

EL PRONOSTICO RESERVADO DE LOS TRAUMATISMOS DEL CRANEO

TRAUMATIZADO DEL CRANEO, HOMICIDA

Médico Legista ponente:
DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

(Continuación)

Según nos manifiesta, son frecuentes sus dolores de cabeza, sus desasosiegos, sus fugas de ideas; a expresar algo, y no da con la palabra apropiada al caso. Esto hemos podido comprobar en nuestras entrevistas, pues ya hemos anotado que ni siquiera recuerda los nombres de los seres más allegados a él. Es, pues, su memoria mala. Hay además en él incoherencia de ideas. En un escrito que a petición nuestra nos presentó en la última visita, mezcla unas ideas con otras sin que tengan ninguna conexión ni se sepa que fue lo que se propuso redactar. Se notan en ellas profundas alteraciones de juicio y razonamiento. Dice así: "Dotor le voi a contar de la guerra y del amor que el amor es una ave muy querida y mos entorpece en el pensamiento le digo también de la agricultura que en la vida lla no se puede creer en nadie los animales son los mas queridos y lo mas amado que en el mundo mos echo dios para ello es que los dos tenemos derecho a vibir en la vida y digane si no es la verda que con el agua no se le olvide dotor que yo estoi es yo estoy aprendiendo yo se manejar lodo los cristianos de la vida y miama me dijo un día que mo me saliera de mi casa porque me ivan a matar y le dije que no fuera vova que yo era muy inteligente dotor llo le digo que las mujeres son muy descaradas y los vea las aves de Pluma como en Pajui que me encuentre y una ves y me dijo Para donde va usted y le dije Palla los Pobres de espirito son aquellos que en la vida se allan vin virmando a rruego el dis i siete allamos en andes y lo que dije que mo jodiera (FDO.) Jose Maria Jose Maria E."

Dice que no le gusta escribir porque no puede expresarse y que además le duele la cabeza con dicho esfuerzo, porque tiene que concentrar la atención y eso le fatiga, dando por resultado que no le es fácil terminar lo que desea expresar. Hay, pues, en él, fugas de ideas. Y no sólo hay en él fugas de ideas, sino también fugas de su persona, pues en alguna ocasión, pasado uno de sus ataques epilépticos, abandonó la casa y poco después fue hallado sentado bajo la sombra de un árbol.

Tiene también, como signos subjetivos, zumbidos de oídos, como el ruido de un cucarrón, dice él; mareos o desvanecimientos, siendo frecuentes estos últimos. En la superficie del cerebro siente como cáscara de huevo quebrada. Nos manifiesta que hoy veinticuatro de marzo, cuando iba a entrar a nuestra oficina, le dio un desvanecimiento, tuvo que recostarse a la pared, aguardar un momento que le pasara el malestar para continuar caminando. Sus distracciones son frecuentes y su inestabilidad marcadísima. Estando conversando con nosotros se sienta, se levanta, gesticula, anda a grandes pasos y de pronto queda en un mutismo, como si su espíritu estuviera ausente, y su mirada permanente inexpresiva. Esto lo hemos considerado como equivalentes epilépticos, y ésta es su denominación exacta.

Nos dice que es muy venático. Sus rabias le dan sin motivos apreciables. Nos cuenta que en una ocasión, sin que pueda explicar el por qué, cogió a un muchacho por los brazos, lo sacudió bruscamente y lo aventó lejos.

Hay veces, según él, que después del acoplamiento con una mujer, le vienen deseos de cogerla del cuello, apretarla duro hasta estrangularla, para ver qué siente ella, pero que ha logrado sobreponerse a este deseo inexplicable para él. Son estos otros de sus equivalentes epilépticos (impulsiones homicidas.)

Por fortuna para él, y para el sexo contrario, parece que su libido se halla ya debilitada o agotada, pues manifiesta que ya no necesita del otro sexo, que él se basta solo. ¿Será que se onaniza, o que hay en él frigidez sexual? No lo sabemos.

En el informe que a petición nuestra rindieron al Jefe de la Sección de Detectivismo los guardias encargados de observar en él lugar de su detención, en esta ciudad, dice Jesús Duque que "José María E. tiene tendencias a la homosexualidad con menores; que es poco sociable, pues siempre prefería el aislamiento y pocas veces, a no ser que se le llamara la atención, entablaba conversación con otras personas;

cuenta con tranquilidad cómo dió muerte al individuo cuya defunción se le indica, sin que se le note sobresalto alguno. Además, no sé qué diferencia tendría con un mudo que frecuenta la Oficina, pero alguna noche pude oírle sobre él esta manifestación: "Si me necea mucho, lo parto con esta escoba". Es curioso, pero esta manifestación la hizo sin exteriorizar exaltación alguna, pero con un tono como muy seguro de sus palabras". Y Jesús Carvajal informa que "no sufrió ataques de ninguna clase, y en cuanto a orinarse en la cama, tampoco fue notado."

Hallándose una vez jugando billar, cuando menos pensó, sin motivo justificable, en una de sus frecuentes distracciones, cogió con rabia el taco de jugar y lo quebró. (Equivalente epiléptico.)

Su efectividad es nula, no manifiesta cariño por los de su casa, a excepción de su señora madre, y eso porque está muy viejecita, según dice él.

La atención distributiva, lo mismo que la memoria visual, auditiva y de fijación, son malas. Sus emociones y reacciones son anormales, según lo hemos expresado en el curso de este trabajo, y según las constancias de los síntomas descritos.

A pesar de que fueron seis sus años de estudio, cuatro en la escuela primaria y dos en el colegio de "San Luis" de su ciudad natal, sus conocimientos son más que rudimentarios y sus juicios no alcanzan al nivel común de nuestros labriegos.

Antes de continuar nuestro estudio sobre el procesado, queremos hacer algunas consideraciones sobre el porvenir de los traumatizados del cráneo, y la importancia de las perturbaciones físicas y psíquicas que ellos acarrearán, inferiorizando, en grado más o menos grande, sino a todos al menos a varios de los traumatizados.

La importancia de dichas anotaciones es mayor en el caso que vamos a estudiar, si se tiene en cuenta lo aseverado por los peritos médicos a folios 58 de este proceso, cuando dicen que José María Escobar Zea, es un sujeto normal, y que si es cierto que los traumatizados del cráneo y principalmente los de la región frontal, pueden ocasionar trastornos psíquicos, bien sean transitorios o permanentes, pero no es la regla sino casos de excepción más bien. (El subrayado es nuestro.)

En efecto, en su exposición de folios 58, los doctores Gildardo Gómez G. y Hernando Delgado, peritos reconocedores de José María Escobar Zea, dicen: "Encontramos en él una cicatriz de siete centímetros de longitud, localizada en la región temporal izquierda, bajo la cual se palpa el hueso en completo estado normal. Sistema nervioso, reflejos

cutáneos, tendinosos y pupilares, normales. Desde el punto de vista psíquico, la memoria, la afectividad y la atención, completamente normales. Al interrogarlo en exámenes sucesivos, practicados los días quince y diez y siete de enero de mil novecientos cuarenta y cinco, no encontramos en Escobar Zea ningún cambio somático ni psíquico. Ciertamente es que los traumatismos craneanos y principalmente los de la región frontal, pueden ocasionar trastornos psíquicos, bien sean de orden transitorios o permanentes, pero no es la regla sino más bien casos excepcionales."

Algunas consideraciones sobre los traumatizados del cráneo

Por la literatura referente a los heridos del cráneo en la primera guerra mundial (1914 a 1918) y por la sostenida observación en la Oficina Central de Medicina Legal de esta ciudad, y en nuestra clientela privada, de los sujetos que en una u otra forma han sufrido lesiones craneanas, sabemos que, los traumatismos del cráneo y del encéfalo, merecen un lugar especial en medicina legal, pues la restitución integral de la salud de los sujetos contusionados, no sólo no se consigue en muchos casos, sino que quedan a veces secuelas más o menos graves, unas de orden somático y otras psíquico que ensombrecen su pronóstico.

No son pocos los contusionados del cráneo que quedan con síntomas residuales, más o menos graves después de la curación aparente de sus heridas, o de la cesación de los síntomas propios de contusión o conmoción cerebral. En algunos de ellos, al cabo de algunos días o meses, los síntomas residuales hacen acto de presencia, en otros, sólo al cabo de algunos años.

En los traumatismos que afectan el cráneo y el cerebro, hay que distinguir los grandes heridos del cráneo, y los simples traumatizados. En unos y en otros sus síntomas residuales son de gran importancia médico-legal.

Según el profesor A. Porot, profesor agregado de la facultad de medicina de Argel, los grandes heridos del cráneo son aquellos que han ocasionado un ataque orgánico localizado, observándose en los heridos los estigmas de su traumatismo. En ellos se encuentran síntomas subjetivos: dolores de cabeza, vértigos, desvanecimientos, disminución de la libido y los síndromes residuales, amnesia, zumbidos de oídos, perturbaciones visuales, accesos epileptiformes. Su psiquismo puede igualmente alterarse, notándose entonces desórdenes del humor,

emotividad, irascibilidad, impulsaciones, organizaciones delirantes, psicastenia residual.

Hay que tener presente que ni la localización de las grandes heridas del cráneo, ni su extensión en superficie o profundidad, poseen influencia especial o proporcional sobre los síntomas difusos o sobre las secuelas psíquicas ulteriores. Sin embargo, se han observado sujetos que han tenido pérdida de sustancia enorme, privados varias veces de lóbulos frontales casi enteros, y que no han presentado sino insignificante déficit psíquico.

Por lo general, lo que más viene a ensombrecer el pronóstico de los desórdenes ulteriores del punto de vista mental, es el elemento conmocional concomitante. El foco local de atrición cerebral tiene poco valor para el pronóstico ulterior de los desórdenes, comparado con las lesiones difusas del encéfalo de origen conmocional. Hay que tener en cuenta los procesos irradiados que se desarrollan alrededor de la lesión cerebral traumática primitiva. Se desarrollan allí, a veces, pequeños focos de encefalitis de tendencia supurativa o inflamaciones histológicas sobre una ancha extensión, produciéndose entonces, en caso de curación, una esclerosis neuróglia más difusa y una extensión de las adherencias meníngeas que son condiciones eminentemente favorables para la instalación de las secuelas residuales a plazo más o menos largo. M. Claude y M. Léri han insistido sobre la importancia ulterior de estas adherencias meninges. A este substractum de meningoencefalitis difusa corresponden las formas de debilidad intelectual y aun de demencia paralítica.

Los simples conmocionados —sin heridas del cráneo— son numerosos en la patología traumática crancana; a pesar de ello, en muchas ocasiones, su sintomatología no es menos objetiva debido a la conmoción nerviosa como lo veremos más adelante, en algunas de nuestras observaciones personales.

Según el profesor M. Claude, la conmoción nerviosa es el conjunto de accidentes que resultan del sacudimiento de los centros nerviosos, provocado por un choque directo o indirecto del cráneo. En uno y otro caso (directo o indirecto) la conmoción supone siempre lo que se llama un **microtraumatismo difuso**, comprobado a menudo por la presencia de líquido céfalo-raquídeo hemorrágico, o hemorragias viscerales profundas (Guillan, Leriche, Léri.)

Si se estudia la sintomatología precoz difusa, y sobre todo las se-

cuelas en los dos casos (heridos del cráneo y simples conmocionados) se comprueba que apenas hay una diferencia más aparente que real en sus consecuencias sobre el estado mental. Es sobre todo por los estigmas de localización neuróglia, sus síndromes deficitarios regionales que los primeros se distinguen de los segundos. Los desórdenes mentales y las secuelas psíquicas, le son comunes.

Por lo que nos ha enseñado la práctica de veinte años en dichos sujetos traumatizados, sabemos que el porvenir social de un herido craneano queda a menudo sombrío.

Se creía antes que los desórdenes físicos y psíquicos iban atenuándose con el correr de los días. Después se hablaba de años, los años pasaban, no mejoraban estos enfermos en la mayor parte de los casos y la agravación era la regla.

En efecto, para corroborar lo dicho, de las muchas observaciones que poseemos sobre los contusionados del cráneo, anotamos los siguientes:

Joaquín Emilio Tangarife, de diez y ocho años de edad, natural de Santa Bárbara, quien el cinco de marzo del corriente año, sufrió una contusión en región occipital posterior, al caerse de un camión. Llegó a la Policlínica en estado de inconsciencia, sesenta pulsaciones por minuto, pupilas lentas para la reacción a la luz, respiración estertorosa, otorragia izquierda, reflejos tendinosos abolidos. Líquido céfalo-raquídeo hemorrágico.

Su incapacidad fue de veinte días y como consecuencia de su traumatismo le quedó: paraplegia, desorientación en el tiempo y en el espacio, pérdida de la memoria, frigidez sexual e incoherencia de ideas.

Víctor Alzate, de cuarenta y cinco años de edad, traumatizado con camión el catorce de diciembre de mil novecientos cuarenta y cuatro. Presentó: Contusión con hundimiento de cuatro por cinco centímetros de extensión en la región parietal izquierda. A su llegada a la Policlínica se le anotó otorragia izquierda, obnubilación, líquido céfalo-raquídeo hemorrágico. Trepanado, se le encontró: hemorragia subdural de veinte centímetros cúbicos. Su temperatura era de 38° C., sesenta y cinco pulsaciones por minuto. Su incapacidad fue de treinta días. Le quedó perturbación funcional permanente, consistente en: parálisis de los miembros superior e inferior derechos, afasia (sólo puede intentar hacerse comprender por señas) frases sin expresión, hay

necesidad de alimentarlo, pues no puede llevar las manos a la boca, es impulsivo en sus mímicas, parece estar privado de la facultad auditiva.

José García, conocido también con los nombres de **Arturo Santibañez** y **Domingo Pineda**, herido hace varios meses, con machete, y al ser examinado por nosotros el dos de noviembre del año próximo pasado, le hallamos, fuera de otras cicatrices, una cicatriz de herida causada al parecer con arma cortante y contusiva, de diez y seis centímetros de longitud en el sentido ántero-posterior, cuya extremidad inferior está situada en el ángulo externo de la órbita izquierda y sigue en toda su longitud por la región fronto-parietal izquierda. El arma interesó los huesos frontal y parietal, produciendo un hundimiento de medio centímetro en toda la longitud de la herida. Como consecuencia de dicho traumatismo en la bóveda del cráneo, anotamos: Hemiparesia de los miembros superior e inferior derechos, contractura del superior y claudicación del inferior para la marcha, exageración de los reflejos tendinosos de ese lado, dificultad para hablar (disartria), desvanecimientos, amnesia o pérdida de la memoria, ataques epilépticos. (Sujetos como éste, con las perturbaciones funcionales físicas y psíquicas anotadas, son los que necesitan protección para sí mismos y para los asociados con respecto a ellos.)

J. Arango, de cuarenta y cinco años de edad, casado, quien fue atropellado el cuatro de julio de mil novecientos cuarenta y cuatro por un carro de tracción animal, cayendo contra el pavimento y produciéndose una herida contusiva de cuatro centímetros de longitud, situada en la región parietal derecha que interesó únicamente el cuero cabelludo. Conducido a la Policlínica, se le hallaron signos de contusión y conmoción cerebral; la punción lumbar dio líquido céfaloraquídeo hemorrágico. Al día siguiente, presentaba trastornos mentales consistentes en incoherencia de ideas, amnesia anterógrada y retrógrada, disartria y ejecución de sus necesidades fisiológicas sin dominio de la voluntad.

El diez y ocho de agosto de mil novecientos cuarenta y cuatro, presentaba los siguientes síntomas residuales de los traumatizados del cráneo: mareos, sordera, ceguera verbal, irascibilidad, dificultad para la marcha, amnesia total hasta el punto de no poder nombrar los objetos, siéndole preciso valerse de un rodeo. Así, por ejemplo, no conoce el nombre de su mujer ni de ninguno de sus ocho hijos (cuatro

hombres y cuatro mujeres). Para designar al mayor le dice a su mujer: "Ese hijo tuyo que trabaja sastrería"; al sombrero lo llama eso que se pone uno en la cabeza, y para pedir un plátano banano, dice: "eso que es largo, dulce, amarillo y blando"; pero todo esto lo dice con marcada dificultad en la expresión de la palabra. El doce de marzo de mil novecientos cuarenta y cinco, todos los síntomas descritos existen, tiene indiferencia para sus familiares y es una perfecta carga para ellos.

Luis E. Villegas, de quince años de edad, quien el veintidós de diciembre de mil novecientos treinta y cinco recibió una herida contusiva, por automóvil, de una extensión de seis centímetros, en la región parietal posterior, con fractura y hundimiento del hueso, por donde la masa encefálica hizo hernia y se notó la hemorragia meníngea. El día veintiseis del mismo mes, su estado general era grave; trastornos cerebrales, dificultad en la ideación; embotamiento cerebral. El día treinta y uno de dicho mes, se presentaron accesos epileptiformes, los cuales son frecuentes.

José Hernández, de diez y nueve años de edad, quien el tres de septiembre de mil novecientos veintinueve recibió una herida contusiva, con piedra, en la región temporal derecha, transversal, de tres centímetros de longitud, con edema en sus vecindades. Su incapacidad fue de doce días.

Como consecuencia de su traumatismo, le anotamos dificultad en la expresión de la palabra (disartria), cefalalgias.

Visto por última vez en junio de mil novecientos cuarenta, sus dolores de cabeza son constantes e intensos, la disartria más marcada, su irascibilidad en impulsividad son notorias, hay pérdida de la memoria y tiene accesos convulsivos de carácter epiléptico frecuentes.

En su tratado de "Responsabilidad Penal de los Epilépticos", el doctor Andrés Ceillier, dice: "Los desórdenes del humor son muy importantes en los epilépticos y tienen una alta importancia desde el punto de vista médico-legal. Unos son alegres, joviales, con un cierto grado de infantilismo; otros, tristes, deprimidos; otros, aun resignados, sugestionables por los que los rodean, viven en un estado de irritabilidad, inquietud, y ansiedad latente. Cualquiera que sea el humor habitual de ellos, todos presentan explosiones súbitas, torpes, inmotivadas, violentas, que los pueden llevar a la comisión de actos que caen bajo la sanción del Código Penal.

"Se encuentra, casi siempre, una extraordinaria desproporción entre la causa que ha desencadenado el furor epiléptico y la intensidad de éste.

"Entre varios —continúa el mismo doctor Ceillier— cito los siguientes: Lar... X... veinticinco años, ninguna condena antes de la guerra mundial de 1914. Antes era calmado, paciente, trabajador. Durante uno de los ataques del enemigo, sufrió una herida grave en la región parietal. Trepanado. Como consecuencia de su traumatismo, le quedó epilepsia Jacksoniana. Después de la guerra, condenas incesantes, todas por ultrajes a los asociados, violencias, golpes, heridas. Cuarenta y ocho horas después de su última salida de la prisión, es interpelado por un agente, cuando dormía sobre un banco; injuria al agente de la autoridad, se precipita sobre él, le hiere a golpes de pies, de manos, le muerde, en medio de la cólera más loca.

"Yo creí necesario internar este desgraciado enfermo, cuyas heridas de guerra le habían transformado el humor habitual, que de suave y pacífico que era, se volvió de una irascibilidad enferma, y para quien una vida social normal se hacía imposible."

Continuando la casuística, cito el caso relatado por el doctor A. Parott, del soldado F... X..., contusionado en el cráneo en la guerra de 1914. Trepanado, permanece en un estado comatoso. Trepanado de nuevo en mayo de 1915, por crisis de epilepsia Jacksoniana; se vuelve inestable, irascible; no puede permanecer en el cuartel, donde responde de manera inexpresiva a sus superiores; consigue ser llevado nuevamente al frente, de allí es devuelto por sus crisis epilépticas. En el cuartel se hace insoportable por su irritabilidad; se vuelve peligroso. Un día, creyéndose ofendido por una orden de su cabo, coje una bayoneta, se dirige sobre él, pero en el mismo momento, una crisis convulsiva lo lleva a tierra y el arma se escapa de sus manos.

Y las tres observaciones siguientes del doctor A. Ceillier, son muy ilustrativas:

Lord X... de veintiocho años de edad, se precipita sin razón alguna, sobre los que encuentra, con una bayoneta hiere a varios. Desarmado, muerde a los que tratan de dominarlo. Amnesia completa. Diagnóstico: Epilepsia traumática de guerra.

Meig X... cuarenta y seis años de edad, deja su trabajo por la tarea, cerca a la Plaza de Italia; se encuentra al día siguiente, por la mañana, en la Comisaría de Villier. Amnesia total. Se le lee su ins-

tructiva de la víspera, en la cual él reconoce haber atacado a unos que pasaban; se le presenta su víctima. No la conoce. Averiguando sus antecedentes, se encuentra en ellos varios equivalentes epilépticos, fugas con estados crepusculares; actos extraños, crisis raras de epilepsia.

Pag... X... de cincuenta y cinco años de edad, crisis en la calle. Los agentes de la autoridad llegan; los insulta, les hiere, dice palabras incoherentes. Diagnóstico: Epilepsia traumática.

José María E., como vimos atrás, en su primera indagatoria se reconoce causante de la herida que le ocasionó la muerte a Gerardo García, y da como excusa la diferencia que con él tuvo por veinte centavos en la apuesta de un chico de billar, y que aquel le mentó la madre. En su segunda indagatoria, ya sólo recuerda el hecho deformado; se acuerda de lo sucedido, únicamente hasta el momento en que cogió el cuchillo o peinilla de una de las mesas de venta de carne que estaba en la plaza de mercado y de ahí en adelante no se da cuenta de lo que sucedió. ¿Será esto admisible? En nuestro concepto, sí, porque es frecuente que los epilépticos, inconscientemente, falsifiquen el recuerdo. La amnesia es a menudo completa y total, lo cual no obsta para que a veces recuerden únicamente la iniciación del hecho, y no recuerden cómo terminó.

Todo lo anteriormente anotado sucintamente, debe por fuerza hacer pensar en la existencia de una anormalidad en José María E. En efecto, dicha anormalidad la hallamos muy precisa en lo que nos dicen algunos declarantes.

Así, por ejemplo, Miguel Vanegas, a folios 34 y con fecha veintiséis de diciembre de mil novecientos cuarenta y cuatro, dice: "Hace un año, más o menos, presencié un ataque cerebral en José M^a, en la pesebrera de Eliseo Arredondo. Este día estábamos los dos arreglando un almacigo de tabaco, y porque le llamé la atención para que hiciera el trabajo mejor, se fue ofuscando en una forma rara, **barajustando** y acalorándose en una forma rara, como loco, acabando por caerse al suelo y revolcándose... Al rato empezó a calmarse, hasta que se levantó del suelo, pero ya era como abobado, sin hablar nada (gran mal epiléptico)... Ese día no se había tomado ni un solo trago de bebidas embriagantes, pues estábamos trabajando. Sé que Escobar ha sufrido otros ataques, pero no he presenciado los demás."

Nepomuceno Tamayo, dueño del café o billar **Zulia**, dice: "...

después de tomarse Escobar unas copas de licor en mi café, sufrió un ataque epiléptico, durante el cual se daba golpes en la cabeza contra las mesas; decía frases sin ilación ni sentido, y echaba babaza por la boca, y mes y medio después presencié otra crisis" (Fs. 39.)

Ricardo Mejía, a Fs. 35 y con fecha veintisiete de diciembre de mil novecientos cuarenta y cuatro, dice: "Hace alrededor de tres meses presencié cuando el señor José María E., en el establecimiento de billar y cantina (de la ciudad de Andes), sin haber ingerido licor, sufrió un grave ataque cerebral o convulsión nerviosa, durante el cual se daba terribles golpes contra una mesa, en la cabeza, que asustaron a todos los allí presentes; el cliente este no se dirigió contra nadie, sino que era en silencio, y dándose los golpes como si estuviera loco... He oído comentar que a consecuencia de una caída que sufrió, dándose un terrible golpe en la cabeza, le vinieron estos ataques o accesos de furor."

El veintisiete de diciembre del mismo año, dice Carlos Vélez a Fs. 36: "Sé y me consta que José María E. sufre de ataques. Hace más o menos ocho meses me tocó presenciarle uno en su propia casa de habitación en esta ciudad (Andes). Estaba él en ese momento con sus hermanos mayores, trabajando, ensartando hojas de tabaco, y en un momento dado, se les reventó a él y a su hermano Fabio una sarta de tabaco, y porque Fabio le llamó la atención, dízque porque había jalado la cuerda muy duro, vi que José María se fue llenando de rabia, se puso a disparatar y no se aplacaba con nada; la rabia le siguió subiendo, acabando por revolcarse en el polvero. En el momento de esa rabia, hablaba de todo lo imaginable, los desafiaba a todos los hermanos. El muchacho, después de que le pasó el acceso y se revolcó en tierra, se paró, se sentó luego al pié de una pilastra, con la cabeza en las manos, sin hablar ni recibir comida y se quedó allí todo el día. Otra vez, hace tres o cuatro meses, vi que en el mismo lugar estaba trabajando José María E. con sus mismos hermanos, empacando un tabaco en matul, y de pronto se volteó el empaque y se regó una parte del tabaco, y uno de ellos le dijo a José María que no fuera bruto, que así cuándo acababa de empacar; y hasta allí llegó, pues volvió a ofuscarse, en las mismas condiciones, se revolcó y de todo. Cuando le pasó ese ataque se perdió y no lo volví a ver por ninguna parte. Al otro día les pregunté a sus hermanos qué se había hecho José María, y me dijeron que desde el mismo día de la rabia se había

ido para la finca y que no quería comer nada. En esos días en que le ocurrieron los accesos de furia a Escobar, se hallaba en completo sano juicio, es decir, no había tomado licor."

Por la transcripción que acabamos de hacer, sabemos que José María E. sufre crisis comiciales de gran mal, habiéndose presentado varios de sus ataques durante el día, a presencia de algunos testigos y con motivo de discusiones sin importancia, unos, y sin causa alguna otros. Basta para ello recordar que por una simple represión que le hizo su hermano Fabio, cuando estaban ensartando hojas de tabaco y se les reventó una cabuya, se puso furioso, disparataba, cayó luego al suelo revolcándose allí, y cuando le pasó el acceso, se levantó, se sentó abatido, con la cabeza entre las manos, sin hablar ni recibir comida y quedó en esa posición todo el día.

Y no es un solo, sino varios los ataques epilépticos que ha sufrido José María E. según lo manifiestan los declarantes, y la descripción que hacen de los síntomas observados corresponden a los accesos de gran mal epiléptico. Es cierto que no hablan de mordedura de la lengua, contracción pupilar primero, y dilatación después; emisión involuntaria de la orina, etc., pero hay que tener en cuenta que no siempre se presentan todos los síntomas juntos en el mismo sujeto, y que todos los declarantes son legos en medicina. Además, no hay que olvidar que para que un acceso comicial pueda denominarse como tal, no se requiere que se hallen reunidos todos los síntomas, ni aun la pérdida de conocimiento es indispensable.

Cuando nosotros nos iniciamos en medicina, era opinión corriente, profesada por nuestros profesores, que una crisis era muy sospechosa desde el punto de vista de la naturaleza epiléptica si fallaban algunos de los síntomas. Hoy se describen crisis donde casi todos los síntomas faltan, aun el que se refiere a la pérdida absoluta del conocimiento. No quiere esto decir que los síntomas clásicos no tienen ningún valor, lo tienen, sí, y muy grande cuando se encuentran, pero todos juntos no son constantes.

Los únicos signos clínicos más importantes y que por sí solos ponen en la pista del diagnóstico, son: las fugas y la midriasis, lo mismo que la palidez de la cara. Son los únicos que no pueden faltar, ni simularse, y existen en las manifestaciones de la epilepsia larvada. Recordamos también que uno de nuestros condiscípulos, con alguna frecuencia, cuando se hallaba jugando billar en el momento más culmi-

nante de la partida, se quedaba inmóvil, apretando el taco entre las manos, su cara palidecía y su mirada permanecía fija. Duraba allí de treinta a cuarenta segundos, y continuaba su juego, como si nada le hubiera sucedido. Sus amigos respetábamos su silencio y a ninguno de nosotros se le llegó a ocurrir que esto fuera una crisis de epilepsia.

Ya en la práctica profesional, al interrogar al enfermo y a los que lo rodean, nos hemos encontrado varias veces entre dos preocupaciones que tienden a excluirse: la de dejarse engañar, y la de dejar escapar hechos en apariencia insignificantes, y que pueden poner sobre la vía de una epilepsia cierta. En estos casos hemos acostumbrado siempre indagar por los equivalentes.

Recuerdo un caso particular, citado por el profesor A. Ceillier: Se trataba de un atentado a las costumbres, y el hecho estaba en completo desacuerdo con los antecedentes del inculpado. Fue encarrilado sobre el diagnóstico por la siguiente relación de la esposa: "Hace poco más o menos dos meses, en medio de mi sueño, a las tres de la mañana, mi marido me despertó bruscamente y verificó una relación sexual violenta, de todo hecho extraña en él, hasta entonces; después se durmió profundamente. Al despertar, como yo le pidiese explicaciones, me dijo que yo había soñado y que nada de lo que le contaba había sucedido". Por este solo equivalente nocturno, el diagnóstico de la epilepsia quedó establecido.

En José María E., no sólo se han presentado los accesos de gran mal sino también los equivalentes, pues ya vimos atrás que él nos contó que en alguna vez, sin que pueda explicar por qué, cogió a un muchacho por los brazos y lo arrojó lejos, y que en una ocasión, hallándose jugando billar, sin que pueda explicar el por qué, en una de sus frecuentes distracciones, cogió con rabia el taco del billar y lo quebró (equivalente epiléptico). Y hemos visto también que sufre impulsiones homicidas, que son verdaderos equivalentes. Nos manifestó él que, después de verificado el acto sexual, le viene a veces deseo de coger por el cuello a su compañera ocasional, apretarla duro, muy duro, hasta estrangularla para ver qué siente ella.

Cuando quisimos examinar o medir su fuerza muscular con el dinamómetro, se manifestó en José M^a E. otro equivalente epiléptico. Al sentirse contrariado por nosotros, tomó de nuevo el dinamómetro, con rabia, con la mano derecha como ofuscado, giró violentamente la cabeza hacia el lado izquierdo, un pliegue de descontento zurcó su

frente, se le inyectaron fuertemente los ojos, su cara enrojeció y el resultado, esta vez, fue de ciento diez kilos en lugar de ochenta que había marcado cuando se hallaba calmado.

Hay también en José M^a E. fugas de ideas, como puede verse en la carta que a petición nuestra redactó; y fugas de su persona, pues vimos ya que, en una vez, pasado su ataque epiléptico, se fue de la casa y fue encontrado sentado al pie de un árbol.

Estas manifestaciones epilépticas se han presentado en José María E., varios años después de sus traumatismos craneanos que sufrió, el primero de ellos al ser pateado por una mula, cuando tenía cuatro años de edad, poco más o menos, y el segundo traumatismo, cuando cursaba su primer año de escuela secundaria. Es indudable que ellos han sido la causa eficiente de su enfermedad actual, con sus perturbaciones mentales consiguientes anotadas, viniendo a agregarse a ellas, indudablemente y de una manera muy eficaz en las secuelas de dichos traumatismos, las taras psicopáticas que parecen existir en sus ascendientes.

Existen, pues, en el procesado, síntomas suficientes para catalogarlo como epiléptico, pues no son raras en él las cefalalgias, las caídas con pérdida del conocimiento, espuma o babaza por la boca, las fugas ambulatorias, las fugas de ideas, su mal humor, su irascibilidad, su impulsividad, sus agresiones y violencias inmotivadas, la última de las cuales lo ha entregado a la justicia.

El cuadro de los síntomas es, pues, aplicable a José María E. perfectamente probados, la mayoría de ellos, en el proceso; y otros datos que nos fueron suministrados por el mismo procesado, son de una evidencia tan palpable de realidad, que el perito examinador tiene que darles fe. No puede, pues, quedar duda sobre su neurosis traumática.

Estudiando el hecho en concreto, estudiando el expediente, y examinando al sujeto, llegamos a la conclusión de que el acto delictuoso se realizó por un fútil desacuerdo de veinte centavos, ganados en un chico de billar.

Entre agresor y agredido no se encuentra una causa justa, un motivo, un por qué admisible que explique la agresión brusca e impulsiva del primero, y sólo puede explicarse el hecho por la irritabilidad permanente que caracteriza al procesado, debido a los fuertes traumatismos craneanos que sufrió hace unos diez y nueve años, que le al-

teraron su personalidad hasta el punto de hacerlo peligroso para los asociados.

De lo expuesto deducimos:

Primero.—Los traumatismos del cráneo sufridos por el procesado y que se anotaron al principio de esta exposición, han inferiorizado su psiquismo y alterado su humor;

Segundo.—En dicha inferiorización psíquica es innegable que ha influido como causa adyuvante sus taras nerviosas hereditarias.

Tercero.—José María E. sufre de epilepsia Jacksoniana que altera su carácter, modifica su personalidad hasta el punto de hacerlo peligroso para los asociados;

Cuarto.—En el homicidio que se le imputa, influyó apreciablemente su emótividad, su irritabilidad y su impulsividad epilépticas.

Señor Juez.

Es nuestra opinión:

Julio Ortiz Velásquez.