

- KUHLMANN, RATING.—Atlas radiológico del Ap. Dig., Ediciones Morata, 1944.
- LEGER, RUMEAU y ROUX.—Arch. mal. App. Digest., 40, 1.116, 1951.
- LOWYS.—Ptisiología Infantil, Ed. Medicale Flammarion, 1947.
- MARINA FIOLO.—Rev. Clin. Esp., 11, 81, 1943.
- MARINA FIOLO.—Anales del Instituto de Investigaciones Médicas. Tomo II. Ed. Científico-Médica, 1944.
- MARINA FIOLO.—Rev. Clin. Esp., 5, 313, 1945.
- MARINA FIOLO.—Rev. Clin. Esp., 21, 342, 1946.
- MARINA FIOLO.—Exploración radiológica del intestino delgado. Ed. Paz Montalvo, 1949.
- MILICUA.—SER, 8, 78, 5.
- NARGELI.—Diagnóstico diferencial de las enfermedades intertinas, Ed. Labor, S. A., 1954.
- NUNES.—Libro de Actas de la XIII Conferencia de la Unión Internacional de la Lucha contra la Tuberculosis, Madrid, 1954.
- PEREZ y VINUELAS.—Rev. Clin. Esp., 53, 29, 1954.
- PICARD, PERRIN y FRANK.—Rev. de la Tub., 3, 896, 1937.
- POGES.—Enfermedades del intestino, su diagnóstico y terapéutica., Ed. Miguel Servet, 1937.
- ROMERO.—Med. Esp., 17, 495, 1946.
- SCHINZ, BAEUSCH, FRIEDL, etc.—Roentgentodiagnóstico. Tomo II, 4.ª edición. Ed. Salvat, S. A., 1947.
- SCHMIDT.—Tratado clínico de las enfermedades del intestino. Ed. M. Marín, 1934.
- STERLING y CHOUL.—Diagnóstico roentgenológico del tubo digestivo. Ed. Labor, S. A., 1931.
- TORRES, NAVARRO, MORALES y APARICIO.—SER, 23, 1955.
- ULRICI.—Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar y laringea. Ed. Labor, S. A., 1935.
- USOBIAGA.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nutr., 10, 349, 1951.
- USOBIAGA.—Trazos, 12, 13, 1955.
- VALDÉS RUIZ, ENRÍQUEZ DE SALAMANCA.—En el Tratado de Patología Médica, de Enriquez de Salamanca y cols. Tomo I., Ed. Científico-Médica, 1956.
- VALLS COLOMER.—En el tomo I del Tratado de Patología y Clínica Médica, de Pedro-Pons y cols., Ed. Salvat, S. A., 1956.
- WARMoes.—Acta Gastroenterol., Belg., 9, 526, 1946.
- WARMoes.—Acta Gastroenterol., Belg., 10, 50, 1947.

SUMMARY

A radiology exploration shos data which are very valuable for the diagnosis of an intestinal tuberculosis, but in no case offers, by itself, any ethiologic references.

Persons suffering from pulmonary tuberculosis and showing the said abnormal images in the intestinal radiologic examination are to be considered as carriers of an enteric localization of tuberculosis.

At persons suffering from pulmonary tuberculosis all kinds of anatomoclinic forms of intestinal tuberculosis can be found associated with pulmonary tuberculosis.

Pulmonary tuberculosis is frequently accompanied by an intestinal tuberculosis, especially if the prognosis made for the patient is a serious one.

At each person suffering from a pulmonary tuberculosis an intestinal study with transit and enemas should be made in order to clearly show the tuberculosis localizations, if there were any, in the different intestinal segments and in order to start the appropriate treatment.

ZUSAMMENFASSUNG

Für die Diagnose der Darmtuberkulose liefert die roentgenologische Untersuchungsmethode sehr wertvolle Angaben; jedoch alleine gestattet sie aber keinesfalls ätiologische Rückschlüsse.

Wenn ein Lungenkranker bei der roentgenologischen Untersuchung des Darms die beschriebenen abnormalen Schattenbilder aufweist, so

ist auch eine Tuberkulose enteraler Lokalisation anzunehmen.

Das Verfahren mit Darmpassage und Einlauf muss zur Untersuchung jedes Kranken mit Lungentuberkulose herangezogen werden, damit etwaige tuberkulöse Lokalisierungen in der verschiedenen Darmsegmenten nicht verborgen bleiben. Dieses Vorgehen ermöglicht dann eine richtige Behandlung des Übels.

RÉSUMÉ

L'exploration radiologique procure des données de grande valeur pour le diagnostic de la tuberculose intestinale mais, n'offre en aucun cas, par elle seule, des références étiologiques.

Les tuberculeux pulmonaires qui présentent, dans les examens radiologiques intestinaux, les images anormales décrites, doivent être interprétés comme porteurs d'une localisation entérique de la maladie tuberculeuse.

Chez les tuberculeux pulmonaires on peut trouver, associées, toutes les formes anatomo-cliniques de la tuberculose intestinale.

La tuberculose intestinale accompagne la tuberculose pulmonaire, d'autant plus fréquemment que le pronostique des malades est plus grave.

Chez tout malade de tuberculose pulmonaire on doit faire une étude intestinale avec transit et lavements, pour mettre en évidence —lorsqu'elles existent— les localisations tuberculeuses, dans les différents segments intestinaux et pouvoir instaurer le traitement adéquat.

EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS ATAQUES SINCOPEALES CON LA EPILEPSIA. SU TRATAMIENTO

L. JIMÉNEZ ESPINOSA

Jefe del Servicio de Electroencefalografía del Manicomio Provincial de Valencia.

De unos años a esta parte se viene suscitando, cada vez más a menudo, el problema diagnóstico que plantean unas formas clínicas especiales, en un tiempo descritas por W. GOWERS (1907) como "ataques vasovagales". En efecto, los ataques sincopales son un problema clínico actual y su importancia radica en su fácil confusión con la epilepsia. Son más frecuentes de lo que se cree en general —como advierte HOFF—, y poco conocidos de los médicos. El conocimiento de estas crisis, dice este autor, comporta la probabilidad de que puedan ser interpretados con acierto y no difamar de histéricos a estos pacientes, de falta de voluntad para el trabajo, o de menospreciarlos por un diagnóstico erróneo de epilepsia.

Y es que, como hemos de ver, estas pérdidas de conciencia banales de aspecto sincopal han sido estudiadas reiteradas veces desde distintos puntos de vista, hasta haberse llegado a un conocimiento definitivo de las mismas, alejándolas por completo de la epilepsia.

Pertenecen los ataques sincopales vasomotores a unas formas clínicas atípicas, situadas, en un principio, en los márgenes de la epilepsia, o como formas intermedias entre ellas y la histeria. Son cuadros en los que predomina una pérdida de conciencia y del tono muscular, de breve duración, y acaecida después de cualquier disgusto o emoción intensa, dolor agudo, etc. Por su sintomatología vegetativa o, mejor, vasomotora (palidez facial, sudoración intensa, náuseas, vómitos, vértigo, etc.), fueron denominados ataques "vegetativos", "vasovagales" o "sincopales" (GOWERS, PETTE). Esta última acepción es quizás la más conocida, debida a SCHULTE, que es también quien mejor las ha estudiado, dedicándoles una monografía.

Las características clínicas son bien precisas, como hemos visto. El enfermo, como decimos, tiene una pérdida del sensorio y del tono muscular; puede haber, además, emisión involuntaria de orina e incluso, en ocasiones, desviación de la cabeza y de la mirada hacia un lado, con alguna convulsión o sacudidas de brazos o piernas. Acaece todo esto en pocos segundos —un minuto todo lo más—, recuperándose el enfermo seguidamente, sin amnesia ni estado confusional, como si nada le hubiera ocurrido. En todos los casos puede verse una sintomatología sincopal. A veces, al comienzo, en forma de palidez facial, mareos, vértigo, etc. Al final de la crisis, otras veces, en las que suele haber sudoración profusa y vómitos. Estas crisis se producen en ocasiones al levantarse por las mañanas o al acostarse, coincidiendo con los cambios de postura del cuerpo (crisis ortostáticas). En ocasiones se acompañan de trastornos cardiovasculares (taquicardia o bradicardia) y el individuo tiene sensación incluso de parada cardíaca (formas cardiovasomotoras). Existen, por último, otras más aparatosas que cursan con algunas convulsiones y pérdidas de conciencia, junto a situaciones vitales, y que son llamadas por algunos crisis esenciales o síncope convulsivo, y son las que más han solido confundirse con la epilepsia (Petit Mal) o, por lo menos, con alguna de sus crisis atípicas (epilepsia autónoma diencéfala de Penfield).

El problema planteado desde un principio ha sido siempre el mismo. Si eran o no de naturaleza epiléptica estas crisis, ya que aun cuando se concibieron como formas marginales de ellas, según SCHULTE, en algunos casos había antecedentes, entre los que figuraban enfermos afectos de epilepsia. Sin embargo, según este mismo autor, clínicamente tenían aún toda una serie de características, como la tendencia al síncope, una cierta labilidad vegetativa y, a veces, hipotensión,

tensión, que les apartaba por completo de aquella enfermedad. Clínicamente, frente a la epilepsia o, mejor diríamos, frente a la crisis epiléptica, no se encontraba en estos enfermos una marcha convulsiva uniforme con una pérdida de conciencia, una fase tónica progresiva seguida de unas convulsiones clínicas rítmicas decrecientes, etc. Tampoco existía mordedura de lengua y, sobre todo, la amnesia y estado confusional tan frecuente en la crisis epiléptica. No obstante, en algunos casos de crisis breves o esenciales no era posible una distinción neta. Algunos autores seguían incluso estudiándolas conjuntamente o creían se trataba más bien de una forma especial de epilepsia (WILSON, MARCHAND, etcétera).

Se diría que el problema no había quedado definitivamente estudiado, y efectivamente así ha sido, ya que a raíz de las aportaciones electroencefalográficas en el estudio de las pérdidas de conciencia, se ha hecho que las crisis sincopales hayan pasado a un primer plano. En una primera etapa ENGEL, ROMANO, G. WALTER, JASPER y otros estudian los aspectos clínicos, fisiopatológicos y electroencefalográficos de la crisis sincopal, obteniendo registros bioeléctricos característicos. La crisis histerica quedó descartada, pues no da alteración alguna en el electroencefalograma.

La segunda etapa viene constituida por la obtención experimental en el hombre de las crisis sincopales mediante comprensión de las carótidas con un manguito insufrible aplicado sobre el cuello. Experiencia ésta debida a ROSEN, KABAT y ANDERSON, quienes obtenían pérdidas de conciencia totalmente superponibles a las sincopales, con un registro electroencefalográfico característico, formado por una lentificación brusca, estando ocupado el trazado por ondas deltas de alto voltaje, de 1 a 2 c. s., irregulares, que decrecen en amplitud.

Los estudios electroencefalográficos y clínicos significan un avance decidido en el conocimiento de los ataques sincopales. PENFIELD, G. WALTER, ENGEL dedican amplio espacio a su estudio. ENGEL reúne en un libro todas las formas de desvanecimiento o "faints", estudiando todas las formas clínicas sincopales. El diagnóstico diferencial con la epilepsia, afirma PENFIELD, puede hacerse a menudo sólo por la historia clínica. Con cada ataque sincopal se encuentra un inmediato factor desencadenante, tal como el miedo, la fatiga, el shock nervioso, la habitación sobrecargada o excesiva permanencia en pie, siendo raro el ataque sincopal acostado. SueLEN ocurren en las primeras horas de la mañana. El E. E. G. muestra alteraciones de valor. Opinan algunos autores que no siempre son positivos y pueden ser equívocos otras veces. KERSMAN con otros, renuevan la vieja cuestión de su confusión con la epilepsia. Esta vez porque el electroencefalograma fuera de las crisis (BON-

NET, COURJON, STHAL, etc.) tenía características similares a las de la epilepsia. Pero ello resulta efímero, puesto que se llega definitivamente a la reproducción experimental de dichas crisis y su registro electroencefalográfico. Desde 1953, H. GASTAUT y colaboradores, de Marsella, comienzan el estudio clínico y electroencefalográfico de las crisis sincopales. En diciembre de 1956 presenta sus primeros resultados en 25 sujetos registrados durante la crisis sincopal desencadenada mediante compresión ocular por reflejo oculocardíaco, precisando el mecanismo desencadenante, y detectando la parada cardiaca, de 6 o más segundos, que las precede. El electroencefalograma registra la descarga difusa delta que acompaña a la pérdida de conciencia, sin verse elementos paroxísticos de epilepsia durante la misma. Coinciendo con estas primeras comunicaciones realizamos nosotros una revisión de conjunto con REMOND sobre el problema, y después hemos indicado nuestra experiencia al estudio de la clínica y electroencefalografía de estas crisis, que nos ha servido, por otra parte, para memoria doctoral.

El impulso inicial de GASTAUT, proseguido por sus colaboradores (GASTAUT y ROGER, GASTAUT y FISCHER WILLIANS, etc.), junto con otros trabajos sobre el particular, constituyen el jalón definitivo que sitúa a las crisis sincopales completamente aparte de la epilepsia. *El diagnóstico diferencial estaría basado, en primer lugar, en la normalidad del E. E. G. fuera de las crisis. En segundo lugar, en la presencia de una alteración funcional vegetativa (labilidad al reflejo oculocardíaco y senocardiaco). Y por último, en el registro típico electroencefalográfico durante las crisis, que puede ser desencadenado por estos métodos descritos y el cardiazol, hiperpnea o estimulación luminosa intermitente. El trazado, según GASTAUT, estaría constituido por una descarga de ondas lentas irregulares y de alto voltaje que ocupan todo el scalp, que aumentan progresivamente y disminuyen poco a poco hasta normalizarse el trazado, en cuyo momento despierta el sujeto como si nada ocurriera. Y no viéndose en el E. E. G. actividad paroxística específica punta-onda, como en la epilepsia Petit Mal (disritmia lenta inespecífica. GASTAUT).* Con todo esto se perfila decididamente la autonomía de las crisis sincopales.

* * *

Si bien la problemática clínica, como hemos podido ver, ha venido siendo diversa y muchas veces confusa, por el contrario, la terapéutica de estas crisis se ha caracterizado siempre por su uniformidad. Y es que, desde un principio, ha sido encaminada esta terapéutica a combatir el trastorno vegetativo de fondo. Sin embargo, han sido ensayadas también otras medicaciones de tipo general, e incluso la psicoterapia. HOFF re-

comendaba como medicación eficiente aquellas drogas de acción simpaticotónicas (efetónica). SCHULTE recomienda, por su parte, una medición circulatoria del tipo del simpatol y la eferina, así como los preparados de belladona y ergotamina. Asimismo se señala incluso la eficacia de los barbitúricos, pero en dosis muy inferiores a las empleadas en el tratamiento de la epilepsia. La mediación moderna, según HOFF, va sustituyéndolos por preparados de una acción vegetativa más eficaz, como el pannedón o la combinación de ergotamina y prominal.

El enfoque terapéutico que se ha dado en nuestra experiencia, que data de más de dos años, consiste en atender tres factores fundamentales: la alteración de fondo vegetativa, el tono vascular o tensión arterial y la tendencia al colapso. No puede descartarse, por otra parte, en estos enfermos el empleo de la psicoterapia. Pero aquí de una manera elemental y en el sentido de procurar la tranquilidad del enfermo fundada en la benignidad de su dolencia. Y no es poca cosa conseguir, en definitiva, tranquilizar al enfermo apartándole del temor a sufrir una epilepsia, o del menoscipio que supone considerar sus molestias despectivamente, como simplemente histéricas.

Hay que hacer notar algunas precauciones que deben tomarse previamente al tratamiento de los enfermos sincopales. La más importante quizá es el descartar una cardiopatía que pudiera ensombrecer el pronóstico de estos casos (estrechez mitral, bloqueo cardíaco, etc.). Piénsese, por ejemplo, en la enfermedad de Stokes-Adams, que cursa con bradicardia permanente por bloqueo cardíaco, y en la que han sido descritos accidentes epilépticos y sincopales. En segundo término, también hay que tener en cuenta los sincopes cardíacos tan frecuentemente irreversibles. También deben descartarse aquellos procesos expansivos intracraneales en los que la lipotimia o el síntoma suelen ser manifestaciones intimas a un proceso vascular de colapso.

Fuera de estos casos, las crisis sincopales se ven con frecuencia en cuadros neuropatológicos de índole diversa, cual las neurosis de angustia, timopatías, en las psicosis, sobre todo catatonias, esquizofrenia. En cuadros climatéricos y seniles (arteriosclerosis, hipertensión). En el sonambulismo, cataplexia y narcolepsia, con las que a veces se confunde por ser la crisis sincopal su única manifestación. En algunos cuadros post-encefálicos, y en la infancia en los espasmos infantiles y convulsiones anóxicas, que desde GASTAUT se les considera de naturaleza sincopal.

Desde hace medio año venimos vigilando la tendencia hipotensora en los enfermos sincopales en colaboración con los doctores RUIZ AGUILERA y LÓPEZ ROSAT, habiendo comprobado en una veintena de casos, cuya tensión oscilaba de 11 a 12 cm. de mercurio, como tensión máxima o sistólica, y la mínima, de 6,5 a 7 cm. (de mercurio), los beneficiosos efectos de un tratamiento sistemático con la hormona sintética supra-

al factor hipotensor, se señalan los excelentes resultados con Percorten sistemático, 5 mgs., en días alternos durante un mes. Acompañado de una medicación frenadora del vago como el Priscofen, 3 comprimidos diarios. Los resultados han sido óptimos con esta asociación (90 por 100).

BIBLIOGRAFIA

- BONNET y COUJON.—EEG and Clin. Neurophysiol., 4.
 ENGEL, G. L.; ROMANO, J., y MAC LIN, R. T.—Cinn. J. Med., 93-1, 26; 1945.
 ENGEL, G. L.; ROMANO, J., y MAC LIN, R. T.—Ann. Int. Med., 74, 100; 1944.
 GASTAUT y cols.—Comun. a la Soc. de EEG et Ciencias Conexas. Paris, 1956.
 JIMÉNEZ ESPINOSA, L., y HERNÁNDEZ TORRES, P.—Med. Esp. Febrero 1957.
 JIMÉNEZ ESPINOSA, L., y LÓPEZ ROSAT, V.—Medicamenta. Noviembre 1957.
 KERSMAN cit. p. PENFIELD; LÓPEZ ISBOR, J. J.—Los problemas de las enfermedades mentales. Ed. Labor, 1949.
 PENFIELD, W., y JASPER, H.—Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain. Mac. Cleland and Steward Limited, 1953.
 ROSEN, R.; KABAT, H., y ANDERSON, J. P.—Arch. Neurol y Psychiat., 50, 510; 1943.
 SCHULTE, W.—Los ataques sincopales. Ed. Alhambra, 1954.
 ENGEL, G. E.—Fainting. Physiological and Psicoligil Considerations. Charles Thomas, Springnfield, 1950.

SUMMARY

Differential diagnosis of syncopal attacks and epileptic ones is considered, based on electroencephalographic recording of the latter. Graphs in which together with a cardiac alteration (reduction or pause) a diffuse reduction formed by irregular delta waves of a high voltage can be observed without any paroxistic point-wave-sigus as in the characteristic graphs of Petit-Mal with whose loss of conscience it is usually confounded.

The principles for the treatment of these syncopal losses of conscience are studied. As to the hypotensor factor the excellent results obtained with a systematic administration of Percorten—5 mg. every second day during one month—are stressed, accompanied by a medicament pacifying the vagus, such as 3 pills of Priscofen per day. Results obtained with this association have been very good (90%).

ZUSAMMENFASSUNG

Man bespricht die Differentialdiagnose zwischen Ohnmachtsanfall und Epilepsieanfall und bedient sich zu diesem Zwecke der elektroenzephalographischen Daten dieser Fälle. Man beobachtet nebst der elektroenzephalischen Störung (Verlangsamung oder Pause) eine diffuse Verlangsamung, welche aus unregelmäßigen Deltazacken von hoher Voltage ohne paroxistische Spitz-Zackenzeichen gebildet ist, wie man sie in den charakteristischen Kurven des Petit-Mal sieht, mit welchem der Bewusstseinsverlust des Anfalls auch gewöhnlich verwechselt wird.

Man bespricht die Richtlinien für die Behandlung dieser synkopalen Bewusstlosigkeit. Hinsichtlich des blutdrucksenkenden Faktors wird auf die vorzüglichen Erfolge mit parenteral verabreichtem Percorten, 5 Mg. jeden zweiten Tag, einen Monat lang, hingewiesen. Zusätzlich verabreicht man auch vagushemmende Mittel wie Priscofen, 3 tabletten täglich. Mit dieser Kombination erzielt man optimale Resultate (90 Prozent).

RÉSUMÉ

On considère le diagnostic différentiel des attaques syncopales avec les épileptiques appuyé sur l'enregistrement électro-encéphalographique de celles-ci. Graphiques dans celles que l'on voit, joint à l'altération cardiaque (lentification ou pause) une lentification diffuse formée par des ondes deltas irrégulières et à grand volage, sans signes paroxistiques pointe-onde, comme dans les graphiques caractéristiques du Petit-Mal que l'on a l'habitude de confondre avec les pertes de conscience.

On étudie les normes du traitement de ces pertes de conscience syncopales. Quant au facteur hypotenseur on signale les excellents résultats avec Percorten systématique, 5 mgs. chaque deux jours pendant un mois. Acompagné d'une médication antivagal comme le Priscofen, 3 tablettes par jour. Les résultats ont été très bons avec cette association (90%).