

el modo de recetar que propongo (entre nosotros los médicos mexicanos), porque se escribe en el idioma que hablamos familiarmente; porque se presta á una claridad que no es fácil alcanzar sirviéndose de un idioma extraño; porque es susceptible de cuantas perífrasis quieran usarse, y porque es el idioma nacional. En consecuencia, yo suplico á los respetables profesores que me escuchan adopten y procuren popularizar, si lo creen conveniente, la reforma que indico, abrazando estos cuatro puntos:

- 1º Recetar en español sin abreviaturas.
 - 2º No emplear signos de ninguna especie.
 - 3º Usar del mejor carácter de letra que sea posible.
 - 4º Servirse del sistema decimal para la designacion de los pesos medicinales.
- México, Mayo 18 de 1870.

MANUEL DOMINGUEZ.

MEDICINA LEGAL.

Lecciones sobre la Epilepsia, considerada bajo el punto de vista de la Medicina legal, dadas en la Escuela de Medicina de México por el profesor del ramo, D. Luis Hidalgo Carpio, los dias 20 y 22 de Setiembre de 1869.

Apenas habrá enfermedad que importe tanto conocer en todos sus detalles al médico jurista como la epilepsia, lo cual proviene de ser varias y muy intrincadas las cuestiones administrativas y judiciales á que puede dar lugar esta enfermedad, ya porque la simule alguno para escapar al sorteo militar ú obtener una licencia absoluta en el servicio de las armas, ya porque la pretesten en su defensa los mayores criminales; precisamente aquellos cuyos hechos han horrorizado mas á la sociedad con las circunstancias especiales de que van complicados. Tal excusa no es rara en la práctica, y es que ya nadie ignora que la epilepsia se complica frecuentemente de locura, la que conduciendo á veces á ejecutar actos que la ley condena, excusa á los desgraciados cuyas facultades afectivas ó morales se hallan encadenadas á su perturbacion intelectual.

Para resolver que un individuo por razon de epilepsia no es apto á la carrera militar, basta y es necesario presenciar sus ataques y saberlos distinguir del que podria ser simulado; mas para decidir que el hecho criminal que cometió no le es

imputable, no basta haber comprobado que padece epilepsía, que no la simula, sino que se necesita tambien resolver que sus facultades mentales se han encontrado perturbadas en aquel momento mismo en que obró, y no en cualquier otro de los períodos de su existencia. La misma investigacion hay necesidad de hacer cuando parientes ó estraños promueven la interdiccion de un epiléptico, ó tachan de nulo el testamento que instituyó antes de morir.

Se ve, por tanto, cuán difícil ha de ser resolver las cuestiones médico-legales que tengan relacion con la epilepsía, y cuan precisos y extensos los conocimientos que debe tener el médico sobre las causas, síntomas, diagnóstico, marcha y complicaciones de tan terrible enfermedad.

Figura la herencia como muy principal entre las causas de la epilepsía. Se ha dicho que la enagenacion mental de alguno de los padres ó la histeria de la madre podian pasar á los hijos bajo la forma de epilepsía; pero es muy posible que aquella enagenacion fuese tambien epiléptica, originada de ataques nocturnos durante el sueño, ó de los que existen bajo la forma de vértigo, y que la histeria no fuese mas que la misma epilepsía de forma equívoca.

Despues de la herencia vienen las emociones violentas del ánimo, particularmente el miedo, un gran susto ó un profundo terror, ya de la misma persona afectada, ó ya de la madre cuando la llevó en su seno antes de nacer.

Las contusiones y heridas de cabeza son otras de las causas, que aunque no muy frecuentemente, pero algunas veces, dejan lesiones del cerebro ó de sus membranas que provocan ataques epilépticos. Otro tanto se puede decir de las inflamaciones crónicas y de otras alteraciones orgánicas no traumáticas de los mismos órganos.

Para comprender la existencia de las anteriores causas, si no es una cicatriz profunda á la superficie del cráneo, no tenemos medio alguno cierto de conseguirlo: así es que, aunque ellas son muy eficaces para producir la epilepsía, puede inventarlas, para engañarnos, quien simule esta enfermedad. Hay, por fin, otras causas que son menos eficaces y quizá sin relacion directa con la epilepsía, tales como los matrimonios entre consanguíneos, los abusos venéreos, la masturbacion, la sífilis, el ténia, etc., y por eso no hago mas que mencionarlas.

En cuanto á los síntomas, la epilepsía reviste dos formas principales: una que lleva el nombre de vértigo ó ligero mal (*petit mal* de los franceses), y la otra el de fuerte mal epiléptico (*grand mal*). La primera comprende desde la simple distraccion patológica hasta el coma profundo; una y otro acompañados, aunque no siempre, de ligeros movimientos convulsivos parciales y que pasan en un período de tiempo muy corto. Esta suspension del conocimiento se toma frecuentemente, aun por los médicos, como un ataque pasajero de congestion cerebral; de manera que hay muchos enfermos que ignoran realmente la enfermedad que padecen, y

llegando despues por la repeticion de dichos ataques á sufrir alguna perturbacion mental, se cree que ésta no tiene relacion alguna con la epilepsía; y si no fuera porque dicha perturbacion reviste caracteres que le son propios, no podria llegarse ni á sospechar que trae su origen de aquella enfermedad.

La segunda forma ó *fuerte mal epiléptico*, consta de ataques que van precedidos, en casi la mitad de los casos, de lo que se ha denominado la aura epiléptica. Esta consiste en la aparicion de un síntoma aislado, casi siempre el mismo, algunas horas ó solamente minutos ó segundos antes del ataque. Ya es un dolor de cabeza, de estómago, ó de alguna otra parte del cuerpo, ya una sensacion de frio, de vapor caliente ó de hormigueo, que comenzando en alguno de los miembros se propaga sucesivamente hasta llegar á la cabeza, en cuyo momento el enfermo pierde el conocimiento: otras veces son convulsiones parciales; otras, vómitos, borborigmos, deposiciones, etc.: por fin, en muchas consiste el aura en ligeras perturbaciones mentales, en ilusiones ó alucinaciones de los sentidos.

Pero que haya ó no precedido al ataque la aura epiléptica, al fin llega aquel. El enfermo pierde el conocimiento y cae de improviso por tierra, casi siempre de cara, sin cuidarse de las personas delante de quienes se encuentra, ni de los precipicios y peligros del lugar en que está. A la caída acompaña las mas veces un grito único, mas bien ronco que agudo, una palidez cadavérica muy notable de la cara, aunque muy pasajera, pero que comenzando inmediatamente despues una rigidez tetánica, ya general, ya de solo un lado del cuerpo, que invade hasta los músculos de la respiracion, ésta se ve suspendida, y viene una coloracion contraria de lividez ó amarotamiento de la cara, en especial de los lábios, hinchazon de las venas del cuello é inyeccion de los ojos. Dicha rigidez es mas notable siempre de un lado del cuerpo que del otro, y va acompañada de un estremecimiento fibrilar de los músculos y de la inclinacion del mismo lado de la cabeza sobre el hombro, dirigiéndose la cara del lado contrario: fenómeno que depende de la contraccion violenta del extremo-mastoideo correspondiente. Durante dichas contracciones los dedos pulgares se aplican fuertemente contra las palmas de las manos, y los otros dedos por encima de aquellos; con la particularidad de que si dichos pulgares se estienden á fuerza, se quedan estendidos pero rígidos y animados de movimientos convulsivos. Los ojos, en ocasiones fijos, parecen saltarse de sus órbitas; otras veces los párpados están casi cerrados; á la vez que esto sucede hay emision involuntaria de orina, de esperma ó de heces ventrales. El estado tetánico arriba descrito no podria prolongarse por mucho tiempo sin asfixiar al enfermo; así es que no dura mas que de diez á treinta ó cuarenta segundos.

A este período de rigidez sigue otro de convulsion, y al pasar del uno al otro viene á manera de sufocacion, determinada por la necesidad que tiene el enfermo de tomar aire despues de haber estado suspensa su respiracion. El período de

convulsion, que no dura mas que de uno á dos minutos, se caracteriza por movimientos rápidos y alternativos de contraccion y de relajacion de todos los músculos de la vida de relacion, siendo mas marcados siempre de aquel lado que fué mas notable la rigidez tetánica. Dichas convulsiones, en la cara, producen gesticulaciones á veces horribles; los párpados medio cerrados, están en continuo parpadeo; los globos de los ojos, rodando en las órbitas, son llevados y fijados por momentos hácia arriba, debajo del párpado superior.

Las mismas convulsiones, determinando movimientos irregulares de la lengua y del interior de la boca, producen la mordedura ordinariamente de un solo lado de aquella; y como al mismo tiempo se verifica un aumento en la secrecion salivar y folicular de la boca, su abundancia y falta de degluticion hace que aparezca hácia afuera bajo la forma de una baba espumosa, que no es siempre sanguinolenta.

El calor del cuerpo se encuentra aumentado; el pulso, que en el primer período era pequeño y concentrado, se vuelve lleno, duro y frecuente, y la piel comienza á humedecerse, para cubrirse despues de un sudor mas ó menos abundante. Las pupilas, contraidas algunas veces, son de ordinario dilatadas, aunque pueden estarlo á diversos grados en los dos ojos; pero siempre insensibles á la impresion de la luz. La sensibilidad general, lo mismo que el conoeimiento, continúan suspensos.

Despues de este conjunto de síntomas viene el tercer período ó de estupor, que dura de tres á ocho minutos. Durante él se relajan todos los músculos, produciendo la resolucion general de los miembros; la cara vuelve á ser pálida; la insensibilidad completa; la respiracion profunda y ruidosa se acompaña de un ronquido semejante al que produce una persona profundamente dormida ó en estado de ebriedad.

La falta de conocimiento es todavia completa al comenzar el cuarto período; pero la sensibilidad y los movimientos empiezan á recobrase: el enfermo recoge sus miembros, responde aunque torpemente á las escitaciones artificiales de sus sentidos, y por último viene un corto período de sueño, despues del cual abre los ojos, mira á su rededor con cierta sorpresa, se levanta maquinalmente, y si no hay quien lo detenga, se aleja del lugar del ataque abochornado y como quien desea ocultarse de la vista de las personas que tiene delante.

En este momento no sabe lo que hace; hay confusion cabal de sus ideas; las palabras que proficre, si es que tienen alguna relacion con las preguntas que se le dirigen, se borran totalmente de su memoria; no recuerda su ataque ni á las personas que lo rodeaban, ni las acciones que ejecutó al volver del sueño epiléptico. Su mirada es sin espresion; su semblante estúpido y su marcha vacilante. De aquí en adelante todas las facultades intelectuales y sensoriales se van recobrando poco á poco, hasta que al cabo de mas ó menos horas vuelven á su estado normal; quedándoles por señal inequívoca de la escena que acaba de pasar, unas pequeñas

equimosis de las conjuntivas, cara, cuello y pecho (Tisot), y cierta modificacion del pulso, que dura hasta mas de seis horas despues que ha pasado el ataque (Voisin).

Para resumir los síntomas mas esenciales del ataque epiléptico, me valdré de la division en cuatro períodos, propuesta por Beau, y que antes he seguido para la descripción de los síntomas: llamando con dicho autor al 1º *tetánico ó tónico*, en que se colocan naturalmente la palidez inicial de la cara, la rigidez inmóvil de los músculos, la suspension de la respiracion, la hinchazon de las venas, la congestion de la cara y la pequeñez del pulso: dura de cinco á treinta ó cuarenta segundos. Al 2º período, *espasmódico ó clónico*, en que se encuentran el espasmo clónico, el retorno de la respiracion, la aparicion alternativa de la saliva, la insensibilidad de la pupila, la disminucion de la hinchazon de las venas y de la turgencia violada de la cara, y el desarrollo del pulso: dura de uno á dos minutos. Al 3º de *ronquido*, al cual se refieren el mismo ronquido, la palidez secundaria de la cara, la descomposicion del semblante: pasa este período entre tres y ocho minutos. El 4º comprende la vuelta de la sensibilidad y de la inteligencia: dura de diez minutos á media hora.

Ataques semejantes al que acabo de describir reaparecen de tiempo en tiempo, ya periódicamente, lo cual es raro, ya de una manera irregular, mediando entre ellos desde algunas horas hasta algunos meses y aun muchos años; alternando con el vértigo ó con el ligero mal epiléptico (*petit mal*). Otras veces vienen por series, de manera que cada ataque se compone de varios accesos que se repiten en pocas horas.

En la marcha de la epilepsía, por lo que toca á las perturbaciones mentales que sobrevienen, se pueden distinguir tres largos períodos. En el primero, que corresponde á los primeros años de la enfermedad, la inteligencia se conserva casi siempre intacta. En el segundo, es decir, cuando la enfermedad dura despues de algunos años, viene el delirio ó manía epiléptica, de cuya complicacion me ocuparé extensamente despues. En el tercero, que corresponde á los últimos años de la vida del enfermo, la epilepsía va habitualmente acompañada de la demencia, la cual puede llegar hasta el idiotismo. La rapidez mayor ó menor con que se suceden estos períodos, depende de la edad del paciente y de la forma y circunstancias particulares de los ataques. Así es que en el niño se apresuran á llegar todos los períodos y viene muy temprano el idiotismo, mientras que en el adulto la marcha de la enfermedad es mas lenta.

Bajo la forma de distracciones y de vértigos, la epilepsía conduce mas rápidamente y con mas seguridad á la demencia y al idiotismo, que bajo la de fuertes ataques convulsivos (Esquirol), mientras que éstos atraen con mas seguridad los accesos de manía epiléptica (Delasiauve Falret). Los accesos abortados ó incom-

pletos son seguidos de manifestaciones intelectuales mas graves, mas insidiosos y fatales que los fuertes accesos convulsivos (Cavalier, Morel y otros). Cuando la epilepsía ha quedado por mucho tiempo suspensa, hace frecuentemente explosion con mayor intensidad, tanto bajo la forma convulsiva como bajo la forma delirante. Por último, ataques repetidos á cortos intervalos, constando de accesos que se repiten por séries, hacen de ordinario aparecer el delirio.

Los epilépticos que despues de muchos años padecen frecuentes ataques convulsivos, pueden reconocerse aun en los intervalos de alivio, por cierta fisonomía particular de estupidez y tristeza, mirar incierto, arrugas prematuras de la cara, voz ronca, ojos inyectados, pupilas dilatadas, párpados inferiores hinchados, lábios gruesos y amoratados, venas temporales y del cuello desarrolladas, y numerosas cicatrices en la cara. Por parte de la inteligencia se descubre mucha degradacion y aun una completa demencia.

Si tratásemos ahora de distinguir la epilepsía de otras enfermedades que se le parecen, no seria cosa muy difícil hacerlo; pero á mi objeto solo importa notar las diferencias que hay entre la que es real y la simulada.

Los que simulan la epilepsía la hacen subir generalmente á una época reciente, y si aciertan á referirla á alguna de las causas que la producen realmente, como á una herida de cabeza, se encuentra que la cicatriz que manifiestan es superficial y no adherente ni profundiza hasta el hueso.

Simulan la forma convulsiva grave, por ser la que han tenido ocasion de observar y conocer con el nombre de epilepsía, dejándose caer delante de las personas á quienes tienen interes de engañar. El modo de su caída nunca es de cara ni de una pieza, sino que van dejándose caer de manera que se maltrate su cuerpo lo menos posible, evitando los lugares peligrosos y la inmediacion á los precipicios.

Las convulsiones y las contracciones tetánicas que simulan son generales y de larga duracion, pero nunca mas notables de un solo lado del cuerpo ni se acompañan del estremecimiento fibrilar de los músculos. El color de la cara tampoco pasa de la palidez lipotímica (que no puede simularse) á la lividez ó amoratamiento, sino únicamente del color natural al rojo propio de la cara de una persona que se entrega á violentos esfuerzos. No dan grito alguno al caer, ó dan varios sucesivos. Si suspenden la respiracion no es mas que por un momento é incompletamente, mas nunca pueden simular aquella necesidad instintiva de aspirar el aire que aparece en el que se ve amenazado de muerte por asfixia. El pulso del simulador es frecuente y desenvuelto, precisamente en los momentos en que sucede todo lo contrario en el verdadero epiléptico.

Generalmente toman por signo muy esencial de la enfermedad, conservar los pulgares aplicados contra las palmas de las manos y fuertemente asidos por los otros dedos; así es, que cuando por la fuerza se les estienden aquellos, inmediata-

mente los vuelven á su posicion primitiva, lo cual no sucede en los verdaderos epilépticos, que los conservan estendidos y convulsos. Las pupilas de los simuladores permanecen en su estado normal y siempre sensibles á la luz. Raras veces se muerden la lengua, y desde el principio del ataque se apresuran á arrojar espuma de la boca; para lo cual se les ve hacer movimientos adecuados de los lábios y mejillas, y hasta suelen ponerse con anticipacion un pedazo de jabon ó de pelitre en la boca.

El período comatoso lo prolongan considerablemente, como el mas fácil para ellos de simular. Se abstienen de fingir la emision involuntaria de la orina; vuelven muy pronto al estado normal de su inteligencia, y nunca presentan los pequeños equímosis de la cara, que son tan comunes y característicos despues de un ataque verdadero.

Segun Benoit de Giromagny, (1) las convulsiones de los alcoholizados ó ébrios consuetudinarios son idénticas en su forma con las de la epilepsía, y se les puede considerar como una variedad etiológica de esta enfermedad. Se suelen encontrar en los soldados viejos, y basta secuestrar á éstos y ponerlos en la imposibilidad de entregarse á sus excesos habituales, para ver desaparecer su enfermedad. Para el diagnóstico diferencial sirven ademas los diversos síntomas del alcoholismo, que nõ dejan de presentarse antes ó despues de los ataques.

Como se puede comprender, al médico que ha estudiado bien los síntomas de la epilepsía y el orden en que éstos se presentan, no será fácil engañarlo, y tal fué la opinion de Esquirol, Trousseau y otros muchos, habiendo expresado el primero de estos autores, que ni aun el que fuera médico podria simular exactamente un fuerte ataque del mal epiléptico. En efecto, hay síntomas que son imposibles de simularse por ninguna persona, tales como la palidez inicial que acompaña á la caida del enfermo, la dilatacion de las pupilas y su insensibilidad á la accion de la luz, la suspension prolongada de la respiracion durante la contraccion tetánica del primer período, la angustia de la misma respiracion que viene en seguida, los equímosis pequeñitos de la cara, cuello y pecho que quedan despues. Pero es posible que dichos síntomas no puedan comprobarse ó pasen desapercibidos; tal sucede con la palidez inicial, que es muy pasajera; con la dilatacion é insensibilidad de las pupilas, que con solo elevar los globos de los ojos debajo de los párpados superiores ó contraer fuertemente éstos, nõ hay modo de cerciorarse de ellas; con lo que pasa en la respiracion, por no ser siempre muy notable, y con los equímosis, que pueden faltar. De modo que en la práctica, se comprende que una persona bastante diestra y habituada á simular podria, cuando menos, dejar en duda al médico sobre el verdadero diagnóstico. Así lo cree Voisin, y refiere en apo-

(1) Benoit, *Del abuso de las bebidas alcokólicas*, Gaceta Médica de Strambourgo, 1865.

yo de su opinion dos hechos de epilépticos fingidos, que han podido engañar á personas competentes como Royer-Collard, Delasiauve, Laségue, etc., y cree no poder escapar del error sino apelando á un signo que ha descubierto por medio de la aplicacion del esfigmógrafo de Marey á los pulsos del enfermo. (1)

Segun él, ni los esfuerzos mas violentos simulando ó no la epilepsía, pueden indicar al esfigmógrafo los cambios profundos que se producen en la circulacion por un ataque real de dicho mal. En sus experiencias ha aplicado el referido instrumento á individuos epilépticos momentos antes del ataque; á los mismos en los intervalos, haciéndolos correr aceleradamente: él mismo se ha entregado á esfuerzos y contracciones violentas; lo aplicó tambien en un epiléptico simulado muy sagaz, y nunca ha obtenido una indicacion semejante á la que dá aquel instrumento inmediatamente despues de un ataque real, y hasta por mas de seis horas, aun en los que solo han sufrido el vértigo epiléptico con ligeras convulsiones.

En efecto, aplicado el instrumento á una persona que acaba de pasar un ataque real de epilepsía, se obtiene un diseño gráfico, consistiendo en una sucesion de curvas muy pronunciadas, cuyas líneas ascendentes son casi verticales y de grande altura, y las descendentes, aunque oblicuas, apenas son mas pronunciadas que las otras; llevando una inflexion muy notable que corresponde al dicrotismo del pulso. Semejante diseño en nada se parece á los que se obtienen de individuos que simulan la epilepsía ó se entregan á ejercicios violentos. (Véase el diseño adjunto.)

Diseños sfigmográficos segun Voisin.



DEBIERNE.—Estado normal: 70 pulsaciones.



DEBIERNE.—Diez minutos despues del principio de un ataque convulsivo: 88 pulsaciones.



DEBIERNE.—Diseño tomado inmediatamente despues de una carrera rápida.

(1) *Anales de Hygiene y de Medicina legal*, año de 1868.

El autor explica el fenómeno, diciendo que depende de la mayor tension con que circula entonces la sangre en las arterias, por la parálisis transitoria que viene en la túnica muscular de éstas, despues de su retraccion ó especie de espasmo que comienza con el ataque y dura hasta que ha pasado el período tetánico: dicho espasmo provendria de la excitacion violenta del nervio gran simpático, cuyos ramos mas pequeños vienen á distribuirse á dicha túnica muscular. Esto podria explicar tanto la palidez inicial de la cara como la modificacion que sufre el pulso, el cual, siendo al principio del ataque pequeño y concentrado, se cambia despues en lleno y desarrollado. (1)

Con lo dicho, aunque muy en compendio, creo tendremos ya los datos necesarios para distinguir el verdadero epiléptico del que es simulado, (2) y para resolver la cuestión cuando se alegue esta enfermedad como excepcion para entrar al sorteo militar, conseguir una licencia absoluta ú obtener la relajacion de la pena de trabajos forzados ó la de reclusion solitaria.

Pero no es solo esto, pues como indiqué al principio, habrá que resolver en ciertos casos sobre el estado mental de un epiléptico cierto ó fingido acusado de un crimen. Entonces las dificultades son á veces muy graves, y hay la necesidad de tener muy presentes los síntomas propios de semejante perturbacion mental.

Desde luego hay que notar la circunstancia de la frecuencia con que la epilepsia se complica de una perturbacion mental cualquiera, de manera que, segun las estadísticas de Esquirol, recogidas por Calmeil en el hospital de Salpêtrier, sobre 339 epilépticos, habia 12 monomaniacos, 34 furiosos, 145 dementes, 8 idiotas, 50 gozaban habitualmente de su razon, pero tenian ausencias de memoria mas ó

(1) En la tésis que este año ha escrito el Sr. D. Carlos Chaix para su exámen profesional, se encuentra la referencia á un trabajo muy reciente del Dr. parisiense Mr. Poulet, que no he tenido oportunidad de leer, en el cual su autor trata de probar por la observacion clínica y por las experiencias sobre los animales, que la causa próxima de la epilepsia está en la presencia de una sal amoniacal en la sangre, cuya sal se forma á expensas de la urea que contiene aquella. Dicha urea se descompondria en la sangre con algun motivo, ó entraria en fermentacion por un fermento que se produciria en el estómago, en fuerza de una dispepsia especial que no es raro descubrir en los epilépticos. El Dr. Poulet cree poder diagnosticar y aun predecir los ataques epilépticos, por el análisis de las orinas, que, mediante ciertos reactivos, dejarán desprender gran cantidad de amoniaco. Si el hecho es constante, seguramente que ha de ser un buen recurso de diagnóstico para el médico-legista; pero antes es forzoso esperar á que la observacion confirme la verdad del descubrimiento.

(2) De intento no he hecho mencion del medio aconsejado por Cheine para descubrir al epiléptico fingido, por parecerme algo cruel: consiste en poner dentro del ojo, á la hora del ataque, un poco de alcohol, el cual ninguna impresion hará en la sensibilidad del verdadero epiléptico.

menos frecuentes, ó bien ideas exaltadas; algunos tenían un delirio fugaz, y todos cierta tendencia á la demencia. Por último, 60 no tenían aberracion alguna de la inteligencia, pero eran de una gran susceptibilidad, irascibles, tercos, descontentos, caprichosos, extravagantes; todos manifestaban algo de raro en su carácter. Resulta, pues, que de los 339 epilépticos estaban mas ó menos locos los cuatro quintos de ese número, y solo un quinto habia conservado la razon: ¡pero qué razon! esclama Esquirol. (1)

Sin embargo, como han hecho notar ya otros médicos, la referida estadística no es la expresion exacta de lo que se observa en la práctica civil, pues es de advertir que no son llevados á los hospitales mas que aquellos enfermos de ataques graves y repetidos, que por su pobreza no pueden ser asistidos en sus casas, ó los que han perdido ya el uso libre de sus facultades mentales. Entre tanto no llega este último caso, permanecen en la calle y andan mezclados con las demas gentes; á los que se agregan los muchos epilépticos que ó por la lenidad de sus ataques, á veces muy retardados, ó porque su inteligencia resiste á la influencia de semejante enfermedad, nunca llegan á sufrir perturbacion alguna; de lo cual son prueba, segun algunos autores, varios hombres ilustres como Platon, Sócrates, César, Mahoma, Petrarca, Carlos V y tal vez Napoleon I, etc.: entre nosotros, el Dr. Arrillaga y algunos mas que quizá conocemos, que aunque epilépticos, nunca han dado indicio de locura. Hay mas: se cita la observacion curiosa recogida por Leuret, de un sugeto que habia padecido ataques de epilepsía por diez y nueve años, que en los últimos siete años tenia de tres á seis diarios, y que sin embargo conservaba intacta su razon.

(Concluirá.)

FISIOLOGIA.

MAGNETISMO ANIMAL.

Cabíame la duda, como á otras muchas personas, sobre la realidad del magnetismo animal, y deseaba la ocasion de presenciar una de estas sesiones, en que algunas familias de México suelen pasar el rato en sus reuniones familiares, cuando supe que en la casa de un médico amigo mio habia en ciertas noches semejantes reuniones. Solicité presenciar alguna de ellas, y se me permitió hacerlo el 21 de Abril de 1864.

(1) Esquirol. *Tratado de las enfermedades mentales*. Tom. 1º