivó la noción de que las convulsiones y la conducta del epiléptico eran el medio para localizar la zona del cerebro donde se encontrara la lesión. Por ejemplo, “un enfermo con pérdida del movimiento voluntario de la mitad derecha del cuerpo, con afasia, estos síntomas nos permiten situar la lesión que determina estas perturbaciones, en el cuerpo estriado, porque solamente destruyendo este centro se puede engendrar estos accidentes paralíticos generalizados a la mitad del cuerpo”.²⁴⁸

De la misma forma en que una modificación motriz podía indicar la zona dañada, la convulsión también podía hacerlo si se observaba el tipo o tipos de convulsiones que presentaba: “un enfermo, tiene convulsiones al principio tónicas, después clónicas, del miembro inferior derecho, subiendo al brazo y a la mitad correspondiente de la cara con o sin pérdida del conocimiento; estos fenómenos dan lugar a la misma localización, una lesión irritante en el cuerpo estriado o en una parte limitada de las circunvoluciones rolándicas [...]”²⁴⁹ Así como de una convulsión comenzó a ser posible la identificación de una posible zona dañada, también se concluyó que la excitación de ciertas zonas generaba manifestaciones epilépticas, hasta el momento las relaciones fisiológicas-epilépticas encontradas eran: a) la irritación de la corteza cerebral generaba la ausencia y la forma

²⁴⁷ *Ibidem.*, p. 21.

²⁴⁸ *Ibidem.*, p. 27.

²⁴⁹ *Ibidem.*, p. 28.

larvada de Morel, b) la irritación en el sistema nervioso motor causaba convulsiones y c) la irritación en el cerebelo causaba el vértigo.

La lesión irritativa fue llamada por Jackson “lesión de descarga”, refiriéndose a la misma como el origen de la manifestación epiléptica. Hasta el momento eran cuatro las causas de la irritación en una lesión cerebral y podían ser transitorias o permanentes: perturbaciones de la circulación cerebral, modificaciones de la sangre, alteraciones de la sustancia nerviosa o de los tejidos con los que está relacionada y finalmente, por excitaciones reflejas de un sistema nervioso predispuesto por herencia o por otra influencia.²⁵⁰

La perturbación de la circulación cerebral se presentaba como falta de sangre en el cerebro: “la anemia cerebral puede dar lugar a muchos síntomas nerviosos, como son los vértigos, el síncope y las convulsiones. Casi lo mismo pasa con la congestión cerebral que da nacimiento a fenómenos sensoriales o psíquicos, o a enfermedades crónicas graves, parálisis general, etc. En cuanto a las modificaciones de la sangre, en estas:

Las modificaciones de la masa sanguínea nos explica con claridad los fenómenos morbosos que caracterizan la forma epiléptica de la uremia, particularmente en los casos, y son los más comunes, en que hay insuficiencia de excreción urinaria, y dan cuenta de los accidentes convulsivos del envenenamiento urémico. [...] por modificaciones de la sangre se producen también los accidentes convulsivos que se observan en las fiebres y en algunas intoxicaciones.[...] los organismos nutridos por una sangre anormal ofrecen muy poca resistencia a los agentes morbosos y sus lesiones evolucionan también de una manera anómala y se complican con mucha frecuencia.²⁵¹

Cuando la sangre se encontraba alterada en un epiléptico, se creía que daños mínimos como una cortadita o un pequeño golpe producían un sangrado excesivo, serosidad, úlceras y supuración. El tesista realizó personalmente observaciones de este tipo, por lo que aseguró que la sangre del epiléptico tenía ciertas modificaciones.

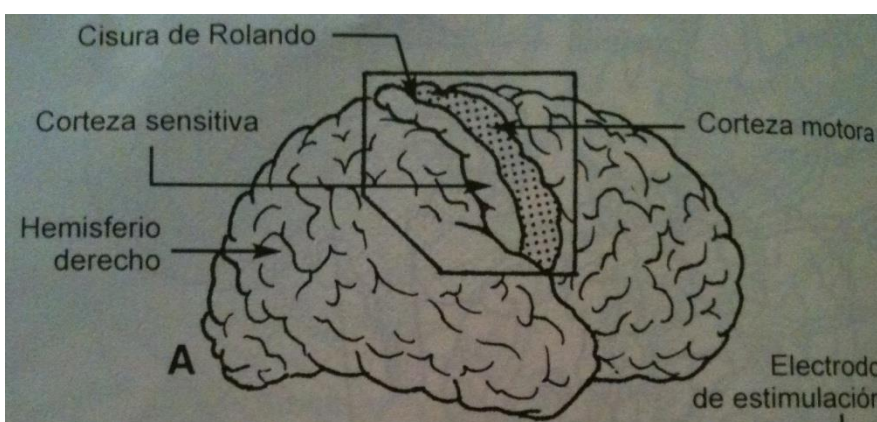
Las alteraciones de la sustancia nerviosa o de los tejidos con los que estaba relacionado el sistema nervioso se dividían en alteraciones inflamatorias y alteraciones degenerativas. Las primeras generalmente las sufrían enfermos que anteriormente habían padecido encefalitis o meningo-encefalitis ocasionadas por traumatismos craneanos; y las

²⁵⁰ *Ibidem.*, p. 30.

²⁵¹ *Ibidem.*, p. 34.

segundas pudieron ser causadas por tumores, neoplasmas²⁵², sarcomas²⁵³, endoteliomas, etc. Se creía que estas alteraciones degenerativas provocaban la irritación en la lesión de descarga.

La irritación causada por excitaciones reflejas de un sistema nervioso predispuesto por herencia o por otra influencia fue explicada por el autor: “concibamos por un momento, una irritación periférica y una sobreexcitación morbosa central, por ejemplo, la presencia de parásitos en el intestino y una hiperestesia bulbar, pues bien, la irritación intestinal obra por vía refleja sobre el bulbo y determina los fenómenos que caracterizan el ataque clásico”.²⁵⁴



Un descubrimiento que revolucionó el estudio de la epilepsia fue la estimulación de las zonas cerebrales por medio de la excitación eléctrica,

este hallazgo lo realizaron los neurólogos alemanes Eduard Hitzig y Gustav Fritsch experimentando con cerebros de perros y comprobando que la “aplicación directa de la corriente galvánica en ciertas regiones de la superficie de los hemisferios, provocaba movimientos; establecieron también este otro hecho más interesante, que estas contracciones musculares eran asociadas constantemente a la excitación de ciertas regiones circunscritas. Estos fisiólogos han establecido, pues, por medio de corrientes eléctricas, la excitabilidad del cerebro, y además han contribuido al estudio de las localizaciones cerebrales”.²⁵⁵ No sólo se acercaron a una de las causas de las convulsiones y de la epilepsia (la electricidad), sino que lograron establecer un método de localización por medio de la electricidad que hasta la fecha se sigue utilizando en el EEG (electroencefalograma).

²⁵² Los neoplasmas son tejidos recién formados, generalmente con carácter de tumor.

²⁵³ El sarcoma es un tipo de tumor maligno.

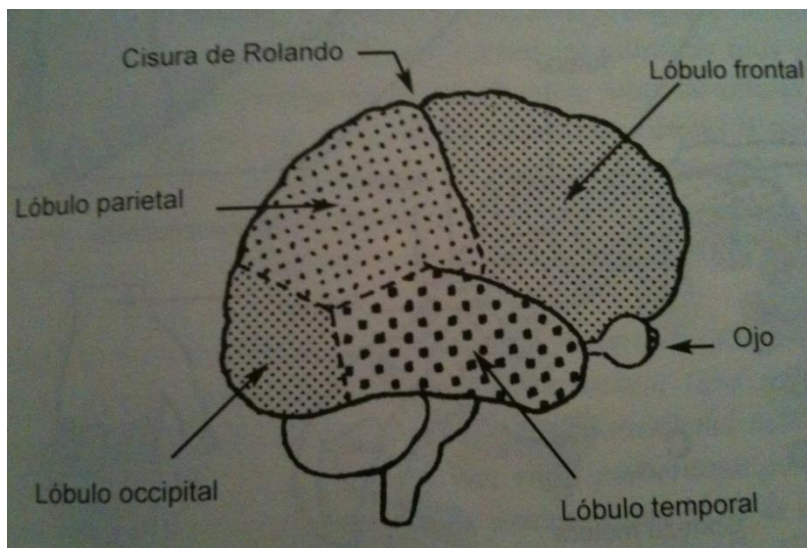
²⁵⁴ *Ibidem.*, p. 40.

²⁵⁵ *Ibidem.*, p. 55.

Gracias a la teoría de la irritabilidad cerebral por medio de la excitación surgió la idea de que la excitación de los centros motores provocaban las convulsiones, en especial las aplicadas sobre las circunvoluciones que limitan el surco o cisura de Rolando.

Cuando un agente excitante obra sobre esta zona motriz, se obtienen convulsiones, tónicas al principio, clónicas después, en determinados grupos musculares, según sea el punto irritado de esta región, pero en casi todos los casos se generalizan a toda a mitad del cuerpo, y aun en todo el sistema muscular de ambos lados, esto depende de la irradiación de la influencia excitante a todas las circunvoluciones rolándicas de los dos hemisferios, y aun a las otras regiones de la corteza.²⁵⁶

El autor concluyó que la patogenia de la epilepsia era la irritación de lesiones, en sus palabras, que “las distintas variedades clínicas de la epilepsia son engendradas por lesiones irritativas, las cuales ejercen su acción irritante sobre regiones centrales cuyas funciones están en la mayoría de los casos, en concordancia fisiológica con los síntomas esenciales de la variedad epiléptica que dan nacimiento”.²⁵⁷ Asimismo, yendo en contra de lo establecido por varias autoridades médicas, el autor también llegó a la conclusión de que no existía un



centro epileptógeno, ya que las “distintas variedades clínicas de la epilepsia no son determinadas por la irritación de un centro nervioso único e inmutable, sino que dependen de la irritación de una de tantas zonas nerviosas cuyas

funciones son idénticas a los fenómenos esenciales de la variedad a que da lugar y que la lesión irritativa puede obrar sobre ella directa o indirectamente [...].”²⁵⁸

²⁵⁶ *Ibidem.*, p. 56.

²⁵⁷ *Ibidem.*, p. 69.

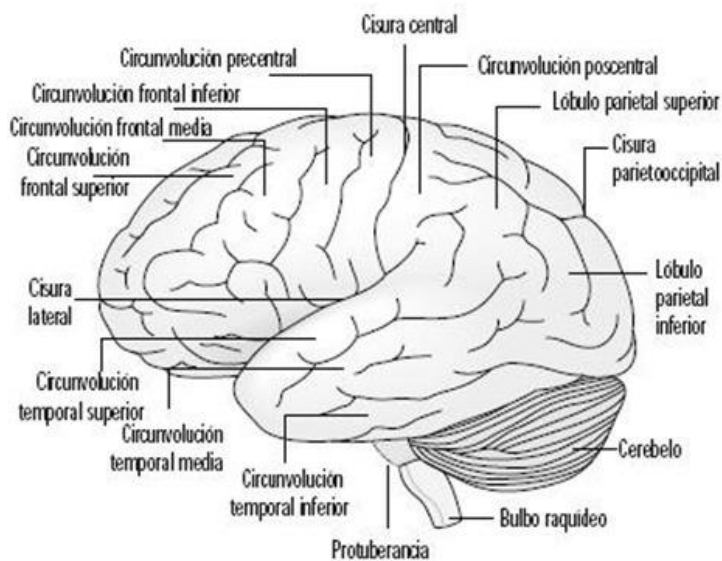
²⁵⁸ *Ibidem.*, p. 70.

2.2.4.- Roque Macouzet: *Algunas consideraciones sobre la epilepsia jacksoniana.*

La tesis que escribió Roque Macouzet en 1893 se concentró en la epilepsia jacksoniana, lo que ejemplifica el auge de las teorías de Hughlings Jackson a finales del siglo XIX en México. Lo observado y escrito por Macouzet ayudó a complementar las nociones ya plasmadas por Librado Pola; el tesista comenzó por describir las causas más comunes de la epilepsia jacksoniana: los tumores cerebrales, la sífilis, los reblandecimientos inflamatorios, la meningitis, los traumatismos craneanos, los abscesos²⁵⁹, las hemorragias corticales, los tubérculos, los quistes, la atrofia cerebral y los padecimientos pleurales (del tórax) o auriculares (del corazón).

Macouzet consideró necesario para la comprensión de la patogenia de esta epilepsia el conocimiento de los estudios acerca de las localizaciones cerebrales. Los estudios del siglo XIX encontraban el centro del lenguaje articulado en la tercera circunvolución frontal izquierda. Con los

experimentos de Hitzig y Frisch se demostró que además de que la corteza cerebral sí era excitable, si se estimulaba el hemisferio izquierdo respondían los músculos del lado derecho y viceversa. Estos médicos si bien realizaron muchos descubrimientos, siempre eran sobre el cerebro



del perro esperando que IMÁGEN 8.

hubiera semejanza con el

humano, sin embargo, pronto se demostró que en el mono las reacciones eran distintas y por lo tanto seguramente también lo serían en el humano. En el perro si se destruía una parte de la corteza cerebral, se presentaba una parálisis temporal y poco a poco se restablecían los movimientos, a veces volviendo por completo; esto se debía a que en el

²⁵⁹ Un absceso es una lesión que contiene pus drenando o a punto de drenar; tumor purulento.

perro hay menos centros motores que en otros animales como el mono; cuando se le aplicó el mismo experimentó al mono sufrió graves consecuencias.

Ahora, en el hombre los centros psicomotores son muy numerosos, hecho que no se había descubierto ni tomado en cuenta hasta el experimento “criminal” del doctor Robert Bartholow. Anteriormente las observaciones sobre el cerebro humano se habían limitado a la clínica. En 1874 Bartholow experimentó en una mujer desahuciada con úlcera craneal:

So pretexto de que la enferma estaba próxima a morir, no vaciló en hundirle agujas haciendo el papel de electrodos, hasta una pulgada y media de profundidad; desde luego notó la insensibilidad de la dura madre y de la sustancia cerebral, pero cuando era suficiente la distancia a que llegaban la enferma acusaba sensaciones más o menos dolorosas en los miembros del lado opuesto; haciendo pasar una corriente eléctrica muy ligera, provocaba convulsiones perfectamente localizadas a distintas partes, según el punto en donde las aplicaba; aumentando la intensidad de la corriente farádica observaba movimientos coreiformes al principio y después un verdadero ataque de convulsiones en todo el lado opuesto al del hemisferio excitado.²⁶⁰

La histología aprobó las teorías que surgieron tras los experimentos de los autores mencionados. Durante la última década del siglo XIX comenzaron a aplicarse en México métodos basados en teorías más científicas, en el sentido de que la terapéutica ya no se limitaba a la observación clínica del paciente, sino que tomaron muy en cuenta las teorías de Frisch, Fitzig y Bartholow.

Pasando a los síntomas de la epilepsia jacksoniana, estos se dividían en dos: los de los intervalos y los del acceso. Los síntomas en los intervalos de los accesos eran muy variados, por lo que se clasificaron en psíquicos, sensitivos, motores y tróficos. En los primeros se presentaba una apatía intelectual, una memoria casi nula, atención y comprensión excesivamente debilitadas, carácter irascible y alucinaciones de la vista, del olfato y del oído, la afasia²⁶¹, la agrafia²⁶² y el vértigo. En algunos enfermos la aparición de monstruos o fieras, algún ruido confuso, un zumbido, alguna voz hablándole en lenguas extrañas o un silbido les anunciaba la aproximación de un ataque.

En cuanto a los síntomas sensitivos, estos eran la cefalalgia muy aguda (que incluso llegaba a durar semanas), molestias en los ojos, alteraciones del oído y sensibilidad al calor. Los síntomas motores consistían en la parálisis de los miembros, la pérdida del

²⁶⁰ Macouzet, *Algunas consideraciones... op. cit.*, p. 11.

²⁶¹ La afasia es la ausencia del lenguaje a causa de un trastorno en el uso de los símbolos del lenguaje.

²⁶² La agrafia es la imposibilidad de expresar los pensamientos por escrito debido a una lesión cerebral.

equilibrio, la atetosis²⁶³ y contracturas en los músculos de los miembros. Finalmente, los síntomas tróficos se caracterizaban por “perturbaciones vasomotrices, algunas veces sienten los enfermos un frío glacial en los miembros [...] a la simple vista se notan muy pálidos; otras por el contrario están excesivamente rojos y el enfermo experimenta una sensación de calor ardiente”.²⁶⁴ Algunas veces la nutrición del paciente se alteraba debido a lo común que era el vómito en este tipo de síntomas; este vómito era de tipo cerebral, sus características no eran las mismas que el provocado por otras alteraciones en el organismo: se presentaba sin náuseas, sin hipersecreción salival, ni perturbaciones gástricas y el enfermo no realizaba ningún esfuerzo.

El acceso se conformaba por el aura y el ataque. El aura podía ser sensitiva, motriz y vaso-motriz. Las primeras se caracterizaban por sensaciones de frío o de calor intensas con palidez de la piel o acentuación del color en la misma acompañadas por abundante sudoración. Las motrices presentaban un temblor localizado en uno o dos dedos, que se doblaban o extendían sin orden, los ojos se iban para arriba y presentaban nistagmo²⁶⁵; en este tipo de aura el enfermo era capaz de indicar con exactitud cuándo sufriría el ataque.

Durante el acceso el enfermo presentaba una contractura inicial “seguida muy pronto de convulsiones clónicas más o menos violentas, que quedan localizadas algunas veces al miembro en que principian, pero siendo mucho más común que se propaguen, siguiendo un ciclo perfecto. A este propósito recordemos las leyes de Jackson [...] La duración media del acceso es de tres minutos”.²⁶⁶

En el campo de la anatomía patológica se descubrió que además de la lesión cerebral que caracterizó a la epilepsia Jacksoniana, podían existir alteraciones causadas por dicha lesión, en especial en la nutrición del centro céfalo raquídeo. Los neurólogos François Franck y Schroder van der Kolk fueron quienes descubrieron que la esclerosis era la lesión más común alrededor de un tumor, y que además era la causante de la epilepsia.

Al momento de tratar el diagnóstico de la epilepsia jacksoniana muchas autoridades entraron en discusión ante la cuestión de considerarla una enfermedad ajena a la epilepsia, u otro tipo de epilepsia. “Silvestrini de Sassari que es uno de los modernos que más se han

²⁶³ La atetosis son movimientos lentos, desordenados e involuntarios.

²⁶⁴ *Ibidem.*, p. 24.

²⁶⁵ Nistagmo es el movimiento rápido e involuntario del globo ocular.

²⁶⁶ *Ibidem.*, p.26.

dedicado y distinguido en el estudio de la Epilepsia Jacksoniana, admite que son una misma entidad morbosas y la divide en general y parcial [...]”²⁶⁷

La epilepsia jacksoniana también se llegó a confundir en varias ocasiones con la histeria, es por ello que el autor estableció que las diferencias entre ambas enfermedades radicaba en “los antecedentes, por el carácter del enfermo, el sexo, pues aunque hay Histeria en el hombre es bastante rara; el ataque nunca tiene el ciclo de la jacksoniana [...]”²⁶⁸ El autor describió 8 casos de epilepsia jacksoniana, a continuación citaré uno de ellos:

P.S. de veintiocho años de edad, soltera, natural de México. Su padre, de costumbres alcohólicas, su madre de temperamento esencialmente nervioso. A los tres años de edad se le paralizó el lado izquierdo del cuerpo, aunque no recuerda si fue brusco o lento el modo de aparición de esta parálisis. Tampoco puede precisar su duración, pues esto lo sabe únicamente por relación de su misma familia, aunque si asegura que se le desapareció enteramente. A los diez años poco más o menos comenzó a padecer vértigos no pudiendo fijar sus caracteres; esto le duró hasta la edad de diez y nueve años que le dio su primer ataque convulsivo. Asegura que poco tiempo antes de este primer acceso, comenzaron sus dedos a doblarse, aplicándose fuertemente sobre la palma de la mano; que su constante preocupación era extenderlos, y que la vez que se obstinó en mantenerlos extendidos durante un largo rato, le empezó un temblor débil al principio, que aumentó repentinamente de intensidad propagándosele a todo el miembro superior izquierdo y que al llegar a la cabeza perdió el conocimiento, sabiendo por lo que su familia le refirió después, que había tenido convulsiones generalizadas. No obtuvimos por el interrogatorio datos de importancia con respecto a los antecedentes morbosos. Tiene de seis a ocho accesos diurnos por término medio cada mes. Las emociones morales y la menstruación ejercen una influencia marcada sobre la producción del ataque. El aura es vaso-motriz; momentos antes del principio del acceso experimenta una sensación de calor en el dedo medio de la mano izquierda, coincidiendo con alucinaciones de la vista (aparición de grandes monstruos negros), aunque este fenómeno no es constante. Inmediatamente después empieza el temblor y sigue la marcha que indicamos antes. Casi siempre pierde el conocimiento, así como el tonus de los esfínteres; sin embargo tiene el tiempo necesario para elegir el lugar en que pasa el acceso; acomodándose lo mejor que puede. Estas convulsiones que se generalizan son mucho más intensas del lado izquierdo; le duran poco más o menos dos minutos siendo tónicas primero y después clónicas. Durante el ataque la respiración se acelera, lo mismo que el pulso, quedando después de él, un embotamiento de la inteligencia. Dos veces ha tenido el estado de mal epiléptico.²⁶⁹

Las observaciones del tesista sirven como ejemplo de los datos clínicos que necesitaba el médico del XIX para diagnosticar, así como la forma en que debían ser presentados los

²⁶⁷ *Ibidem.*, p. 34.

²⁶⁸ *Ibidem.*, p. 36.

²⁶⁹ *Ibidem.*, p. 43.

mismos. El autor indicó varios aspectos que en otras tesis se han mencionado como indispensables para tratar la enfermedad, en el caso descrito en el párrafo anterior se observa la mención de los antecedentes familiares como el estado nervioso de la madre y el alcoholismo del padre, así como el género de la paciente. También se indicó la edad en la que se presentaron las primeras manifestaciones de la epilepsia, así como la edad de la primera crisis convulsiva y el tipo de la misma: generalizada. Se indicó la presencia del aura y el tipo de la misma: vaso - motriz, se analizó a grandes rasgos la evolución de la enfermedad indicando que ésta comenzó con vértigos y rigidez en los músculos y años después presentó accesos convulsivos y hasta status epilépticos, finalmente también se mencionó la relación entre la epilepsia y la acción de otras funciones del organismo sobre ésta, como la menstruación y el estado anímico.

Como se puede apreciar a partir de lo anterior, la nosología de la epilepsia en el siglo XIX se caracterizó por mostrar el inicio de una nueva etapa en el estudio de la enfermedad, misma que al lado de los avances científicos y tecnológicos del siglo XX, como el electroencefalograma y la resonancia magnética, permitieron que en la actualidad se conocieran más tipos de epilepsia y su comprensión fuera mayor debido a las teorías que surgieron en el siglo XIX (localizaciones cerebrales, centros motores, lesiones cerebrales como centros de excitación eléctrica, etc.) Todo esto se debió a la fuerte necesidad de describir lo más detalladamente posible las variaciones de la epilepsia, así como de comprender su patogenia con la intención de tipificarla y tratar correctamente cada caso. En torno al tratamiento de la epilepsia también hubo varias propuestas y acciones terapéuticas para mejorar la calidad de vida de los enfermos, mismas que serán tratadas en el siguiente capítulo.

Si se compara la nosología de la epilepsia del siglo XIX con la actual, es posible darse cuenta de que si bien hubieron grandes avances, sigue habiendo mucha falta de información y comprensión al respecto, tanto que existen hasta el día de hoy muchos tipos de epilepsia catalogados como "síndromes". Esto indica que no se sabe exactamente qué relación tienen los síntomas que conforman dicho síndrome y, por lo tanto, que tampoco se está completamente seguro de que se trate de una epilepsia. Probablemente en unos años o décadas los médicos indiquen que aquello que se creía era un síndrome epiléptico es en realidad otra enfermedad que tenía síntomas parecidos a los de la epilepsia (justo como

sucedió en el siglo XIX), o bien, que se logró esclarecer como un determinado tipo de epilepsia.

La falta de concordancia en la creación de un concepto único de la epilepsia observada en el primer capítulo también se reflejó en la clasificación o nosotaxia de la enfermedad, ya que no solamente había estudios europeos con diferentes tipologías, sino que además en México los estudiantes de medicina mostraron tener cada uno diferentes conocimientos en torno a los tipos de epilepsia aceptados hasta el momento. Algunos alumnos la tomaban como una enfermedad y otros como un síntoma de otro mal y en el caso de los que la tomaban como una enfermedad independiente de otra, mencionaban diferentes variantes si acaso con el pequeño y gran mal como elementos en común.

Esta falta de unicidad en la nosotaxia de la enfermedad y el afán de construir una nosología aceptada y reconocida por toda la comunidad médica indicó el interés que los alumnos mostraron en la necesidad que observaban en el gremio médico de una unión más fuerte dentro del mismo, para así unir contribuciones y salir de la creación de ideas y teorías para dar paso a la comprobación o eliminación de las mismas. Es necesario tomar en cuenta que la visión de los alumnos por lo general es el resultado de lo que aprenden durante sus estudios y por lo tanto el reflejo del pensar de sus catedráticos, de las ideologías imperantes en el momento, así como de las fortalezas y debilidades de la disciplina. En el caso de la Medicina en el último tercio del siglo XIX en México había una fragmentación en el gremio médico no sólo por lo que se refleja en las tesis en cuanto a la diferencia de datos en la nosotaxia de la epilepsia, sino también por la gran presencia en el país de médicos charlatanes (que por lo general eran estudiantes que dejaban la carrera) y hierberos que representaban una fuerte competencia.

3.- Terapéutica de la epilepsia en el último tercio del siglo XIX mexicano

El tema de la terapéutica fue tratado por varios tesisistas, sin embargo el mayor interés se dio en los últimos años de la década de 1880 y principalmente en la última década del siglo XIX para abrir camino a nuevos tratamientos implementados en el siglo XX.

Debido a la falta de información por parte de los estudiantes de medicina en lo que se refiere al tratamiento de la epilepsia en México en las décadas anteriores a 1880, es necesario recurrir a las publicaciones médicas periódicas. En la *Gaceta médica de México* se presentaron datos importantes e interesantes que permitieron conocer cómo se trataba el mal epiléptico en México antes de 1880. Los años revisados en la *Gaceta* abarcaron de 1866 a 1883, mientras que los datos de los años posteriores (hasta 1899) se basaron en los textos de los tesisistas.

La terapéutica de la epilepsia en el siglo XIX se caracterizó por tratar de curar o controlar la enfermedad con diversos métodos, la mayoría de ellos experimentales. Por el carácter empírico de los tratamientos contra la epilepsia muchos médicos del momento los consideraban inútiles: Reynolds (1861) lo expresa de esta manera: “Quizá, ninguna enfermedad ha sido tratada de forma más empírica, por un lado, o mediante el más rígido racionalismo, por el otro, que la epilepsia. Por desgracia ambos métodos han fallado de forma completa con frecuencia. El primero tal y como se utiliza en cierta proporción de casos; el segundo, porque las teorías sobre las cuales se basa han resultado erróneas”.²⁷⁰ Los tratamientos clásicos para controlar la epilepsia eran la sangría, los baños, los catárticos, la cauterización y los fármacos; asimismo, había médicos que trataban la enfermedad a través de la piel, es decir, si el aura se presentaba en determinada parte del cuerpo, ésta era cauterizada, estimulada y hasta amputada, también era recomendable la división de nervios o ligaduras arteriales para evitar los reflejos propios de la convulsión, y en casos extremos la trepanación.

Dentro de los fármacos, los más eficaces, o por lo menos los recomendados con mayor frecuencia fueron los bromuros, los cuales si bien presentaban resultados positivos, también efectos secundarios bastante fuertes: el bromismo, el cual se caracterizaba por la debilidad física y mental que finalmente conducía a la semi-imbecilidad. Otros remedios como la belladona, la atropina y el cinc eran utilizados; la morfina se usaba para controlar

²⁷⁰ Esteban García - Alba Ristol, *Historia de la epilepsia*, Barcelona, Masson, 1999, p. 60.

el estatus epiléptico.²⁷¹ En México fue muy utilizado el senecio, el bromuro de potasio y la politerapia ajustada al criterio del médico, es decir la combinación de remedios. En cuanto a la politerapia, no es posible indicar una combinación específica, ya que cada médico trataba a sus pacientes de forma distinta dependiendo de la forma en que se expresara la enfermedad, así como de sus conocimientos.

3.1.- El senecio

Años previos a la década de 1870 en México la epilepsia se consideraba un mal incurable y sólo controlable en algunos casos. El médico Maximino Río de la Loza escribió en la *Gaceta médica de México* un artículo acerca de su experiencia con la planta del *senecio canicida*, también conocida como "yerba del perro", "yerba de la Puebla" o "*itzquinpatli*". El autor observó que cuando los perros consumían esta planta presentaban ataques muy parecidos a los de la epilepsia en el humano, por lo que consideró que podría ser la cura para la epilepsia; creía que al inducir las convulsiones éstas dejarían de presentarse de forma natural poco a poco. El uso del senecio fue cuestionado por varios médicos y rechazado por otros, sin embargo, el médico de la Loza y su padre administraron esta planta y obtuvieron, a su ver, resultados favorables aunque no permanentes.

El padre de Maximino Río de la Loza y otros doctores administraron el senecio en varios epilépticos con la intención de demostrarle a la comunidad médica que podría ser el antiepiléptico por excelencia. El senecio primero debía hacerse polvo, de preferencia estando muy fresco para que sus propiedades estuvieran intactas, por lo general de un tallo con su raíz y hojas salían 2 dracmas²⁷² que debían ser divididas en 12 papeles y cada papel se le suministraba al paciente según el criterio del médico. En el artículo se presentó el ejemplo de una paciente que a los 6 años le dio su primera crisis epiléptica y durante 14 años fue empeorando hasta llegar a un idiotismo no permanente; la familia aseguraba haberle proporcionado todos los tratamientos disponibles sin obtener éxito alguno, por lo que estuvieron dispuestos a tratar a su hija con el senecio. El padre de de la Loza le administró a la paciente uno de los papeles:

²⁷¹ *Ibidem.*, p. 67.

²⁷² La dracma fue una unidad de peso utilizada anteriormente en la medicina.

Pasaron dos horas sin modificación alguna en los síntomas y di un segundo papel; a las dos horas siguientes se notó alguna variación, sobre todo en los movimientos convulsivos, lo cual me decidió a esperar más tiempo para dar o no otra toma, que al fin dispuse se administrara pasadas otras dos horas; después de esta toma no me quedó duda de que la medicina ejercía su acción, los movimientos convulsivos eran más fuertes y el semblante de la enferma recobró alguna animación; se le dio un alimento ligero y se dejaron pasar cuatro horas sin darle otra cantidad del polvo. La cuarta toma produjo efectos más marcados: el cuadro era el de un acceso epiléptico en el cual el paciente conservaba su conocimiento, el estado letárgico se alejó más y más, la enferma puso dormir aunque con las interrupciones consiguientes a los ataques cada vez más distantes. Creí entonces disminuir la dosis del polvo reduciéndola a la mitad en cada toma, dar una cada cuatro horas y sostener su administración. Seis días después de haber comenzado el tratamiento con el polvo de la yerba, me recibió la enferma en el corredor de la casa, alegre y en completo bienestar. Ocho meses pasaron sin acceso ni aun amago alguno, disfrutando la paciente de completa salud, robustez, inteligencia, buena docilidad y obediencia que antes no había; apetito y sueños buenos, laboriosidad, todo, en fin, anunciaba el completo restablecimiento y por tanto la desaparición del mal. Desgraciadamente no fue así: un día, cuando menos se esperaba, vino una indigestión que se atribuyó a que la enferma bien había tomado chirimoya, y pocas horas después un nuevo acceso anunció que la enfermedad no había desaparecido. Los ataques vinieron con más o menos retardo, y al fin, pasado algún tiempo, todo volvió a su primitivo estado. Fueron administradas nuevamente algunas tomas del polvo, mas habiéndose creído que las convulsiones aumentaban, se suspendió la administración sin que hasta hoy se haya tenido la constancia necesaria para observar los efectos que produjera.²⁷³

Así como este caso se mencionan otros con resultados similares, en los que el paciente mejora por un tiempo y recae, pero también se observaron casos en los que los pacientes dejaron de presentar convulsiones, pero quedaron en un estado de idiotismo permanente. Todos estos experimentos resultaron favorables para algunos pacientes y desfavorables para la mayoría por los efectos tóxicos de los tratamientos.

El senecio también formaba parte de la politerapia, solía combinarse con las sangrías si el paciente era considerado de temperamento o humor sanguíneo²⁷⁴ y con algunas cucharadas de purgantes y antiespasmódicos. Parte del tratamiento era la prohibición de la ingesta de alcohol o como se le llamaba en la época: de licores espirituosos o de la Venus, así como de alimentos difíciles de digerir por la noche.²⁷⁵ Otros médicos combinaban el senecio con baños de agua fría y baños en el mar de Veracruz,

²⁷³ Maximino Rio de la Loza, "Del senecio en el tratamiento de la epilepsia", en *Gaceta médica de México*, México, 15 de noviembre de 1866, n. 22, pp. 347 - 348.

²⁷⁴ Vid. Lugo Olín, María Concepción, "Enfermedad y muerte en la Nueva España" en Pablo Escalante (coord.) *Historia de la vida cotidiana en México. La ciudad barroca*, tomo 2, México, Fondo de Cultura Económica, 2004, pp. 361 - 362.

²⁷⁵ *Ibidem.*, p. 348.

pero de este tratamiento no se obtuvo ningún éxito. Los resultados favorables en el uso del *senecio* eran variables, por lo que el autor del artículo, después de tomar en cuenta las opiniones de varios doctores que utilizaron la planta en el tratamiento de sus pacientes, concluyó que la falta del éxito que esperaba se debió a que la hierba no era recogida por todos en el momento indicado (se creía que la planta perdía sus propiedades si le llovía) y por ello perdía sus propiedades ocasionando que la enfermedad se controlara, pero no se curara.²⁷⁶

El autor concluyó que debido a la inestabilidad de las propiedades de la planta resultaba muy difícil saber si se le estaba dando la dosis correcta al paciente, por lo que se requería de más tiempo para observar las reacciones del *senecio* en los pacientes y así tener una idea del estado de la planta y de la cantidad que debía dársele al epiléptico. Al no saber el estado del *senecio* el médico podía conseguir que el enfermo prolongara su mejora o simplemente no la consiguiera, o bien, que se presentaran síntomas alarmantes como el aumento del número de las crisis o estados mentales indeseables.

El médico de la Loza obtuvo en concreto 3 observaciones importantes acerca del uso del *senecio canicida*. En primer lugar que si este remedio se le daba al epiléptico el día en que presentaba un ataque, éste se incrementaba "de modo que las convulsiones son muy fuertes, el trismo²⁷⁷ lo mismo, la congestión cerebral muy intensa y los enfermos quedan después del ataque en un estado de demencia casi completo".²⁷⁸ Segundo, que la constancia en el uso de este remedio es indispensable para notar algún cambio en la enfermedad y finalmente, el aumento de la dosis debe ser gradual y muy controlado, ya que podía haber envenenamiento.

3.2.- Los bromuros

En la década de los 1870 el uso de bromuros para curar la epilepsia fue muy común en México, en especial el bromuro de potasio. También eran utilizados otros remedios como el valerianato de quinina, el sulfato de atropina, el lactato de zinc, la tintura de cantáridas, el nitrato de plata, la limadura de cobre, la tintura de digital y las perlas de cloroformo;

²⁷⁶ Maximino Rio de la Loza, "Del *senecio* en el tratamiento de la epilepsia", en *Gaceta médica de México*, México, 1º de diciembre de 1866, n. 23, p. 365.

²⁷⁷ Trismo o *trismus* es la contracción tónica de los músculos masticadores, que produce la oclusión forzosa de la boca.

²⁷⁸ *Ibidem.*, p. 364.

como hábitos se recomendaba la hidroterapida, los ejercicios gimnásticos, la jardinería, la vida al aire libre, una dieta apropiada, etc.²⁷⁹

El bromuro de potasio:

Debe ser puro, exento de iodo y de cloro. Debe ser administrado momentos antes de cada comida, a dosis de dos a doce gramos, y aun mas cada día, paulatinamente progresivas [...] Me valgo de un medio que me ha dado buenos resultados, y consiste en examinar el estado de la náusea refleja que se produce al introducir el mango de una cuchara hasta la epiglotis. He observado que no se llega realmente a la dosis terapéutica del bromuro de potasio, sino hasta que la basca refleja se suprime; entonces es cuando se puede estar seguro de que ha obrado sobre el bulbo disminuyendo su fuerza éxito - motriz [...] El estudio de otros fenómenos reflejos como el lagrimeo, la tos, el estornudo, sirve asimismo para medir la acción del medicamento sobre el bulbo y la médula espinal.²⁸⁰

Este bromuro mostraba dos efectos, el primero inmediatamente al ser ingerido y el segundo unas horas después; si se tomaba una dosis alta, que equivalía a 15 gramos, en agua fría azucarada y dividida en dos tomas con un intervalo de 15 minutos, el paciente sentía calor en la zona epigástrica, náusea, hipersecreción salivar e inmediatamente después la boca se le secaba. Al pasar entre una y dos horas de haber tomado el bromuro de potasio el paciente comenzaba a sentir un sueño muy pesado, su capacidad intelectual disminuía y le era difícil el habla. Sin embargo si se administraban dosis moderadas (6 gramos divididos en dos tomas con un intervalo de 15 minutos) después de los alimentos los síntomas inmediatos y posteriores no se presentaban; después de una o dos horas el epiléptico se sentía muy relajado y se dormía, al despertar sentía mucha fatiga pero su actividad intelectual no se veía afectada.²⁸¹

El médico aumentaba la dosis en cada paciente hasta que el organismo indicaba que ya era suficiente al suprimir el reflejo de vómito, cuando esto sucedía se recomendaba seguir tomando la dosis que el cuerpo señaló por varios años, aunque el epiléptico haya mejorado. Al pasar dos años el bromuro ya no debía tomarse diario sino dos o tres veces por semana, teniendo siempre como referencia la inhibición del reflejo de vómito; el tratamiento se suspendía únicamente cuando el enfermo dejaba de presentar fenómenos epilépticos durante varios años.

²⁷⁹ Eduardo Liceaga, "El bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia", en *Gaceta médica de México*, México, 15 de octubre de 1871, n. 20, p. 344.

²⁸⁰ *Ibidem.*, p. 347.

²⁸¹ *Ibidem.*, p. 335.

Un aspecto notable en esta década fue la idea de que la epilepsia era una enfermedad curable gracias al bromuro de potasio, y ya no sólo controlada. La lógica que llevó a los médicos a creer que el mal podía eliminarse fue la siguiente: si las crisis epilépticas eran el reflejo de la epilepsia y por lo tanto de su existencia, al lograrse alargar los periodos de crisis para finalmente desaparecerlas, entonces la epilepsia se habría curado, es decir, si no había crisis no había epilepsia (sin síntoma no había enfermedad). Sin embargo, existían restricciones: si la epilepsia tenía su origen en una lesión cerebral o era hereditaria la probabilidad de curarse era muy baja, si el paciente sólo presentaba vértigos el éxito era casi seguro, en especial si estos no llevaban más de diez años; si el número de convulsiones era menor a cien también eran altas las probabilidades de curarse, bajas si eran de cien a quinientas y casi imposible si rebasaban las quinientas.

Estas teorías llegaron a México por medio de los escritos de médicos ingleses y franceses que habían probado el bromuro de potasio en sus pacientes. En estos los médicos observaron que los pacientes con lesiones cerebrales no respondían al tratamiento, sin embargo, los que sufrían las crisis a causa de una fuerte impresión, de un ataque de nervios o de histeria, es decir, los casos de crisis epilépticas relacionadas más a una etiología mental que orgánica, fueron los enfermos que consiguieron su curación. Los médicos consideraron que el bromuro de potasio curaba la epilepsia debido a "la doble acción hipostenizante nerviosa y vascular, y por esta acción se manifiesta tan eficaz contra las grandes neurosis de procesos congestivos, como la epilepsia y la eclampsia, la histeria y el nerviosismo, etc."²⁸² Tomando en cuenta los conocimientos actuales acerca de la epilepsia, es bien sabido que si un paciente se encuentra en un entorno tranquilo y sin estrés las probabilidades de presentar una crisis epiléptica disminuyen considerablemente. Tal vez es por ello que el bromuro de potasio tuvo tal éxito, no porque curara la enfermedad, sino porque mantenía relajado y despreocupado al paciente y por consecuencia sin crisis, y como ya mencioné en los párrafos anteriores, si no había crisis epilépticas, no había epilepsia.

En la década de 1880 el bromuro de potasio seguía siendo muy utilizado, pero algunos médicos decidieron usar otras alternativas como el calomel, el valerianato de amoniaco, el sulfato de quinina y las inhalaciones de nitrito de amilo y de bromuro de

²⁸² *Ibidem*, p. 343.

etilo; todo esto por lo general iba acompañado de una dieta de leche, de emisiones sanguíneas locales y generales, así como de purgantes.²⁸³

3.3.- Alejandro López y Agustín Salinas: los tratamientos de la locura y la histeria aplicados a la terapéutica de la epilepsia

En el último lustro de la década de 1880, los tesisistas Alejandro López y Agustín Salinas comenzaron a tocar el tema de la terapéutica de la epilepsia de forma indirecta, es decir, abordaron el tratamiento de los enajenados y el de la histero-epilepsia, no de la epilepsia en sí. Ambos fueron considerados para el presente estudio debido a que la epilepsia continuaba siendo confundida constantemente con la locura. A pesar de los conocimientos psiquiátricos que ya estaban entrando al país en muchos hospitales de enfermos mentales los epilépticos eran parte de los internos. Asimismo, la histero-epilepsia seguía conformando una enfermedad independiente y también era muchas veces confundida con la epilepsia por lo que el tratamiento administrado a los histeroepilépticos muchas veces lo recibían los epilépticos.

3.3.1.- Alejandro López: *Algunos cuidados higiénicos especiales a los enajenados*

Comenzando con el texto de Alejandro López *Algunos cuidados higiénicos especiales a los enajenados*, quiero reiterar que esta tesis no trata a los epilépticos específicamente, sino a los enajenados, sin embargo, al haber sido los epilépticos muchas veces vistos y, sobre todo, tratados como locos, este escrito aporta importantes datos en torno a los métodos terapéuticos que se le aplicaban a los pacientes con epilepsia, e incluso se les llegó a mencionar como uno de los muchos tipos de locura considerados hasta el momento. Debido a que la tesis trata, como ya se mencionó, la enajenación y no la epilepsia como tema específico, únicamente tomaré en cuenta las indicaciones generales en torno al tratamiento a seguir para curar la locura.

En el último tramo del siglo XIX, la visión positivista y científica fue ganando terreno en el campo de la medicina, es por ello que los doctores de la época decidieron comenzar a hacer uso de ciencias auxiliares para curar los males de sus pacientes y hacer

²⁸³ Miguel Alvarado, "Para formar la historia del estado de mal epiléptico" en *Gaceta médica de México*, 1° de diciembre de 1883, n. 23, pp. 454 - 455 y 458.

crecer los conocimientos terapéuticos. A pesar de los intentos de la terapéutica por curar los males de los enajenados, la falta de un diagnóstico claro hacía muy difícil su labor, es por ello que muchas veces a falta de los medios para encontrar y aplicar la cura, la base de esta rama de la medicina se volvió la higiene, es decir, la serie de medidas a tomar para prevenir las enfermedades o el empeoramiento de las mismas.

Dentro de la higiene de la locura estaba el bienestar de los enfermos, es por ello que López destacó la situación social en la que se encontraban los enfermos ya que estos eran vistos como diferentes y por lo mismo tratados en consecuencia y discriminados. A los ojos del autor esta era la razón por la que merecían la atención de la medicina y el primer paso que dictaba la higiene era aislarlos de su mundo en un establecimiento especial, de preferencia desde la infancia. Esta medida estaba dirigida al desarrollo de su inteligencia y al alejamiento de las malas inclinaciones, creencia que probablemente se relacionaba con la idea de que los locos, y entre ellos los epilépticos, eran dados a cometer crímenes, a la piromanía, al onanismo, etc.: “Separados del mundo, aislados de sus parientes y amigos, de sus negocios, etc., se les evitan irritaciones lentas y repetidas, procedentes ya de emociones morales, o bien de trabajos intelectuales, vigiliadas prolongadas, excesos venéreos, alcohólicos, en una palabra, se quita todo motivo de estimulación cerebral, al mismo tiempo que se salvan sus más caros intereses, su honor y su fortuna”.²⁸⁴

Los médicos y la familia, o allegados al paciente, debían tomar precauciones sobre algunos aspectos como la habitación, la alimentación, el intelecto y el afecto, el sueño y la vigilia. En cuanto a la alimentación, los cuidados debían tomarse de ser posible desde la dentición con el objetivo de enseñarles a comer desde temprana edad; de la misma forma era importante desarrollar sus habilidades afectivas e intelectuales desde pequeños. Para llevar a cabo el desarrollo de la inteligencia y las habilidades intelectuales, en caso de que la enfermedad se detectara desde la infancia, se usaba el “método de enseñanza objetiva”, el cual consistía en acostumar al niño a ir de lo más simple a lo más complejo, de las sensaciones exteriores a las operaciones cerebrales complejas como el análisis y la reflexión de dichos estímulos externos; el estudio, las actividades corporales y recreativas debían reglamentarse para mantener el equilibrio del cerebro evitando el trabajo excesivo.

²⁸⁴ Alejandro López, *Algunos cuidados higiénicos especiales a los enajenados*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1886, p. 8.

La formación del carácter iba de la mano del desarrollo de la inteligencia, ya que si se lograba controlar la primera, la segunda no se vería afectada: “para la formación del carácter tenemos que fijarnos mucho en limitar el imperio de su voluntad, oponernos a sus caprichos, refrenar sus pasiones, subordinar sus instintos, por lo común pervertidos, a la inteligencia.”²⁸⁵

Los cuidados higiénicos para los enajenados a los que se les hizo mayor énfasis en esta tesis y aplicados probablemente a los epilépticos por ser medidas generales a todo tipo de locura, eran el cuidado de la habitación, la alimentación y los cuidados durante el sueño y la vigilia. Estas reglas estaban incluidas en los reglamentos de los manicomios y se recomendaba que también se tuvieran en las casas de los enfermos. En cuanto a la habitación, sus cuidados estaban dirigidos a evitar la alteración del enfermo y el tipo de muebles dependía del tipo de locura que se fuera a tratar, ya que ciertas comodidades podrían perjudicarles más que ayudarles, por ejemplo, ciertos muebles podrían usarlos para lastimarse o lastimar.

Se escogerá para la residencia de un loco, el campo, donde gozando de una vista agradable, tendrá el beneficio de un aire más puro, y serán por consiguiente más perfectos los fenómenos de oxidación; además se le libra de los ruidos constantes de campanas, carruajes, fábricas, etc. que son motivo continuo de excitación, y muchas veces origen de ilusiones del oído. El lugar de la habitación será seco, impermeable y deberá constar por lo menos de un dormitorio y un jardín o patio, con un lugar sombreado para las horas de descanso. El dormitorio debe ser amplio, bien ventilado y alumbrado por el sol, para evitar la asfixia crónica [...] las paredes deberán estar pintadas al aceite, para poder lavarlas con esponja frecuentemente [...] el piso será preferentemente de madera, pero muy liso y unido, para mantenerlo siempre lavado y evitar que el enfermo lo destruya [...] las paredes y el piso se lavarán cuantas veces sean ensuciadas por el enfermo. [...] en cuanto al tipo de muebles y útiles que deba contener la habitación, variarán para cada enfermo; pues si algunos pueden gozar de muchas comodidades, hay otros, como los que están bajo el influjo de la agitación maniaca, que romperían cuanto encontraran a la mano, corriendo además el riesgo de herirse a sí mismos, o a los que les rodean con los fragmentos de muebles. Lo mismo se aplica y con mayor solicitud al foco de luz artificial. El lugar destinado para su permanencia durante el día también deberá estar libre de lazos, piedras, palos, etc., que pueden servirle para algún objeto nocivo.²⁸⁶

Los cuidados mencionados en la cita anterior están indicados para mantener la tranquilidad del epiléptico enfocándose en evitar los cambios bruscos tanto emocionales (por eso la

²⁸⁵ *Ibidem*, p. 10.

²⁸⁶ *Ibidem.*, p. 12 y 13.

recomendación de espacios abiertos campiranos que generen tranquilidad y eliminen el mayor estrés posible) como sensoriales. Las incitaciones sensoriales, en especial las auditivas y visuales resultan de gran importancia para evitar las crisis convulsivas, esto se supo con certeza al estudiar las localizaciones cerebrales y los estímulos de las mismas al notar que cuando una parte de la corteza cerebral se irritaba lo suficiente se detonaba una convulsión. Sin embargo, décadas antes los médicos ya intuían la influencia de los estímulos externos en las crisis epilépticas al observar que ciertos efectos como ruidos estridentes, cambios drásticos de luces, el exceso de alcohol, la falta de sueño, entre otros, provocaban convulsiones.

El cuidado de la alimentación resultaba se suma importancia debido a lo comunes que eran los desórdenes estomacales en los enajenados. Los pasos a seguir para cuidar su estómago era evitar los alimentos duros procurando cocer bien las verduras y deshuesar la carne; los alimentos debían servirse en pedazos y porciones pequeñas sin condimentos. Por su seguridad, en la mesa no debían dejarse a su alcance tenedores o cuchillos, los alimentos les eran servidos en platos de metal ligero y eran ingeridos con cuchara; al terminar de comer debían lavarse la boca para evitar enfermedades como la “caries dentaria”.

La razón de estas indicaciones no fue revelada en los textos, pero es posible que se debieran por un lado a que muchos epilépticos presentaban auras epigástricas, lo que generaba un constante desorden estomacal y por lo tanto dolores. Asimismo, la toma constante de medicamentos y, como se ha visto, la experimentación con los mismos sin saber con exactitud sus efectos secundarios probablemente irritaran fuertemente el estómago creando así la necesidad de ingerir los alimentos menos condimentados y siguiendo una dieta blanda. Por otro lado al no saber en qué momento podría presentarse una crisis los médicos se aseguraban de prevenir que el paciente se ahogara en caso de tener algún bocado en la boca y por ello la recomendación de cortarlos en trozos pequeños y deshuesarlos. Por último, el interés en evitar la caries dentaria probablemente no se refería como tal al peligro de ese daño en la dentadura, sino al riesgo que representaba cualquier enfermedad para el epiléptico, ya que cualquier infección que elevara la temperatura del paciente podría provocarle convulsiones.

Durante el sueño, tratándose de la locura de los lipemaniacos o depresivos, los hipocondriacos y los epilépticos, se les debía proporcionar un colchón duro y no dejarlos

en éste más del tiempo límite establecido por el doctor, ya que se creía que la causa de su locura, así como de la continuación de la misma podría ser la masturbación. En caso de que esa medida fuera insuficiente y los enajenados se entregaran a los “actos perversos”, se usaba la camisa de fuerza.

En la vigilia, ciertos tipos de locura, en especial las que presentaban convulsiones, y por lo tanto en la epilepsia, se recomendaba que los enfermos no convivieran con otros locos, ya que las neurosis con mucha excitación se consideraban contagiosas para otros enfermos propensos al terror o imitación de accesos: “se le evitará la vista de otro exaltado o frenético, o cualquiera manifestación acalorada de las personas que le cuidan, pues muy fácilmente se transmite la excitación, muchas neurosis y principalmente en las convulsivas, entra el terror o la imitación causadas por la vista de los accesos; de donde nace la necesidad de evitar a los locos o epilépticos estos espectáculos tan, cruelmente desagradables”.²⁸⁷ La imposición de una rutina sobre el enfermo era muy recomendada debido al éxito que se había observado en los manicomios, así como el uso de medios de corrección suaves para mantener la tranquilidad y la disciplina en el enfermo. Las actividades ideales eran los juegos de azar, los paseos, la música suave, en especial el piano y ciertas prácticas religiosas sencillas; estas últimas se recomendaban en especial para tratar la epilepsia debido al marcado fanatismo que se observaba en los pacientes que sufrían esta enfermedad.²⁸⁸

De ser necesario, en la vigilia también se recomendaba el uso de la camisa de fuerza, pero sin lastimar al enfermo sólo aplicando la fuerza necesaria para “combatir, no caprichos ni malas costumbres, pues éstas ceden con los baños, sino impulsiones irresistibles independientes de la voluntad del individuo, como los impulsos al homicidio, al suicidio, al robo, al incendio, a la masturbación, etc. en estos casos que exigen nuestra más activa vigilancia, la camisola y en los muy agitados la silla de sujeción, nos precaverán de desgracias que estamos llamados a evitar”.²⁸⁹

²⁸⁷ *Ibidem.*, p.42.

²⁸⁸ *Ibidem.*, p.45.

²⁸⁹ *Ibidem.*, p.46.

3.3.2.- Agustín Salinas: *Breve estudio sobre el tratamiento de la histero-epilepsia*

Agustín Salinas, en su tesis, también trató la terapéutica de la epilepsia, pero desde el ángulo de la histeria, ya que como se mencionó en el primer capítulo estas dos enfermedades eran confundidas, al grado de existir una enfermedad independiente llamada histero-epilepsia. La ventaja de esta confusión fue que se aportaron diversos métodos para controlar las convulsiones y por lo tanto la misma epilepsia, aunque la intención fuera curar una rama de la histeria y no de la epilepsia. Debido a la forma de presentar el tratamiento de la histero-epilepsia como métodos para evitar o frenar los accesos, fue que la terapéutica de este mal fue útil para tratar la epilepsia, en especial en las mujeres.

Salinas expuso en su escrito los métodos para detener las convulsiones en las histéricas más recomendados por médicos europeos como Jean-Martin Charcot,²⁹⁰ y que además también eran usados en otros países como Estados Unidos e Inglaterra y, por lo mismo, considerada como comprobada su eficacia. El primero de los métodos eran las inhalaciones medicamentosas, que consistía en hacer inhalar a las pacientes sustancias como el cloroformo, el nitrito de amilo (tenía la peculiar característica de disminuir el número de accesos y de frenar inmediatamente la convulsión) y el éter, o inyectarles clorhidrato de morfina. Esto medios “hacen cesar las convulsiones, producen la resolución muscular, e introducen a la enferma en un sueño seguido frecuentemente de un delirio especial”.²⁹¹

3.3.2.1.- Métodos terapéuticos utilizados en la zona ovárica: hielos, corriente eléctrica y el compresor de ovarios

Otro método usado en las histéricas para controlar las convulsiones era la aplicación de hielo sobre la región ovárica, sin embargo, esto sólo funcionaba durante el aura atenuando las convulsiones, pero ya empezado el acceso no tenía ninguna utilidad. La aplicación de corrientes eléctricas también era un procedimiento muy común para controlar tanto la

²⁹⁰ Jean - Martin Charcot (1825-1893) fue un clínico francés que dentro de sus muchas aportaciones a la medicina la principal fue el haber fundado la neurología y sus estudios sobre la histeria, innovando en ellos con la noción de que la histeria no fue propia de las mujeres, sino que también existían histéricos. Publicó muchos textos, dentro de los cuales figuran por su importancia *La histeria* y muchas de sus clases compiladas en varios textos titulados *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso*, entre otras.

²⁹¹ Salinas, *Breve estudio...*, *op.cit.*, p. 9.

histero-epilepsia, como la histeria y la epilepsia. Los electrodos se colocaban uno en la frente y otro en cualquier otra parte del cuerpo como la pierna o la región ovárica y:

Se espera a que un ataque se produzca, después, de un golpe se invierte la corriente por medio de un conmutador. El ataque se detiene por completo. La enferma recuerda como admirada, lleva la mano a la cabeza y vuelve completamente a su conocimiento. En los casos más resistentes son necesarias dos o tres intervenciones para producir este resultado. En general es necesario emplear cuarenta o cincuenta elementos. En casos menos felices, el ataque aborta, pero el conocimiento no vuelve, y la enferma pasa directamente a una especie de estado comatoso, en el que permanece hasta que sobreviene otro ataque que una nueva inversión detiene, y así de seguida”.²⁹²

Acerca del uso de las corrientes eléctricas en las convulsiones, el autor concluyó que el cambio brusco de una corriente fuerte por lo general detiene inmediatamente la convulsión, pero no impide que ésta regrese; y si la corriente se aplicaba con poco poder pero de forma continua, no detenía el ataque pero sí disminuía la intensidad y repetición del mismo.

La compresión del ovario era muy utilizada para calmar el mal histero-epiléptico, sin embargo, tuvo que ser recuperado por Charcot en su obra *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso*, ya que se consideraba un método caduco. Charcot indicó que la enferma debía ser:

Extendida horizontalmente sobre el suelo, o, si esto es posible, sobre un colchón, en el decúbito dorsal. El médico entonces teniendo una rodilla en tierra, introduce el puño cerrado en una de las fosas iliacas, que era el sitio habitual del dolor ovariano [...] Es necesario que emplee toda su fuerza a fin de vencer la rigidez de los músculos del abdomen [...] una vez vencida, la resolución de los fenómenos convulsivos comienza a producirse [...] la conciencia entonces casi inmediatamente se despierta, y, en este instante unas veces la enferma gime y llora, gritando que se le hace mal, otras al contrario, acusa un alivio del cual atestigua su reconocimiento. Mientras que dura la compresión ovariana, el ataque es alejado, para aparecer luego que cesa la compresión. Se puede así, suspendiendo un momento la compresión para volver a repetirla, detener el acceso, o dejarle reproducir en cierto modo tantas veces cuantas se requiera.²⁹³

Este método terapéutico resultaba un tanto impráctico, ya que debía ser el médico quien aplicara los golpes o bien alguna persona capaz de reconocer de forma exacta la región ovariana. Es por ello que Poirier publicó un artículo en el *Progreso Médico* de 1878 anunciando la construcción del “compresor de los ovarios”, un aparato que realizaba la

²⁹² *Ibidem.*, p. 10.

²⁹³ *Ibidem.*, p. 11 y 12.

compresión en la paciente cuantas veces fuera necesario y de forma práctica, ya que ella misma tenía la posibilidad de controlar el aparato.

El autor mencionó algunos casos en los que el compresor de ovarios fue utilizado y los resultados que de ello se obtuvieron. El primer caso fue una histero-epiléptica que “en ataque desde la mañana; se estableció la compresión a las tres de la tarde, y se quitó a las diez de la noche. Durante este tiempo la enferma ha comido y dormido. A las diez que se quitó el aparato, los ataques volvieron a repetirse; ligera inhalación de cloroformo y todo concluyó por este día. La enferma no acusa ningún dolor abdominal.”²⁹⁴ Una segunda paciente, igualmente histero-epiléptica, utilizó frecuentemente el aparato creado por Poirier “durante 12, 24 y aun 48 horas para interrumpir un estado de mal. Jamás los ataques se han presentado durante la duración de la compresión. Siempre cuando cesaba la compresión, los ataques reaparecían, pero bastaba de una ligera inhalación de cloroformo o de éter para hacerle cesar completamente, mientras que es necesario recurrir varias veces a estas inhalaciones antes de ver cesar los ataques, cuando no se ha recurrido al compresor.”²⁹⁵ El compresor de ovarios tenía la ventaja de que la enferma podía manipularlo sin ayuda de nadie, no necesitar vigilancia y le otorgaba a la paciente la comodidad de realizar actividades como comer, recostarse de lado, dormir, levantarse y vestirse.

El compresor de ovarios a pesar de presentar las ventajas ya mencionadas muchas veces llegaba a ser contraproducente ya que “la compresión del ovario, que detiene los ataques, puede, fuera de la crisis, determinar la producción de los fenómenos dolorosos de la aura, y aun algunas veces provocar el acceso completo”.²⁹⁶

3.3.2.2.- La música como método terapéutico

El último de los métodos mencionados por el autor para tratar la histero-epilepsia fue la música, ya que como él indicó “la influencia de las vibraciones sonoras (diapasón, gongo) sobre las diversas manifestaciones histéricas, tienen una gran parte”.²⁹⁷ Muchas veces los ruidos violentos alteraban en exceso a las histéricas al grado de provocarles convulsiones, fue por ello que los doctores recomendaban la música para calmar la sobre-excitación de

²⁹⁴ *Ibidem.*, p. 13.

²⁹⁵ *Idem.*

²⁹⁶ *Ibidem.*, p. 14.

²⁹⁷ *Idem.*

los nervios y bajar la violencia de las convulsiones. Salinas citó el caso de una enferma tratada por Boudois, quien “viendo una arpa en el cuarto de una enferma que no daba ningún signo de vida, concibió la idea de hacer venir uno que hiciera uso de este instrumento. El pulso reapareció y poco a poco la enferma pareció salir de un profundo sueño; en fin, ella iba de mejor en mejor y curó”.²⁹⁸

3.4.- El tratamiento para la epilepsia jacksoniana

La terapéutica de la última década del siglo XIX se caracterizó por combinar los tratamientos recomendados por la medicina europea con la tradición mexicana de curar por medio de la botánica. Asimismo, en esta década las teorías de Jackson ya tenían una fuerte influencia en los estudios de medicina, por lo que muchos tratamientos seguían las propuestas jacksonianas para controlar la epilepsia. A pesar de las nuevas ideas, descubrimientos y teorías en torno a la enfermedad, ésta seguía confundiendo con la locura y la histeria, por lo que al igual que la década anterior los tratamientos utilizados para los enajenados y las histéricas también se usaron para los epilépticos.

El tratamiento recomendado para la epilepsia jacksoniana marcó un cambio en los tratamientos usados con anterioridad en la epilepsia ya que entraron en juego las localizaciones cerebrales y por consiguiente el conocimiento de las lesiones que pudiera haber en el cerebro y sus efectos; de esta forma el paciente tuvo la oportunidad de recibir una alternativa a la cura de su mal. La cirugía fue la forma en la que se trató la epilepsia jacksoniana, dejaron de utilizarse sustancias como la belladona, el beleño, el óxido de zinc, el sulfato de cobre, el nitrato de plata, el cloruro de oro, el opio, el alcanfor y los bromuros, sustancias que después se descubrió eran en su mayoría, venenosas y otras empeoraban la enfermedad. Con la cirugía se propuso reparar la lesión en el cerebro y sólo en caso de ser necesario acompañarla de las sustancias mencionadas, a esto se le llamó tratamiento mixto, sin embargo no era muy recomendado.

Algunos médicos protestaron “contra la prolongación del tiempo en que se hace el tratamiento mixto, como ensayo. Opino que es muy sensible que no se marque un límite preciso a este ensayo, pues esta práctica nos obliga a operar algunas veces demasiado tarde. Según mi criterio el límite son 6 semanas; si en este periodo no hay mejoría notable no se

²⁹⁸ *Ibidem.*, p. 15.

debe vacilar y se debe practicar la trepanación exploradora”.²⁹⁹ Los testimonios de los cirujanos indicaron que la mayoría de los pacientes mejoraron notablemente y que la mortalidad a causa de la cirugía fue muy baja.

De acuerdo a la tesis anterior, el tratamiento mixto no era del todo recomendable, en especial si éste se extendía por mucho tiempo, lo mejor era llevar a cabo una cirugía que acabara con el mal comicial. Contrario a esto, Vicente Montes de Oca hizo especial énfasis en su tesis en la eficacia del uso de la botánica y de ciertos metales para el tratamiento de la epilepsia, mientras que la cirugía se limitó a ser mencionada. Esta dificultad, para aceptar sin cuestionar la cirugía y las teorías al respecto provenientes de Europa, se debió a la tradición mexicana de curar enfermedades por medio de la botánica y a los buenos resultados que durante generaciones se habían observado. En México se siguió practicando el tratamiento mixto por mucho tiempo más que en Europa o Estados Unidos.

3.5.- La herbolaria mexicana en el tratamiento de la epilepsia. Vicente Montes de Oca: *Breve exposición de los principales tratamientos de la Histeria y Epilepsia*

Montes de Oca no estaba de acuerdo con las nuevas teorías jacksonianas o no estaba al tanto de ellas, ya que seguía atribuyendo la causa de la epilepsia a una excitabilidad refleja de la médula alargada y por lo mismo consideraba que el tratamiento ideal era el que suprimiera las causas que provocaran dicha excitación. El tratamiento profiláctico lo recomendó ampliamente basándose en la creencia de un factor hereditario en la epilepsia: “en familias en las que la epilepsia es hereditaria, deben ser proscritos los matrimonios consanguíneos; una madre epiléptica nunca debe amamantar a su hijo”.³⁰⁰

Para indicar un tratamiento era indispensable realizarle un examen al enfermo para definir si su mal se debía a un desorden periférico o visceral, y en el caso de ser mujer la paciente debía poner especial atención al estado del útero y de los ovarios y revisar los nervios periféricos. Además del tratamiento el enfermo debía cambiar ciertos hábitos, era indispensable que dejara de beber bebidas alcohólicas y aromáticas, que dejara de fumar tabaco y que en general evitara cualquier exceso; asimismo “el régimen alimenticio ha de

²⁹⁹ Macouzet, *Algunas consideraciones...*, op. cit., p. 41.

³⁰⁰ Vicente Montes de Oca, *Breve exposición de los principales tratamientos de la histeria y epilepsia y algunos apuntamientos para contribuir al estudio científico de la ipomoeastans (tumba – vaqueros)*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1893, p. 17.

ser moderado, en ciertas ocasiones la dieta láctea está formalmente indicada [...], se evitarán escrupulosamente las emociones, los trabajos intelectuales y todo lo que pueda excitar el sistema nervioso”.³⁰¹

Las sangrías seguían aplicándose de forma general y local, muchas autoridades médicas las recomendaban a pesar de los avances en la ciencia médica. Médicos como Jaccoud se basaron en las investigaciones anatómo-patológicas de Schöerer van der Kolk para tratar a varios epilépticos con emisiones sanguíneas locales colocando ventosas escarificadas y sanguijuelas en la nuca, aseguraron obtener éxito en especial cuando la enfermedad se había presentado poco tiempo atrás. Además de las sangrías en esta década se seguía usando mucho el bromuro de potasio, sin embargo los médicos ya comenzaban a notar los terribles efectos secundarios: “generalmente se atribuyen a esta substancia los desórdenes intelectuales que presentan las personas sometidas a su acción por mucho tiempo. Lo cual es cierto por desgracia: hemos observado con todo cuidado y seguido paso a paso, en varias enfermas, la disminución de la memoria, dificultad en la expresión de las ideas, tendencia al estupor, en una palabra, todos los síntomas del bromismo”.³⁰²

Actualmente se sabe que la ingesta en exceso de bromuro de potasio y sus componentes causa dolores muy fuertes de cabeza, hipotermia, trastornos cerebrales, bronquitis, dispepsia y erupciones cutáneas. A pesar de los efectos secundarios que se observaban en la época, médicos como Grasset aseguraban que “el bromuro de potasio, administrado con energía y prudencia, no es un antiepiléptico infalible y específico, sino un medio, probablemente el menos malo de todos los propuestos”.³⁰³

El bromuro de sodio también estaba recomendado por ser más activo y menos peligroso, se recomendaba una dosis diaria de 1 a 10 gramos. El bromuro de alcanfor se recomendaba de 0.10 a 6 gramos por día, el bromuro de zinc de 0.20 a 4.5 gramos diarios, el bromuro de arsénico de 0.01 a 0.10 gramos al día y el bromuro de litio también se recetaba. Otros compuestos químicos para tratar la epilepsia fueron el acetato de plomo, el cloruro de bario, el yoduro de potasio y el bisulfato de quinina. El uso de zinc también fue muy recomendado, en especial tres de sus compuestos: óxido, valerianato y lactato. Las dosis de óxido se recomendaban entre 0.30 y 6 gramos al día, del lactato entre 0.10 hasta 2

³⁰¹ *Ibidem.*, p. 18.

³⁰² *Idem.*

³⁰³ *Ibidem.*, p. 19.

gramos y del valerianato se recetaba un gramo. De acuerdo a Herpin, 28 de sus 42 pacientes se curaron con zinc. El nitrato y el cloruro de plata también fueron muy utilizados, se tomaban desde 0.01, hasta 0.30 gramos. Tiempo después se observó que era sumamente tóxico.

Como ya mencioné, la botánica fue muy usada en México para aliviar la epilepsia. La belladona era recomendada de la siguiente forma:

Extracto de belladona 0.01 gramos, polvo de hojas de belladona 0.01 gramos, para 100 píldoras iguales. Durante un mes el enfermo tomará una píldora diaria en la mañana si el acceso es en el día, en la tarde si sobreviene en la noche. Cada mes o en caso de que el medicamento sea mal soportado, cada dos, tres o cuatro meses se aumentará una píldora, debiendo tomarse en el mismo momento aunque sean cinco, diez o quince. La dilatación de las pupilas, la sequedad de garganta y agitación cerebral marcan los límites de la tolerancia.³⁰⁴

El destilado de plantas también fue utilizado, en especial el del añil, la trementina, aceite de crotón, el muérdago y la nuez vómica (actualmente usada en la homeopatía como *nux-vomica*). La botánica nacional recomendaba mucho el uso de la *Ipomoea Stans*, conocida vulgarmente como “Tumba – vaqueros”, “Tlaxcapán”, “Pegajosa”, “Espanta-lobos”, “Limpia-tuna” o “Tanibata”; esta planta la encontraban en el norte de México, en San Luis Potosí, Lagos de Moreno, Zimapán, Oaxaca, Guanajuato y Querétaro.

La electricidad en esta última década se limitó a ser utilizada para aliviar algunos síntomas al hacer pasar ligeras corrientes por dos electrodos que se colocaban uno en la lengua o en la cara y otro en el pecho. La hidroterapia también fue muy recomendada, así como poner hielos en la columna vertebral. En cuanto a la cirugía, método terapéutico que estaba teniendo gran éxito en Europa, en México comenzaba a utilizarse y dependía de la teoría que fuera a fin al doctor, por ejemplo, “cuando reinaba la teoría del laringismo, según la cual la epilepsia era debida a la oclusión de la glotis por espasmo de los músculos de la laringe, Marshall Hall, propuso la traqueotomía”.³⁰⁵

En esta tesis por primera vez se mencionó la opción de hacer abortar un ataque. Recordemos que si no había convulsiones no había epilepsia, por lo que lograr abortar un ataque convulsivo era visto como un método terapéutico; sin embargo, este acto no era

³⁰⁴ *Ibidem.*, p. 20.

³⁰⁵ *Ibidem.*, p. 22.

aceptado por todos los médicos ya que muchos consideraban que únicamente se atrasaba el ataque y posteriormente vendría con mucha más intensidad de la que originalmente habría tenido. Para llevar a cabo un aborto era necesario que fuera durante el aura, en este momento el epiléptico debía presionar simultáneamente las sienes y el agujero occipital, comprimir las carótidas también servía, así como inhalar cloroformo, nitrito de amilo o bromuro de etilo. Si el aura era epigástrica muchas veces con comer dos pedazos de pan podía evitarse el ataque.

3.5.1.- Pasos a seguir durante una convulsión como parte de la terapéutica de la epilepsia

Montes de Oca fue el primer tesista en mencionar lo que debía hacerse durante un ataque epiléptico, ya que saber tratar al enfermo durante una crisis le pareció esencial para la terapéutica de la epilepsia. Las acciones a seguir durante el acceso consistían en “acostar al enfermo en una cama baja, la cabeza un poco alta y el cuello libre, se le desembarazará de todo lo que pueda dificultar la respiración y circulación. Cuando las convulsiones son muy fuertes es necesario en ciertos casos, atar los miembros con lazos anchos para evitar fracturas y luxaciones; se colocará entre los arcos dentarios un rodillo de lienzo para que la lengua no sea desgarrada. La cabeza estará inclinada a un lado para que la espuma escurra con facilidad”.³⁰⁶

Cabe mencionar que actualmente estos pasos a seguir están prohibidos por los médicos ya que se daña más al paciente de lo que se le ayuda: en primer lugar meter objetos a la boca podría causar fracturas en la mandíbula y en los dientes, en segundo lugar la cabeza y el cuerpo deben estar de lado ya que si el paciente emite vomito o espuma corre el riesgo de ahogarse con sus propios fluidos si tiene la cabeza en alto y finalmente no es necesario amarrar al epiléptico sino dejar que el cuerpo se mueva como la convulsión lo indique, de lo contrario los músculos, huesos y órganos pueden lastimarse severamente.

Al terminar el acceso, las medidas que se tomaban dependían del tipo de crisis. Si ésta fue simple no había que hacer nada, pero si el paciente indicaba tener un malestar general y había síntomas de congestión cerebral se realizaban las emisiones sanguíneas

³⁰⁶ *Ibidem.*, p. 23.

locales y generales. Si sucedía el delirio al ataque, se le inyectaban 0.15 gramos de curare al paciente si éste era maniaco, en caso de ser furioso se le ponía una camisa de fuerza.

3.6.- El tratamiento sugestivo o hipnosis para controlar la epilepsia. José A. Malberti:

Tratamiento sugestivo de la locura

A finales del siglo XIX se comenzó a implementar una nueva técnica para curar a los locos que no tuvieran lesiones en el cerebro: el hipnotismo o tratamiento sugestivo, lo cual daba a entender que la locura que se intentaba sanar era más un mal psicológico que psiquiátrico o neuronal, aunque en el momento no se concibiera claramente de esa forma. Este tratamiento se usaba para tratar histéricos, dipsómanos, obsesos y algunos epilépticos. El tratamiento sugestivo consistía en hacer dormir a los pacientes fijando la mirada sobre ellos y ejerciendo un poco de presión en los ojos y ya estando el enfermo en una hipnosis profunda se le indicaba lo que debía hacer y pensar cuando despertara, de esta forma la mente recibía un nuevo tren de pensamiento que guiaría sus acciones y su sentir en un futuro próximo: “lo siento en una silla, comprímole ligeramente los párpados y le digo 'estas dormido profundamente'. A la primera repetición de dichas palabras queda en hipnosis profunda; le sugiero entonces, con firme entonación, [la orden necesaria]”³⁰⁷Las sesiones hipnóticas se repetían tantas veces fueran necesarias dependiendo del paciente, podían ser tratamientos de días o de meses. Para ejemplificar el tratamiento sugestivo citaré una paciente que trató el tesista Malberti en Cuba mientras realizaba las anotaciones para su tesis:

Conseguí en un momento de calma, que la enferma sentase en una silla, y yo hice lo propio enfrente de ella. Provoqué el sueño hipnótico por medio de la fijación de la mirada, se la presenté en ese estado a su familia y las personas concurrentes. Todos dudaron del éxito y creyeron que sólo merced a algún calmante, podría yo haber conseguido aquel sueño. Tal vez, dudando de lo que yo les decía sobre el valor de que tenía para el resultado de su curación aquella experiencia, por la seguridad que yo les daba de que ella sería dócil y haría cuanto yo le mandase, se me dijo entonces por el marido, que hacía tres días tenía en la boca una moneda de oro, con la cual decía no tenía que alimentarse, ordeno que abra la boca, y al tratar de extraerle la moneda que se dejaba ver por debajo de la lengua, despiértase y niégase a continuar sentada;

³⁰⁷ José A. Malberti, *Tratamiento sugestivo de la locura*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1896, p. 31.

sorprendida de verse en aquel estado y rodeada de tanta gente. Provócole con sorprendente facilidad nuevo sueño y hago que entregue en mis manos la moneda; sugiérole entonces la idea de tomar alimento, de someterse con gusto a la medicación que yo le iba a indicar y que al despertar estaría tranquila, contenta, muy amable y complaciente. Todo lo cual ejecutó a presencia de todos. Me despido después de haber oído de su boca estas frases: “estoy bien Doctor, gracias a usted tengo deseos de alimentarme, porque me siento débil, y le prometo tomar todas las medicinas que usted me ordene.” Al siguiente día vino a darme cuenta el marido de que su señora pidió espontáneamente el alimento, que había dormido muy bien toda la noche y que con gusto tomaba la medicación reconstituyente que le había ordenado. Sin necesidad de volver a verla curó completamente.³⁰⁸

En cuanto a la epilepsia, ésta solamente podía mejorarse, no curarse. Los casos de epilepsia en los que mencionó haber tenido éxito eran los que ya no presentaban accesos convulsivos, sino solamente la forma psíquica de la epilepsia: “en medio de la mayor exaltación, pronunciando frases injuriantes y amenazadoras, bástame ponerle las manos sobre los ojos y decirle: 'se acabó, estás tranquilo y contento, etc., etc.' y otras frases para que repentinamente se viese cambiar la fisonomía de este enfermo y quedaba callado y tranquilo, siendo así que antes era de los más agitados y de los que hemos necesitado antes para obtener su tranquilidad, grandes dosis de cloral y bromuro.”³⁰⁹ Se proponía sustituir los medicamentos por la sesión de hipnosis.

Las conclusiones a las que llegó el autor en cuanto a este tratamiento fueron cuatro. La primera que la sugestión mental era un agente terapéutico al cual debía recurrirse en todos los casos de la locura. Segundo, que en aquellas formas de la locura que no presentaran daño orgánico su acción resultaba evidente e incontestablemente superior a todos los demás agentes terapéuticos. Tercero, que en los casos de lesiones orgánicas avanzadas o en las locuras propiciadas por vicios congénitos el método sugestivo modificaba el carácter de los enfermos y podía llegar a proporcionarles una relativa educación. Y finalmente, que su acción lejos de ser perjudicial resultaba siempre ventajosa, ya que si no lograba curar por lo menos tranquilizaba a los pacientes.³¹⁰

³⁰⁸ *Ibidem.*, p. 18.

³⁰⁹ *Ibidem.*, p. 26.

³¹⁰ *Ibidem.*, p. 38.

3.6.1.- El tratamiento sugestivo o hipnosis en el ámbito legal. Alberto Román: *Responsabilidad legal en las personas afectadas de histeria*

El tratamiento sugestivo comenzó a ser utilizado en el ámbito legal a finales del siglo XIX, es por ello que el tesista Alberto Román lo mencionó en su tesis *Responsabilidad legal en las personas afectadas de histeria*, y debido a la estrecha relación que había entre la histeria y la epilepsia es que debe ser tomado en cuenta para la presente tesis. Asimismo, cabe mencionar que en esta tesis no se mencionó la epilepsia como se había hecho en las tesis anteriores, lo que indica que si bien ambas enfermedades seguían teniendo un vínculo, la influencia de la psiquiatría y la neurología había logrado separar los males provocados por lesiones cerebrales de los trastornos psicológicos.

Si bien esta tesis no aportó mayor información acerca de la epilepsia, o de ésta y su relación con la histeria, confirmó la descripción de la terapia sugestiva, e hizo notar que era un método usado en varias enfermedades y además importante para los penalistas, ya que por medio de ella muchos doctores lograron dar el diagnóstico necesario para encontrar la responsabilidad o irresponsabilidad criminal del histérico, o de otras neurosis. "Las sugerencias extienden su influencia hasta el campo de las funciones orgánicas y quedan bajo la influencia de la voluntad del hipnotizador, el acelerar o retardar las contracciones cardíacas, determinar la congestión en un territorio vascular circunscrito; lo que nos deja comprender la poderosa influencia de la parte moral del individuo sobre su parte física, convirtiéndose la manifestación somática en un fenómeno puramente dinámico".³¹¹

3.7.- Tratamiento para niños epilépticos

Para concluir con este último capítulo, quiero exponer el remedio que Roque Macouzet publicó para curar la epilepsia en los niños en su obra *Arte de criar y de curar a los niños* en 1910. Aunque esta obra no pertenece a la temporalidad que rige mi tesis, es ejemplo del seguimiento profesional que tuvo uno de los tesisistas que utilicé para mi texto, además los remedios que propone no están nada alejados de los que fueron utilizados en la última década del siglo XIX, lo que señala que las influencias de los avances médicos europeos no

³¹¹ Alberto Román, *Responsabilidad legal en las personas afectadas de histeria*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1898, p.12.

lograron infiltrarse en la labor médica mexicana tan rápido como debió haber sido por el bienestar de los epilépticos.

La nosología de la epilepsia en los niños fue la misma que en los adultos; así como las ideas que se tenían en torno a los afectados por la enfermedad, es decir, los niños epilépticos también eran vistos como seres embusteros, vengativos y de mal carácter. El pronóstico que el doctor Macouzet le daba a un niño con epilepsia no era nada bueno, en su libro indicó que muchos infantes solían morir a causa de una congestión cerebral y que los que vivían caían en un estado de idiotismo que permanecía toda su vida, incluso en los que lograban llegar a la edad adulta ya que la enfermedad a su ver era incurable. El tratamiento que propuso para el pequeño mal, el gran mal y la epilepsia larvada de Morel fue con la intención de disminuir la intensidad y el número de los ataques, no de curar la enfermedad; el recetaba 4 gramos de bromuro de sodio, 4 gramos de bromuro de potasio, 4 gramos de bromuro de amonio y 120 gramos de agua destilada; todo debía dársele al niño en cucharaditas de la siguiente forma: “para niños de ocho a catorce años, una vez al día, en un pozuelo de leche, durante un mes; al mes siguiente cucharadita dos veces al día y al tercer mes tres veces al día, volviendo a empezar con una al cuarto mes”.³¹²

Para los niños que estuvieran diagnosticados con epilepsia jacksoniana Macouzet pronosticaba un mejor resultado, ya que éste estaba sujeto a la causa de la epilepsia y por lo tanto se tenía mayor información acerca de cómo tratar la enfermedad. El tratamiento era en la mayoría de los casos la trepanación para extirpar alguna cicatriz, quiste, tumor, etc. y generalmente tenía muy buen resultado. En los casos en que la cirugía no mejoraba la enfermedad entonces se recetaba 2 gramos de yoduro de potasio, 10 gramos de bromuro de potasio y 120 gramos de agua destilada, todo esto en cucharaditas diarias, una a la hora de comer y otra a la misma hora pero con 10 gramos de borato de sosa, 30 gramos de glicerina y 300 gramos de jarabe.³¹³

El tema de la terapéutica fue un aspecto de la medicina que no fue tomado en cuenta de forma tan precisa en el siglo XIX. Como se vio a lo largo del capítulo fueron pocos los tesisistas interesados en tratar este tema y los que lo hicieron demostraron no estar al corriente con las teorías europeas como lo estaban en otras áreas de la ciencia médica. Esto

³¹² Roque Macouzet, *Arte de criar y curar a los niños*, Barcelona, Fidel Giró impresor, 1910, p. 138.

³¹³ *Ibidem.*, p. 139.

no sólo indica que la epilepsia no fue tratada correctamente debido a la ignorancia, misterios y supersticiones que la rondaban, sino que el interés en estas décadas por encontrar un remedio efectivo para la epilepsia surgió por parte de muy pocos integrantes del gremio médico.

Aunque el interés por curar a los epilépticos no haya sido tan grande como el de conocer a fondo la enfermedad y resolver todos los misterios que generaba, la terapéutica en estas tres décadas se caracterizó por comenzar a cambiar permitiéndose ser empírica y no quedarse únicamente en las recomendaciones de los médicos reconocidos. Como se pudo observar en las tesis de los estudiantes de medicina muchos propusieron terapias mixtas utilizando plantas propias del territorio mexicano a pesar de no haber sido mencionadas antes por médicos europeos y ser poco recomendable la combinación de terapias. Lo empírico se hizo patente tanto en la iniciativa por parte de los estudiantes de experimentar con los síntomas de los pacientes, como en la intención de intentar curar la enfermedad o por lo menos controlarla por medio de la herbolaria. Quizá la razón por la que pocos alumnos optaron por tratar el tema de la terapéutica se debió justamente a la necesidad de proponer y experimentar, acciones poco comunes, ya que como se ha visto a lo largo de la presente investigación la observación fue la base de sus estudios.

El caso de la terapéutica de la epilepsia en los niños resulta un ejemplo interesante para puntualizar la importancia que tenía (y tiene) el estar bien informado como médico acerca de la patogenia de una enfermedad al momento de tratar un paciente, ya que hace evidente la diferencia entre curar y controlar la enfermedad, o simplemente alargar o acortar el tiempo de vida del enfermo sin mejorar su calidad de vida. Es decir, en el caso de los tipos de epilepsia en los que no se sabía su causa le fue muy difícil a Macouzet, si no es que imposible, hacer algo por el paciente. En cambio en el caso de los pacientes con epilepsia jacksoniana Macouzet supo perfectamente qué la causaba y, por lo tanto, los métodos que sanaban al epiléptico.

La ignorancia en torno a la epilepsia fue una de las razones por la cual el concepto de dicha enfermedad seguía en formación y derivó en varias formas de abordar la enfermedad tanto a nivel teórico (qué es, cómo se percibe, etc.), como práctico (el trato a los epilépticos y la terapéutica) y por lo tanto de conceptualizarla. Es decir, en estas últimas tres décadas del siglo XIX mexicano no se consolidó un concepto único explicando

claramente qué es la epilepsia, sino que todos los médicos interesados en estudiarla crearon su propia definición y la entendieron a su manera de acuerdo a sus intereses y acercamientos previos con la enfermedad. Esta problemática conceptual sigue presente en la actualidad aunque en cierta forma oculta, ya que si bien en los textos se encuentran definiciones bastante precisas y parecidas entre sí acerca del padecimiento, los médicos siguen interpretándola cada uno de acuerdo a su criterio y por lo tanto la terapéutica sigue siendo muy variada y en ocasiones perjudicial para los pacientes.

Conclusiones

Comenzando con el concepto de la epilepsia, después de exponer a lo largo de la presente investigación sus transformaciones y variantes, es posible calificarlo como impreciso. Ya se aclaró que resultó imposible saber exactamente qué era la epilepsia debido a la ignorancia en torno al tema y a la falta de herramientas y tecnología adecuada para su estudio (problemática que sigue vigente a pesar de los avances científicos y tecnológicos).

Un aspecto que no se mencionó en el desarrollo del escrito fue la conveniencia social y política de un cambio drástico en el concepto. Tomando en cuenta que la mayor parte de los años que abarcan la investigación concurren durante el gobierno de Porfirio Díaz bajo el lema "orden y progreso", se puede inferir que los epilépticos al ser considerados locos no eran bien vistos para alcanzar dicho propósito que en parte pretendía "limpiar" a la sociedad. Al tener locos, borrachos, indigentes y pobres dicha limpieza no se podría completar, por lo tanto, sí existía un interés en apoyar las ideas europeas que indicaban que la epilepsia era una enfermedad cerebral y no mental, sin embargo, eran pocos los recursos y herramientas para comprobar de lleno tales afirmaciones.

Este choque entre el interés en dejar de relacionar a la epilepsia con la locura y la incapacidad para satisfacer dicho deseo del todo, sumado al nacimiento de la psiquiatría, la neurología y su creciente introducción en el gremio médico mexicano y las aulas de la Facultad de Medicina, pueden explicar el repentino interés de los estudiantes por dedicar sus tesis a la investigación y estudio de la epilepsia.

La nosología de la epilepsia mostró un gran avance en el área de la nosotaxia, comparando la década de 1870 con la de 1890 es posible afirmar que el estudio de la enfermedad se enriqueció y por lo mismo la clasificación tanto de la sintomatología, como de la tipología creció y se aclaró. Muchas de las manifestaciones de la epilepsia tomaron forma dentro del estudio de la enfermedad, probablemente el mejor de los ejemplos sea la epilepsia jacksoniana, tipo de epilepsia que permitió tipificar las crisis convulsivas y localizar las zonas cerebrales motoras y de descarga, hechos que revolucionaron el estudio posterior de la epilepsia.

Entre más se acercaba el final de la centuria, mayor era el interés de los estudiantes por los métodos para tratar, controlar e incluso curar la epilepsia, es decir, por la terapéutica. La mayoría de los estudiantes trataron medicamentos como los bromuros y

otros químicos ya probados por el gremio, sin embargo, hubo un tesista que tuvo la iniciativa de proponer un tratamiento herbolario. Vicente Montes de Oca propuso recetar una planta, la *Ipomoea Stans* para curar la epilepsia o, mejor dicho, controlar los ataques (recordemos que para los médicos de esta época controlar los ataques era curar la enfermedad, aunque en realidad la ausencia de convulsiones no implicara la desaparición de la epilepsia). Esta intención por parte de Montes de Oca de recordarle al gremio médico la existencia de una gran gama de hierbas capaces de sanar a las personas y probablemente curarlas de la epilepsia reflejó la convivencia del mexicano con su entorno natural y su necesidad de identificarse con la tradición milenaria de la herbolaria.

Si bien la medicina alópata y la herbolaria no se contraponen ya que los extractos de hierbas conforman muchos de los medicamentos, muchas personas prefieren tomar medicinas fabricadas por laboratorios para curarse que confiar en las propiedades curativas de las hierbas. Sin embargo, el uso de las plantas medicinales es una costumbre que afortunadamente sigue presente hasta nuestros días y que forma parte de los tratamientos mixtos, un ejemplo de esto es el tomar un té de manzanilla para el estómago o de árnica para el dolor, además de los medicamentos que el médico señala.

Debido a que la presente investigación se basó en catorce tesis de medicina escritas en el último tercio del siglo XIX, es importante señalar ciertos aspectos y aportes de los mencionados escritos tanto a la ciencia médica de su tiempo como al estudio de la misma. Las tesis como fuentes primarias que son, permiten un acercamiento mucho más directo con las metodologías usadas por la medicina mexicana en el último tercio del siglo XIX.

El primero de los aspectos a recalcar es el paso que la medicina dio hacia el cientificismo y la sistematización. Los médicos pasaron de observar y describir a buscar un método que les permitiera dar explicaciones más precisas a partir de hechos comprobados empíricamente. Es por ello que en la terapéutica los alumnos fueron tan estrictos y claros al momento de relatar cómo era el paciente antes de administrarle cierta medicina, qué medicamento era, dónde se obtenía, la farmacodinámica en otros pacientes y, posteriormente, en el suyo. Este empirismo fue el preámbulo de la medicina moderna.

La introducción de la medicina moderna en México se constata a través de los escritos de los tesistas debido al gran énfasis que hacían en las teorías europeas correspondientes a la neurología y a la psiquiatría, dos ramas de la medicina que surgieron

en el siglo XIX y permitieron el surgimiento de una nueva ciencia médica. Estas dos disciplinas marcaron un partaguas en la medicina, especialmente en los estudios acerca del cerebro, la mente, sus patologías y las diferencias entre ambos. Además de la introducción de las nuevas corrientes médicas al país, la medicina en México comenzó a modernizarse gracias al impulso que el régimen de Díaz dio a las ciencias, también merece ser mencionado el avance de la terapéutica cuando el gobierno pasó a ser el encargado de los enfermos quitándole esta tarea a la Iglesia, lo cual permitió una práctica médica más organizada y profesional.

Los estudiantes mexicanos de medicina de finales del siglo XIX mostraban una tendencia hacia el cientificismo al abordar al enfermo como un objeto a analizar y en el cual experimentar, y no como cualquier otro ser humano. Esto se debió gracias a que la ciencia permitió que fuera posible y válido experimentar tanto con las enfermedades, como con su acción en el cuerpo que habitaban: ambos eran fenómenos a investigar y a estudiar. La intención era obtener una mayor comprensión del funcionamiento del cuerpo humano y la alteración del mismo cuando era atacado por una enfermedad, lo que requería una investigación más exhaustiva, ya que conociendo el comportamiento, ramificación y mutación de las enfermedades resultaba más factible encontrar la forma de curarlas y controlarlas, así como de crear antídotos, vacunas, etc.

Estas ideas que se plasmaron en las tesis fueron únicamente en forma de descripciones minuciosas, experimentos terapéuticos y una evolución en los métodos para estudiar y tratar la epilepsia³¹⁴, en cambio se llegaron a grados más radicales en Europa al experimentar directamente con cerebros de perros y humanos. Al respecto no encontré datos que indicaran tales prácticas en México, sin embargo con la obsesión que se inculcaba a finales del siglo XIX por el "saber" y la "razón" probablemente también se llevaron a cabo experimentos similares, ya que de acuerdo al positivismo un científico, en este caso un médico, debía saber lo que hacía y decía, no creerlo o interpretarlo.

³¹⁴ Se notó una gran diferencia en cuanto a la forma de presentar los resultados en cada una de las tesis con el pasar de los años, por ejemplo: Chaix en 1870 únicamente anotaba lo que observaba, Rivadeneyra en 1887 intentó realizar un estudio más preciso por medio de la estadística y el análisis de datos duros y durante la década de 1890 algunos estudiantes como Montes de Oca y Malberti experimentaron directamente en sus pacientes con remedios que ellos creían revolucionarían la terapéutica de la epilepsia y la calidad de vida del epiléptico.

En cuanto a la sistematización, la medicina comenzó a crear un nuevo sistema de acuerdo a los nuevos conocimientos provenientes de Europa y comenzando desde las aulas. Los planes de estudio cambiaron: materias que enseñaban acerca de las enfermedades mentales fueron anexadas al plan de estudios y se inauguraron las prácticas directamente con los enfermos.³¹⁵ Estos cambios en la forma de enseñar la medicina además del interés político en los profesionistas dio pie al profesionalismo de la medicina, hecho que consiguió que muchos charlatanes dejaran de opacar la práctica médica.

Tratando las hipótesis, ambas fueron comprobadas. La primera, en la que expongo que la epilepsia es una de las enfermedades cuya concepción ha cambiado drásticamente a lo largo de la historia se corroboró al notar que en un periodo de treinta años pasó de ser locura y un mal mental a una enfermedad cerebral. Asimismo, se puede asegurar esta premisa si se toman en cuenta ideas previas en torno a la epilepsia como las que la consideraban desde un mal divino, un estado de éxtasis, una enfermedad propia de genios, hasta una posesión demoniaca. Incluso en la actualidad muchas de esas ideas siguen vigentes, sobre todo en zonas marginadas, aunque las grandes ciudades tampoco están exentas de malentender la enfermedad. Mientras exista ignorancia y por consecuencia miedo y vergüenza hacia la epilepsia estas ideas erróneas seguirán teniendo lugar.

La segunda hipótesis también pudo demostrarse, ésta señala que la razón por la cual la epilepsia era considerada un tipo de locura se debió a la confusión que la mayoría de los médicos tenían entre la epilepsia y varias enfermedades mentales o psicopatologías como la enajenación mental y la histeria, entre otras, a causa de sus síntomas, en especial las convulsiones. Esto se pudo probar al analizar las enfermedades con las que era confundida y las razones por las que esta asociación tenía lugar: la presencia de convulsiones en la epilepsia y en algunos tipos de locura. También ayudó a corroborar dicha hipótesis el surgimiento de la psiquiatría y de la neurología, ciencias que impulsaron experimentos y lograron comprobar, gracias al descubrimiento de las localizaciones cerebrales, que la epilepsia era una enfermedad cerebral causada por una lesión en el cerebro, y no un mal mental o una enajenación.

³¹⁵ *Vid. Supra.* p. 20. En la Introducción en el apartado “La medicina en las aulas mexicanas”, se describe la instrucción médica, se muestra el plan de estudios de 1890 y se describen las transformaciones que tuvo el mismo y como éstas afectaron la enseñanza de la medicina.

El estudio de la epilepsia, así como de cualquier enfermedad en un tiempo remoto, fuera de permitir la comprensión y transformación de un concepto y una mentalidad, incita a los médicos a realizar un estudio más profundo de la enfermedad permitiéndoles ver ciertos aspectos que al darse por hecho en la actualidad crean puntos ciegos para el tratamiento de la epilepsia. Por ejemplo, muchos médicos actualmente no se percatan del impacto social negativo (discriminación, miedo, vergüenza ajena, entre otros sentimientos que despierta la epilepsia) que tiene la enfermedad tanto en el imaginario colectivo, como en cada persona que lo padece porque lo ven como algo “normal”, incluso son pocos los médicos que se preocupan por la vida social y familiar de sus pacientes epilépticos, sabiendo desde siglos atrás que el entorno es esencial para el control del mal epiléptico. En pocas palabras, es necesario que los médicos estudien la historia de las enfermedades que tratan para ejercer de forma más efectiva su profesión.

Por último quiero mencionar la utilidad que tiene para el historiador estudiar la conceptualización de una enfermedad, ya sea médica, cultural o socialmente. Las enfermedades al ser sucesos que afectan directamente a las personas y en caso de hablar de epidemias, endemias y pandemias, a sociedades enteras, son capaces de decir mucho no sólo de la cotidianidad de las personas que las padecen (hablando desde el punto de vista de la historia de las mentalidades, de las ideas, de la vida cotidiana, etc.), sino que también develan procesos de corta y larga duración, ya que al estudiar sus cambios y transformaciones es posible conocer cómo sucedieron dichos procesos, los cortes en los mismos, sus características y la razón por la cual se dieron de determinada forma. El caso de la conceptualización de la epilepsia es un proceso de larga duración que no se ha concluido, es un concepto que ha presentado grandes cambios, fuertes rupturas y por consecuencia a derivado en ser un concepto vago e impreciso que continua generando diferentes conceptos que coexisten entre sí dándole prioridad al aceptado por la mayoría de los médicos reconocidos en la actualidad. La epilepsia sigue dando mucho que estudiar práctica y teóricamente.

Bibliografía

Fuentes primarias

- ALVARADO, Miguel, "Para formar la historia del estado de mal epiléptico" en *Gaceta médica de México*, 1º de diciembre de 1883, n. 23.
- CHAIX, Carlos L., *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la epilepsia*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1870.
- DE MEDINA Y ORMAECHEA, Antonio A., *Código Penal mexicano. Sus motivos, concordancias y leyes complementarias*, México, Imprenta del Gobierno, en Palacio, 1880, tomo 1.
- GÓMEZ, Elias A.: *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1888.
- LICEAGA, Eduardo, "El bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia", en *Gaceta médica de México*, México, 15 de octubre de 1871, n. 20.
- LÓPEZ, Alejandro, *Algunos cuidados higiénicos especiales a los enagenados*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1886.
- MACOUZET, Roque, *Algunas consideraciones sobre la epilepsia jacksoniana*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1893.
- MALBERTI, José A., *Tratamiento sugestivo de la locura*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1896.
- MAZARI, Marcos, *Breve estudio de algunas causas de la epilepsia en México*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1885.
- MONTES DE OCA, Vicente, *Breve exposición de los principales tratamientos de la Histeria y Epilepsia y algunos apuntamientos para contribuir al estudio científico de la IpomoeaStans (Tumba – vaqueros)*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1893.
- POLA, Librado, *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1891.
- RÍO DE LA LOZA, Maximino, "Del senecio en el tratamiento de la epilepsia", en *Gaceta médica de México*, México, 1º de diciembre de 1866, n. 23.

-----, "Del senecio en el tratamiento de la epilepsia", en *Gaceta médica de México*, México, 15 de noviembre de 1866, n. 22.

RIVADENEYRA, Mariano, *Apuntes para la estadística de la locura en México*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1887.

RODILES, Francisco, *Breves apuntes sobre la histeria seguidos de un apéndice sobre la locura histérica*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1885.

ROMÁN, Alberto, *Responsabilidad legal en las personas afectadas de histeria*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1898.

SALINAS, Agustín, *Breve estudio sobre el tratamiento de la histero-epilepsia*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1886.

SÁNCHEZ BUSTAMANTE, Pilar, *Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1891.

VILLALVA, Julián, *Simulación de la epilepsia*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1900.

Fuentes secundarias

ARREOLA MARTÍNEZ, Betzabé, *¿Locura o disidencia? Un estudio sobre la locura femenina desde la ciencia psiquiátrica de finales de siglo XIX y principios del XX*, México, B. Arreola Martínez, 2007.

BAZANT, Mílada, *Historia de la educación durante el Porfiriato*, México, El Colegio de México, 1993.

BRAILOWSKY, Simon, *Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999.

CÁRDENAS DE LA PEÑA, Enrique, *Terminología Médica*, México, Interamericana Mc. Graw - Hill, 1996.

- CARRILLO FARGA, Ana María, *Epidemias, saber médico y salud pública en el Porfiriato*, tesis de Doctorado en Historia, asesorada por Dr. Juan José Saldaña, México, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, 2010.
- CASTAÑEDA LÓPEZ, Gabriela, *Pioneras de la medicina mexicana en la UNAM. Del Porfiriato al nuevo régimen, 1887 – 1936*, México, UNAM, 2010.
- DELAY, Jean, *The Rorschach and the epileptic personality*, Michigan, Logos Press, 1958.
- GARCÍA - ALBA RISTOL, Esteban, *Historia de la epilepsia*, Barcelona, Masson, 1999.
- GÓMEZ, César, *Los servicios de salud mental pública en México, 1862 – 1988. Un ensayo crítico*, tesis de Licenciatura en Psicología, asesorado por María Asunción Valenzuela Cota, México, UNAM, Facultad de Psicología, 1991.
- HUTTON, Patrick H., "The history of mentalities. The new map of cultural history" en *History and Theory*, octubre de 1981, vol. 20, num. 3.
- KOSELLECK, Reinhart y Hans-Georg Gadamer, *Historia y Hermenéutica*, Barcelona, Paidós, 1997.
- KOSELLECK, Reinhart, *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*, Barcelona, Paidós, 1993.
- MACOUZET, Roque, *Arte de criar y curar a los niños*, Barcelona, Fidel Giró impresor, 1910.
- OCARANZA, Fernando, *Historia de la Medicina*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1995.
- PÉREZ-RINCÓN, Héctor, *El teatro de las histéricas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998.
- ROJAS MALPICA, Carlos, *et.al.*, "La psicosis única revisitada. De la nosotaxia a la nosología", en *Salud Mental*, México, marzo - abril de 2012, vol. 35.
- RUBIO DONNADIEU, Francisco, Jaime Ramos Peek, *et. al.*, *PAC Neuro – 1 Programa de actualización continua en neurología. Epilepsia en adultos.*, México, Intersistemas, 1999.
- SOMOLINOS, Germán, *Historia de la Medicina*, México, Patria, 1964.

Índice de imágenes

IMÁGEN1. *Jubileo de Pasteur el 27 de diciembre de 1892* pintado por Rixens. Pérez-Rincón, Héctor, *El teatro de las histéricas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998.

IMÁGEN 2. *La lección clínica en la Salpetriere en el servicio del profesor Charcot* pintado por André Brouillet. Pérez-Rincón, Héctor, *El teatro de las histéricas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998.

IMÁGEN 3. *El doctor Péan antes de la operación* pintado por Henri Gervex. Pérez-Rincón, Héctor, *El teatro de las histéricas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998.

IMÁGEN 4. *La lección de Claude Bernard* pintado por León A. Lhermitte. Pérez-Rincón, Héctor, *El teatro de las histéricas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998.

IMÁGEN 5. Ejemplo del estudio numérico que Rivadeneyra llevó a cabo. Rivadeneyra, Mariano , *Apuntes para la estadística de la locura en México*, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela de Medicina de México, 1887.

IMÁGEN 6. Ubicación de la cisura o surco de Rolando. Brailowsky, Simón, *Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999.

IMÁGEN 7. Localización de los lóbulos cerebrales. Brailowsky, Simón, *Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999.

IMÁGEN 8. Circunvoluciones o giros cerebrales que conforman el cerebro. www.sciencedaily.com [Consultada en febrero de 2013]