

nigen die eine Verbesserung der Zwerchfell und kostalen Atmung zur Aufgabe haben. Es werden günstige Ergebnisse erzielt, sowohl vom klinischen als auch vom roentgenologischen und roentgenographischen Standpunkt aus betrachtet.

In der Spirographie werden die Werte des Dyspnoeindex, der Atmungsreserve und des Cournands'schen Quotienten am günstigsten beeinflusst.

In der Bronchospirometrie sind es Vitalkapazität, maximales Minutenvolumen, Atmungsvorräte und Minutenauerstoffverbrauch die den grössten Einfluss aufweisen. Diese Werte sind im Bezug auf die Lunge zu betrachten die vorher physiotherapeutischen Übungen unterzogen wurde.

Aus den eigenen Beobachtungen werden 14 Fälle mit spirographischer Kontrolle vor Beginn der physiotherapeutischen Übungen und einen Monat nach Ausführung derselben besprochen.

Es werden auch drei Fälle mit Bronchospirometriekontrolle angeführt.

RÉSUMÉ

On fait une étude des manœuvres élémentaires de Physiothérapie et Gymnastique Médico-respiratoire, acheminées spécialement à améliorer la respiration diaphragmatique et costale. Les résultats obtenus ont été satisfaisants, aussi bien au point de vue clinique que radiologique et graphique.

En spirographie les valeurs qui s'influencent le plus favorablement sont l'index de dyspnée, les réserves respiratoires et le cocient de Cournand. En bronchosprométrie la capacité vitale, le volume minute maximum, les réserves respiratoires et la consommation d'oxygène par minute; ces valeurs rapportées au poumon soumis préalablement aux exercices physiothérapeutiques.

On mentionne 14 cas d'expérience personnelle, chez lesquels on réalisa contrôle spirographique avant d'initier les exercices de Physiothérapie respiratoire et un mois après de leur commencement.

On signale également trois cas chez lesquels le contrôle se réalisa avec bronchosprométrie.

NOTAS CLINICAS

ADENOMA TOXICO Y SINDROME W. P. W.

P. DE LA BARREDA, R. ORTEGA y H. OLIVA.

De la Clinica Médica 1.^a

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Se trata de la enferma B. T. M., casada, de veinticuatro años de edad, natural de Almodóvar del Campo, que ingresó en nuestro Servicio el dia 22 de marzo de 1957, contando la siguiente historia:

Hace unos seis meses notó, de una manera al parecer súbita, que le apareció una tumoración en el cuello, al tiempo que la voz se hacia más ronca y tenía dificultad para respirar, sobre todo cuando hacia algún esfuerzo. También notó que intermitentemente el corazón le latía muy aprisa y muy fuerte, y las manos se volvían calientes y sudorosas, mientras que las piernas, ojos y vientre se le hinchaban ligeramente, especialmente al atardecer. No observó ninguna alteración en la piel del cuello. Dicha sintomatología es la que presentaba a su ingreso, habiéndose añadido solamente hace unos días dolores difusos e imprecisos en espalda y abdomen. No ha tenido nunca fiebre, diarrea, estreñimiento ni cree que ha cambiado de carácter. Dice tener temporadas en que tan pronto engorda como adelgaza.

Desde hace unos cuatro años, y después de una prolongada lactancia, tiene períodos de dismenorrea con hipo o amenorrea. Entre sus antecedentes personales encontramos unas úlceras de matriz que fueron electrocoaguladas. Sus antecedentes familiares no revisten interés alguno.

En la exploración física nos encontramos con una en-

ferma de corta talla, bien constituida, en buen estado de nutrición y con buena coloración de piel y mucosas. Abundante sudoración generalizada por todo el cuerpo, más ostensible en ambas manos. La mirada es algo brillante y las pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación. No hay exoftalmos ni nistagmus. No existe ningún signo ocular del hipertiroidismo (SAINTON, MOEBIUS, JOFFROY, GILFORD, DALRYMPLE, STELLWAG, etc.). La boca está descuidada y la faringe se halla ligeramente enrojecida. En la parte anterior del cuello se nota una tumoración de mediana consistencia que se mueve sincrónicamente con los movimientos de deglución; a este nivel, la piel tiene un dermografismo muy acusado. En ambas fosas supraclaviculares y a los lados del cuello se aprecia un salto vascular muy vivo.

La percusión y auscultación de pulmón no da nada anormal. En la punta del corazón se ausculta un soplo sistólico suave que se modifica con las distintas posiciones. El resto de los focos es normal. Existe una taquicardia de 110 pulsaciones y la presión arterial es de 150/85 mm. Hg. En el abdomen se aprecian estrías de distensión y es blando y depresible. Hay dolor a la presión en hipogastrio y ambas fosas iliacas. Las extremidades inferiores presentan un discreto eritema reticuladis y ligero edema. Hay un temblor fino en las extremidades superiores. La exploración del sistema nervioso es negativa.

La exploración hematológica muestra una cifra de hematíes de 4.500.000 y 90 por 100 de hemoglobina, velocidad de sedimentación con un índice de 28, 6.400 leucocitos, 41 segmentados, 3 en bastón, 3 eosinófilos, 10 monocitos y 43 linfocitos. El metabolismo basal era de + 66 por 100 y el yodo inorgánico de 2 gammas por 100 y el yodo proteico de 10,9 gammas por 100. El E. C. G. muestra un síndrome de W. P. W. con afectación mio-

cárdica, que se confirma en trazados posteriores *antes y después del tratamiento realizado* (figs. 1 y 2).

Se le hizo una captación del isótopo radioactivo I^{131} (figura 3), administrándole 50 milicuries, siendo captado en región tiroidea, a las dos horas, el 65 por 100 de dicha cantidad, demostrándose la hiperfunción tanto por la proporción de la captación como por su ritmo rápido. Con todo ello confirmamos nuestro diagnóstico de bocio hiperfuncionante, encontrándonos además con el hallazgo electrocardiográfico de un síndrome de W. P. W. Se le inició un tratamiento con metil mercaptoimidazol, ba-

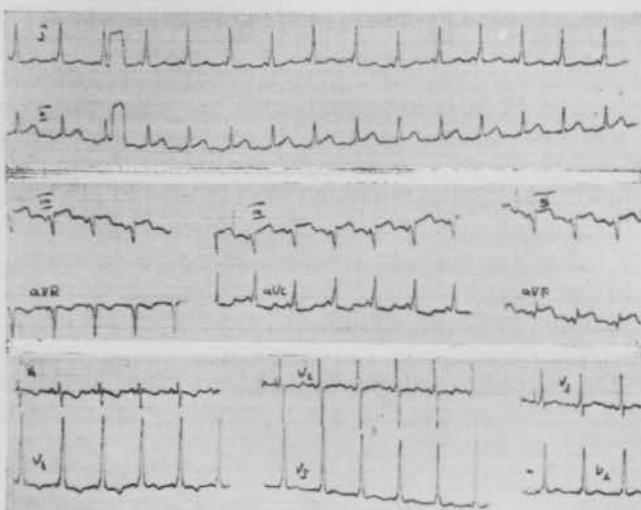


Fig. 1.—Frecuencia: 107 l.m. P-R, 0,08 seg. QRS: 0,11 seg. Q-T, normal. El ritmo es regular y rápido. P negativa en II, III, aVR y aVF; (+—) en V1 y V2; positiva en el resto. QRS se presenta con una onda delta inicial, predominantemente negativo en III, aVR, V1 y V2 y positivo en el resto. T negativa en aVR, V1 y V4; (—+) en aVL; positiva en el resto; aplanada en I, V5 y V6. S-T descendido en I, aVL y V4 y elevado en II, III y aVF.

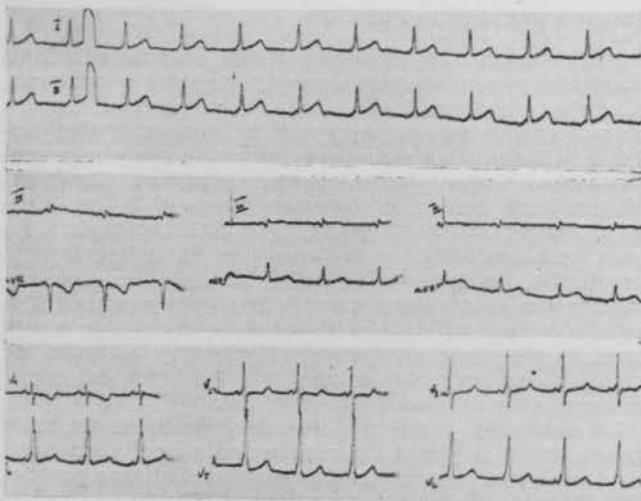


Fig. 2.—Frecuencia: 85 l.m. Q-T, normal. P-R, corto. P negativa en II, III y aVF. QRS: R alta en V2; onda delta en I, II, aVL y V2 a V6. T y S-T sin alteraciones.

jando el metabolismo basal a los nueve días a + 25 por 100 y a los 19 días a + 19 por 100, siendo a los 21 días el iodo inorgánico de 2,7 gammas por 100 y el yodo proteico de 4 gammas por 100.

La evolución clínica fué paralela a los datos de laboratorio, mejorando progresivamente de toda su sintomatología, hasta que ésta desapareció prácticamente a los 21 días de tratamiento.

La literatura sobre E. C. G. en tiroidopatías es muy numerosa, con interpretaciones no siem-

pre coincidentes, por añadirse factores de influencias opuestas a efectos de registro, señalándose como más sobresalientes la frecuencia de la enfermedad orgánica del corazón, esclerosis coronaria, daño miocárdico por acción hormonal o por los antagonismos de inervación. Si se excluyen esos posibles motivos, los cambios aceptados como de significación tirotóxica son: elevación de P en II derivación, dudando algunos si tiene significado patológico o es simplemente una consecuencia de la taquicardia sintomática. Es indudable que en muchos casos se normaliza después del tratamiento. El complejo QRS de alto voltaje que cede al tratamiento está también aceptado, aunque muchos casos no revelan tal aumento de voltaje. La T con anomalías en su altura son también visibles, consi-

Mes	Día	Se administran 50 milic. de I^{131} (10 c. c.), cuya actividad resulta ser 4.840 c. p. m.		
Abril.....	2	Tiempo	Actividad	Porcentaje
Abril.....	2	2 horas.	3.045 c. p. m.	62,8 %
Abril.....	3	24 horas.	2.720 c. p. m.	56,2 %
Abril.....	4	48 horas.	2.545 c. p. m.	52,4 %

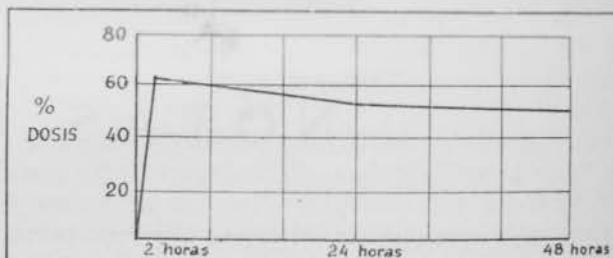


Fig. 3.

derándose el aplanamiento o inversión de T, con depresión del segmento S-T o sin ella, en I y II derivación, como el cambio electrocardiográfico más importante, pero como todas las modificaciones señaladas, sin explicación fácilmente aceptable ni concluyente.

En general, se ha considerado de menor importancia el hallazgo, en el hipertiroidismo, de registros electrocardiográficos del tipo del síndrome de W. P. W., caracterizado por P-R acortado, QRS ensanchado en idéntica extensión que aquél se acorta, onda T opuesta a la principal deflexión de QRS, como en los bloqueos de rama, y taquicardia paroxística, como en el caso publicado por STRONG en *The Lancet* en el año 1949. Pero como en la bibliografía nacional no lo hemos visto señalado, y el interés, sin duda, creciente por un mejor conocimiento etiológico de este síndrome, nos mueve a publicar esta observación.

BIBLIOGRAFIA

- WOLFE, L., PARKINSON, J. y WHITE, P. D.—Amer. Heart J., 5, 685, 1930.
LEPESCHKIN.—"Modern Electrocardiography", vol. I. The W. Wilkins Co. Baltimore, 1951.
VARELA DE SEIJAS.—Rev. Clin. Esp., 31, 261, 1948.

- VARELA DE SEIJAS.—Rev. Clin. Esp., 39, 39, 1950.
ESTAPE.—Rev. Esp. Cardiol., 1, 325, 1949.
ESTAPE.—Rev. Clin. Esp., 35, 391, 1949.
ALIX Y FABRA.—Rev. Clin. Esp., 22, 189, 1946.
DUQUE, PEREZ, CALDERÓN y ORTIZ.—Rev. Esp. Cardiol., 2, 159, 1949.
SÁNCHEZ.—Rev. Esp. Cardiol., 10, 270, 1956.
GARCÍA TORRES, HERNÁNDEZ y GARCÍA MARTÍNEZ.—Rev. Esp. Cardiol., 10, 292, 1956.
SÁNCHEZ FAYOS.—Rev. Clin. Esp., 60, 40, 1956.
VEGA DÍAZ.—Rev. Clin. Esp., 13, 287, 1944.
VELA, BENOT y ZAMBRANO.—Rev. Esp. Cardiol., 4, 195, 1950.
BOZAL URZAY.—Rev. Esp. Cardiol., 7, 435, 1953.
SÁNCHEZ.—Rev. Esp. Cardiol., 5, 387, 1951.
MARTÍNEZ GONZÁLEZ, CUXART y BARTOLI.—Rev. Esp. Cardiol., 4, 33, 1950.
BALCELLS GORINA y CISCAR.—Medicina Clínica, 1, 5, 1943.
GARCÍA ORTIZ.—Medicina, 6, 421, 1945.
WHITE, P. D.—"Heart Disease". New York (1946), págs. 88 y 946.
STRONG, S. A.—Lancet, 1, 959, 1949.

DUCTUS PERSISTENTE ATÍPICO

R. GARCÍA-ZOZAYA.

Hospital Infanta Luisa, de la Cruz Roja. Hospital Provincial. Secciones de Cirugía Cardiovascular.
Sevilla.

De vez en cuando nos enfrentamos en la clínica con síndromes que, sencillos de valorar en circunstancias normales, aparecen enmascarados por los factores condicionadores.

Un gran beneficio puede reportar el intuir la frecuencia con que las afecciones cardíacas modifican sus rasgos tradicionales para expresarse—sobre todo cuando han evolucionado con espontaneidad—de forma algo dispar a la considerada como clásica.

La persistencia del conducto arterioso es muy bien conocida tanto desde el ángulo clínico como del fisiopatológico. Las variaciones que puede ofrecer también están a nuestro alcance. Son repetidas las alusiones en la bibliografía a la dificultad de diagnóstico que esta afección llega a presentar cuando los datos recogidos en el paciente no nos recuerdan su sintomatología típica.

CASO CLÍNICO.

Se trataba de una niña de dieciséis años sin antecedentes que pudieran relacionarse con el cuadro del momento. La enferma sólo refería disnea de esfuerzo y aisladas hemoptisis coincidentes con estadios de sobrecarga respiratoria.

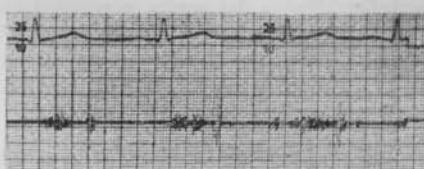
En lo somático presentaba un desarrollo algo retrasado, con talla pequeña y volumen corporal inferior al que le correspondía por su edad. Psíquicamente normal.

Del aspecto externo sólo llamaba la atención un salto vascular moderado en base del cuello. La coloración cutánea no reflejaba déficit de oxigenación. No tenía deformidades torácicas ni se dibujaban redes de circulación vicaria. El signo tensional de Bohn era positivo.

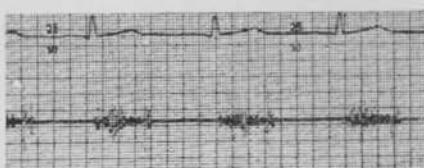
Palpando el peto costal percibíamos un thrill fuerte y largo en mesocardio.

Con localización electiva en tercer interespacio izquierdo, muy cerca del borde esternal, se escuchaba un

soplo telesistólico muy rudo, prolongado hasta el segundo tono, que aparecía visiblemente hipersonoro. La diástole estaba libre de auscultación y en el registro gráfico—figura 1—no se ven más que mínimas vibraciones

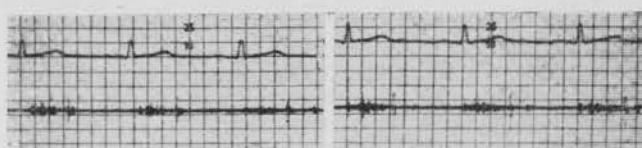


Foco pulmonar.



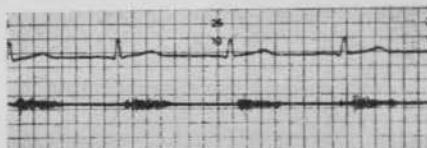
Tercer interespacio izquierdo.

Fig. 1 a.



Foco aórtico.

Foco central.



Foco tricúspide.

Fig. 1 b.

acústicas continuando el segundo tono. En segundo espacio intercostal los signos auscultatorios eran idénticos, aunque más atenuados. El soplo sistólico se oía también en región interescapular y axila. La figura 2 co-

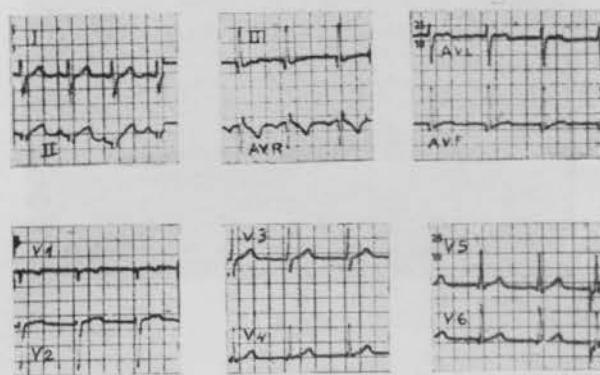


Fig. 2.

rresponde al electrocardiograma, en el que se objetiva rotación antihoraria con punta hacia delante y corazón en posición vertical.

Por balistocardiografía no existían modificaciones de las ondas I y J, pero la variación respiratoria estaba disminuida, como se aprecia en la figura 3.