

combatientes, revistiendo los caracteres de una colosal epidemia que tuviese por causa el virus del terror universal.

He aquí el caso que sirve de motivo a este artículo, caso tipo, donde pueden encontrarse todos los elementos reseñados: muchacha de 18 años, sin antecedentes hereditarios, robusta, bien conformada, de desarrollo normal, con un historial morboso banal, de infecciones comunes en la infancia. Desde hace dos años padece crisis convulsivas de tipo histeroepiléptico, sin aura, *con la especial circunstancia de ser desencadenadas siempre por un golpe, aun banal, que accidentalmente o adrede sufra en vértice de la cabeza*. Pasada su crisis no hay sueño postcomicial; el retorno al estado consciente lo verifica de una manera rápida, sin obnubilación ni conciencia crepuscular. No hay cicatrices en cabeza ni lengua, no se aíslan zonas anestésicas, no padece otro síntoma que el reseñado y un dolor de cabeza en la zona precisa—vertex craneal—que al ser golpeada desencadena su crisis. La facilidad de reproducirse este ataque a voluntad nos induce a provocarlo mediante el consabido golpe. Se trata de una crisis convulsiva tónica, de unos tres minutos de duración, con—cianosis, enfriamiento de la piel, sin movimientos desordenados, al salir de la cual se da perfecta cuenta de haberla padecido, aunque ignora todo lo sucedido durante ella. Viene diagnosticada de epilepsia y sometida a un tratamiento bromurado intenso, de sustitución de sales, que sigue estrictamente aunque sin resultado.

Es necesario insistir una vez más en que el diagnóstico diferencial de Histeria y Epilepsia no debe fundamentarse nunca en los caracteres clínicos de una crisis convulsiva, sin grave riesgo de error. El cuadro acabado de bosquejar, como la mayoría de ellos tiene cosas comunes a ambas entidades—convulsión

tónica de Histeria, cianosis y enfriamiento de Epilepsia—y pretendiendo fórmular un diagnóstico sobre tan inseguras bases. Llegaríamos al diagnóstico *Histeroepilepsia* que no es otra cosa que un apodo tapando nuestra ignorancia.

El precedente cuadro a pesar de su ambigüedad sintomática, tiene un solo precioso indicio diagnóstico: la existencia de una *zona histerogena*, es decir, un distrito orgánico cuya excitación desencadena el síntoma: *Vertexcraneal*.

Claro es que en la Epilepsia también se encuentra algo análogo, zonas cutáneas cuya excitación desencadena la crisis comicial. Pero a poco observador que se sea se cae en la cuenta de cuan diferentes hechos desarrolla en uno y otro caso un estímulo de la misma naturaleza. Desde luego zonas convulsígenas sólo existen, claras y terminantes en la epilepsia jaksonianiana, precisamente localizadas en las zonas sensitivas que corresponden exactamente a los distritos o núcleos motores de corteza rolándica irritados por el proceso cicatricial, o por el enclavamiento de cuerpo extraño. En estos casos responde la crisis a la excitación de un areo reflejo *cutáneo-cerebro-muscular*, falto del tono inhibitorio que caracteriza a estos reflejos superiores. Como prueba evidente, la convulsión comienza siempre por el miembro excitado, suele quedar localizada en él, algunas veces invade el mismo lado del cuerpo constituyendo una *Hemiepilepsia*, y raras veces se generaliza. Pero sea cualquiera la forma sindrómica que afecte, asistimos siempre a un proceso lógico, dentro de los fundamentales conceptos de anatomía y fisiopatología de sistema nervioso. Las zonas histerogenas por el contrario son absurdas, paradójicas, sin concordancia anatomoclínica: Las crea el azar y su excitación no conduce nunca