

de su fijación, que imprime a la enfermedad el sello de las características retenciones tisulares.

A saber cuál es la sustancia que determina la fijación tisular férrica se orientan las modernas investigaciones.

## BIBLIOGRAFIA

- BOULIN.—Presse Med., 24, 16 junio 1945.  
 BESANCON, DE GENNES, DELARUE y OUMANSKY.—Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris, 2, 967, 1932.  
 CASTEX, M. R.; MAZZEI, E. S., y LISTA.—Hospital Rio de Janeiro, 29, 853, 1946.  
 DE GENNES y A. GERMAIN.—Mem. Soc. Med. des Hop., Paris, 18 octubre de 1940.  
 DE GENNES, DELARUE y ROGER DE VERICOURT.—Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris, 22, 1228, 1935.  
 DONZELLOT.—Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop., 21 junio 1935.  
 DONZELLOT.—Arch. Mal. du Coeur, enero de 1936.  
 EVEN.—Les cirroses pigmentaires. "Nouveau Traité de Médecine", Vol. VIII. Enfermedades del hígado, pág., 409. Masson, 1948.  
 FINCH, GIBSON, PEACOCK y FLUHARTY.—Blood, agosto 1949.  
 HOET y LEDERER.—Les bases physiologiques de la thérapeutique martiale. Journées Thérapeutiques de Paris. Doinne, 1946.  
 GRANICK.—Chem. Rev., 38, 379, 1946.  
 GRANICK.—Jour. Biol. Chem., 146, 451, 1942.  
 GRANICK.—Ibid., 149, 157, 1943.  
 GRANICK y MICHAELIS.—J. Biol. Chem., 147, 91, 1943.  
 GRANICK y HAHN.—J. Biol. Chem., 150, 407, 1943.  
 LEMAIRE, LOEPER y LOEPER.—Presse Med., 3, 1117, 1949.  
 POWELL, J. F.—Quat. J. Med., enero 1944.  
 ROGER de VERICOURT.—These de Paris, 1935.  
 SACHS, LEVINE y GRIFFITH.—Proc. Soc. Exp. Biol. Med. Dic. 1937.  
 SHAPIRA y DREYFUS.—Aspects Biologiques de quelques Maladies de l'enfant. Doin ed. 1930. Paris.  
 VANNOTTI.—Etude du métabolisme du fer à l'aide d'un isotope radioactif. Journées thérapeutiques de Paris. Doin ed. 1936.

## SUMMARY

The authors set forth their clinical concept of the endocrine-hepato-cardiac syndrome. They analyze the four basic points: endocrine, hepatic cirrhosis, failure of the myocardium and visceral haemosiderosis. The high incidence of pain in these patients, simulating hepatic colics, is pointed out and at the same time, it is stressed that the pathogenesis of this syndrome is due to a disorder of iron metabolism.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren besprechen ihre Auffassung über das endocrine-Leber-Herz-Syndrome und analysieren dessen 4 Komponenten: Die Endocrine Komponente, die Lebercirrhose, die Myocardinsuffizienz und die viscerale Haemosiderose. Man macht auf die Schmerzen aufmerksam, die bei diesen Patienten häufig auftreten und ganz ähnlich sind wie Leberkoliken. Es wird besonders darauf hingewiesen, dass die Pathogenie dieses Syndromes auf einer Störung im Eisenstoffwechsel beruht.

## RÉSUMÉ

Les auteurs exposent leur concept clinique du syndrome endocrino-hépato-cardiaque en analysant les 4 composants: l'endocrin, la cirrhose hépatique, l'insuffisance myocardique et l'hémosiderose viscérale.

Ils signalent la fréquence de la douleur chez ces malades, semblable aux coliques hépatiques, et insistent en même temps sur le fait que la pathogénèse de ce syndrome se doit à un trouble du métabolisme du fer.

## EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENTRICULAR DERECHA (I. V. D.) EN LAS ENFERMEDADES CRONICAS DE APARATO RESPIRATORIO, CON REFERENCIA ESPECIAL A LA TUBERCULOSIS (\*)

L. FABRA JIMÉNEZ

Centro de Colapsoterapia P. N. A. Director: J. ALIX ALIX.

Uno de los problemas más difíciles que en la práctica clínica se nos presenta a los que trabajamos en Centros quirúrgicos de cirugía torácica es el relacionado con las manifestaciones de I. C. que presentan los enfermos que padecen afecciones crónicas pulmonares.

Son enfermos que llegan a nosotros con grandes trastornos de la función respiratoria por alteraciones anatómicas y funcionales del parénquima pulmonar (grandes fibrocirrosis, extensas pleuritis y retracciones mediastínicas, cavernas, procesos neoplásicos, etc.), que actuando sobre el corazón y paredes de los grandes y pequeños vasos pulmonares dificultan grandemente la circulación de retorno al ventrículo derecho. En estos enfermos hemos encontrado casi siempre alteraciones en la función y constantes respiratorias, con profundos y acusados déficit de  $O_2$ , que hemos podido comprobar con el gran espirómetro de Knipping, siendo por esta causa por lo que el aporte al corazón y a los tejidos de este gas se hace en condiciones de extraordinaria penuria, condicionando alteraciones miocárdicas de naturaleza metabólica que se manifiestan en el trazado electrocardiográfico, como en algún caso muy demostrativo hemos registrado.

No debo entrar en detalles de las manifestaciones clínicas de I. V. D., por ser de todos conocidas y más puestas al día con los trabajos recientes de CODINA ALTÉS, ROF CARBALLO y, por último, por el Prof. BELTRÁN BÁGUENA en su magnífica Ponencia en el III C. N. C.

Cuando la I. V. D. se ha establecido, los resultados terapéuticos suelen ser, por desgracia, muy poco satisfactorios, y cuando la mejoría se logra, las recaídas, cada vez peores, no se hacen esperar, sobreviniendo la muerte al poco tiempo.

Por este motivo queremos dedicar unas palabras al tratamiento de este problema que tanto nos apasiona, contribuyendo con nuestra

(\*) Comunicación presentada al III Congreso Nacional de Cardiología, a la parte clínica de la primera Ponencia. Valencia, 5-8 de diciembre de 1950.

modesta experiencia a la resolución o alivio del mismo.

En las formas tuberculosas tóxicas agudas de recidivas, la I. V. D. se acompaña de insuficiencia circulatoria general, caracterizada por debilidad vasomotora, fenómeno que interpretamos de carácter toxémico, ya que las más de las veces desaparece cuando ceden aquéllas por el tratamiento antibiótico y reposo, habiendo observado en la mayoría de los casos que simplemente por este tratamiento la tensión arterial y venosa recuperan sus cifras normales.

Cuando simplemente por esta medicación no hemos conseguido los resultados apetecidos, hemos empleado, aun en contra de la opinión de otros autores, preparados que actúan sobre el corazón y vasos. Manejamos con verdadero éxito el Veritol y Veriazol (MOELLER y WAITZ emplean el Cardiotonin). El Veritol y Veriazol lo empleamos por vía oral y parenteral, indistintamente, a razón de treinta a cuarenta gotas o una ampolla de 1 c. c. cada cuatro a seis horas, prefiriendo estos preparados porque, además de su acción sinérgica sobre el corazón y vasos, carecen de acción simpática y cerebral, moviliza los depósitos sanguíneos, aumentando de esta manera la C. S. C., como demostraron los estudios de SCHNEIDER, aplicados a la clínica por SPRAGUE. No quiere decirse que la adrenalina y el simpatol lo excluyamos por sistema, pero la realidad es que nunca hemos tenido ocasión de utilizarlo, solamente en los casos de "schok" y asociada a las transfusiones totales de sangre. En las fases intermedias hemos asociado como tratamiento coadyuvante la hormona cortical, como aconseja THADDEA, pero con cierta vigilancia por la acción edematosas y oligúrica que este preparado, empleado a larga mano, puede producir. En esta fase la digital y sus derivados no nos han dado resultados, en cambio sí la estrofantina, 1/4 de mg. cada doce o veinticuatro horas en inyección intravenosa.

En las formas crónicas fibrocirróticas las alteraciones circulatorias están ocasionadas en su mayor parte por tracciones mecánicas que producen acodamientos y desplazamientos de los vasos; en estos casos las intervenciones quirúrgicas no solamente cubren las indicaciones terapéuticas sobre la lesión del parénquima pulmonar, sino también, al actuar desbridando adherencias y descompresiones de los órganos circulatorios, mejoran la función circulatoria de retorno.

Cuando la insuficiencia es mixta por fracaso en el sistema de aporte de  $O_2$  y debilidad miocárdica, como es frecuente que ocurra, el tratamiento tendrá dos finalidades. Por una parte, combatir la hipoxemia con inhalaciones de  $O_2$  puro, como aconseja GOYENA, pues mejora la cianosis compensándola en pocos minutos, debiéndose repetir las inhalaciones con intervalos de veinte a treinta minutos, según la experiencia de KNIPPING y ZIMMERMANN.

Deberá tenerse en cuenta que las inhalaciones de  $O_2$  puro, a la larga, son perjudiciales, ya que

pueden producir edema agudo de pulmón; por esto, PETZOLD y ZAEFER aconsejan respirar  $O_2$  con mezclas en  $CO_2$  del 25 al 50 por 100; nosotros las hemos empleado siempre puras sin ningún contratiempo, viendo cómo mejoraban de forma inmediata la disnea y el estado subjetivo del enfermo. DURANT opina que la acción del  $O_2$  está en relación con la mejor oxigenación del miocardio, lo cual hemos podido comprobar, incluso electrocardiográficamente, en un enfermo que en repetidas exploraciones expirométricas tenía un déficit de  $O_2$ , por término medio, de 2.500 c. c. de  $V_m'$  en atmósfera de aire, a  $V_m'$  en atmósfera de  $O_2$  y con una C. V. media de 1.150 c. c. En este paciente el trazado electrocardiográfico presenta inversión de la onda  $T_2$  y  $T_3$ , alteración reversible al hacer respirar en atmósfera de  $O_2$  (figs. 1 y 2).

A conclusiones iguales llegan DICKINSON y BARACH en enfermos que padecían extensas lesiones fibrosas pulmonares. Estos mismos autores han observado cómo con la respiración en  $O_2$  la cantidad de  $CO_2$  sanguíneo se eleva, interpretándolo como una adaptación compensadora para eliminar  $CO_2$  en cantidades normales.

Para compensar el segundo factor o insuficiencia miocárdica con intensa congestión venosa y hepática y estasis pulmonar, siguiendo el proceder de SCHERF hemos empleado la sangría, fundamentalmente si al cuadro clínico se asocia enfisema, y cuando además sospechábamos que la insuficiencia cardíaca era de ambos ventrículos.

La sangría puede considerarse superior a todos los demás procederes, aumenta la tensión de  $O_2$  arterial y disminuye el  $CO_2$  sanguíneo. De esta opinión es también nuestro compatriota CODINA ALTÉS, el que aconseja en cuadros semejantes sangrías repetidas cada dos a tres días, con lo que ha obtenido resultados sorprendentes, debiéndose vigilar el número de glóbulos rojos y el valor hematocítico. También emplea el clorhidrato de fenilhidracina como hemolítico, el cual nosotros no hemos utilizado.

Los medicamentos digitálicos los hemos empleado en un principio, pero en vista del escaso resultado obtenido los sustituimos por la estrofantina a dosis de 1/4 de mg. cada doce a veinticuatro horas, según los casos, asociándola con eufilina o diuréticos mercuriales, con lo cual, además de actuar sobre el espasmo bronquial y centro respiratorio, mejoramos la circulación coronaria y renal; favoreciendo la acción de la estrofantina sobre la intimidad del miocardio los mercuriales actuarían como verdadera sangría blanca, con la ventaja de conservar los vectores de  $O_2$ . Eso sí, en las fases de intervalo, cuando se ha logrado la compensación, empleamos la digital como cura de sostenimiento.

El empleo de opiáceos, morfina, pantopón, etcétera, que tan magníficos resultados logra en la I. V. I., los encontramos contraindicados, pues en algún caso que los hemos empleado los resultados no han sido favorables; por esto damos

preferencia a los bromuros o pequeñas dosis de luminal, y si en algún caso excepcional recurrimos a los opiáceos, lo hacemos en dosis extremadamente pequeñas y asociados al cardiazol

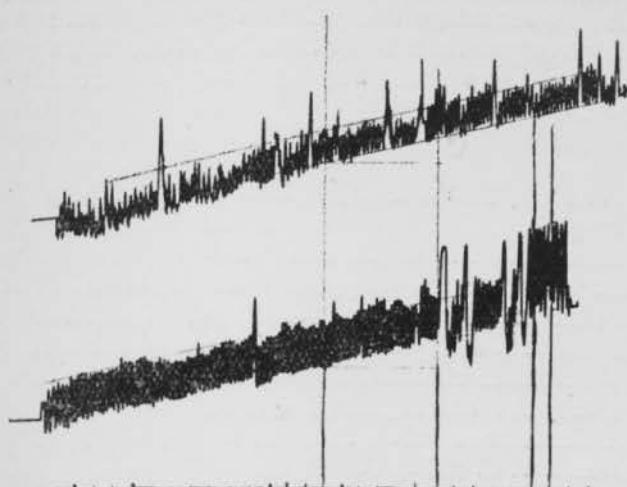


Fig. 1 a.

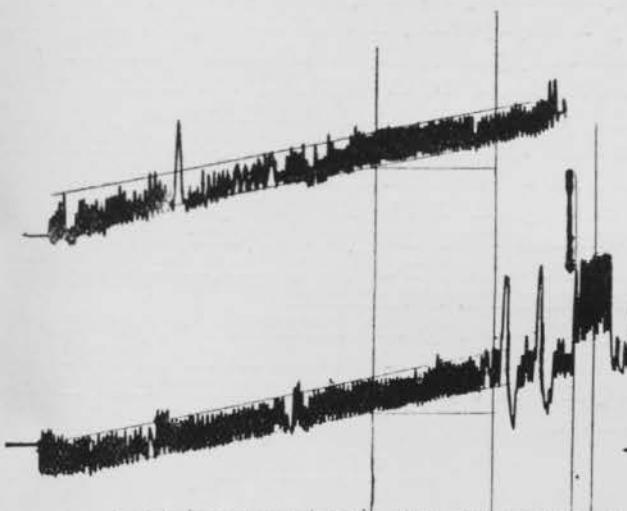


Fig. 1 b.

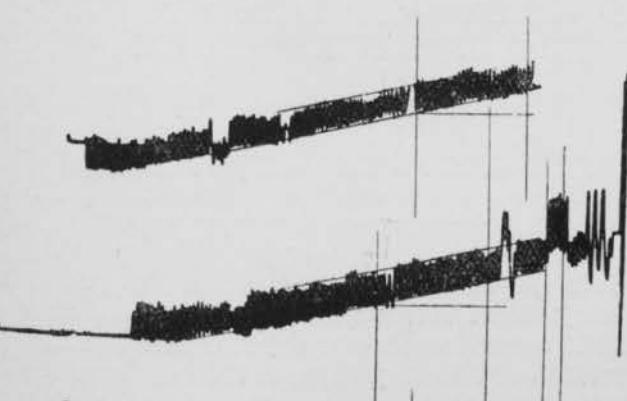


Fig. 1 c.

radas de reposo en cama, buscando la posición más cómoda para el enfermo, pero con tendencia al clinostatismo, abundando en la opinión de BELTRÁN BÁGUENA por las mismas razones que él expone, nos ha permitido mantener con grandes períodos de tiempo en una mejoría soportable a estos enfermos.

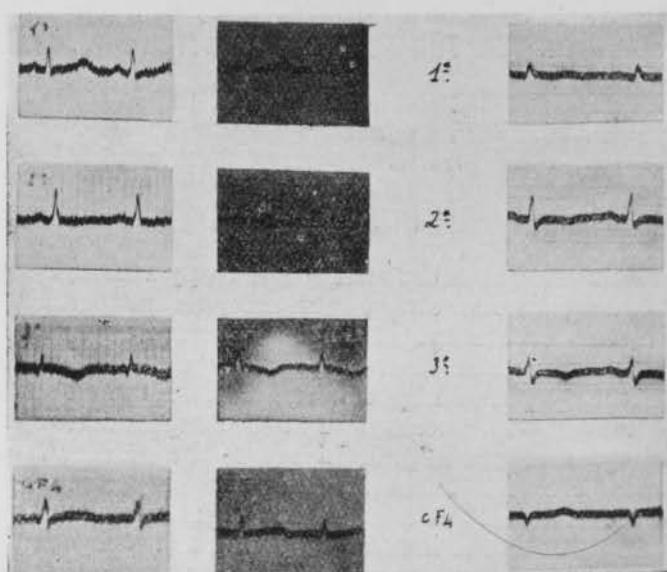


Fig. 2.—Trazado de la izquierda, en atmósfera de aire. El del centro, en atmósfera de O<sub>2</sub>. El de la derecha, otro caso igual poco antes de fallecer.

#### RESUMEN

El autor hace una exposición de la terapéutica que su experiencia le aconseja en el tratamiento de la I. V. D. en los enfermos de aparato respiratorio, con especial referencia a los enfermos de tuberculosis pulmonar. Señala la necesidad del desbridamiento de adherencias y liberación de compresiones por proceder quirúrgico que actúan mecánicamente sobre el círculo menor. Cuando se demuestra que la I. V. D. es consecuencia del déficit de O<sub>2</sub>, por las grandes destrucciones pulmonares o reducción del parénquima pulmonar por procederes colapsoterápicos y cuando además hay enfisema, el tratamiento más favorable es la oxigenoterapia. La digital no le da resultado, sólo la estrofantina. Cuando hay congestión visceral, los diuréticos mercuriales asociados a la euflina, prefiriendo este proceder a la sangría. No aconseja el empleo de los opiáceos, y sólo en muy contados casos asociados a los tónicos vasculares periféricos cardiazol, coramina, etc., y lobelina.

En cuanto al régimen alimenticio y de vida, la reducción de líquidos y sal moderadamente y reposo en posición cómoda con tendencia al clinostatismo.

#### BIBLIOGRAFIA

- CODINA ALTÉS, J.—Cor Pulmonale. Ponencia I Congreso Nacional de Cardiología. Madrid, 1944. Ed. Científico Médica.  
ROF CARRALLO.—Rev. Clín. Esp., 1, 479, 1940.  
BELTRÁN BÁGUENA, M.—Primera Ponencia al III Congreso Nacional de Cardiología. Valencia, diciembre 1950.  
MOELLER.—Dtsch. Arzteztg., 122, 1909.  
WALTZ.—Med. Welt., 607, 1929.

y lobelina, con lo que creemos haber evitado la acción paralizante de aquéllos sobre el centro respiratorio.

Esto con un régimen alimenticio en el que restringimos la ingestión de Na y líquidos y una actividad física reglamentada con tempo-

- KNIPPING and ZIMMERMANN.—Z. Klin. Med., 124, 435, 1933.  
 GÓYENA, J.—Cardiacos negros. Ed. Salvat. Barcelona, Madrid, Buenos Aires, 1942.  
 PETZOLD und ZAEFER.—Klin. Wschr., 1289, 1939.  
 COSET, R.—Tuberculosis y Circulación. Ed. Morata, Madrid, 1942.  
 ALDAY REDONNET.—Primera Ponencia al III C. N. de Cardiología. Valencia, diciembre 1940.  
 SCHERF, D.—Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del corazón y de los vasos. Ed. Labor. Barcelona, 1936.  
 SCHERF, D. y BOYD, L. J.—Enfermedades del corazón. Editorial Lopez. Buenos Aires, 1944.  
 SPRAGUE, H. B.—Moderns Concepts of Cardiovascular Disease. Amer. Heart Ass., vol. X.  
 BARACH, RICHARDS, MILHORAT y LEVY.—Proc. Soc. Exp. Med., 27, 308, 1929.  
 BARACH y RICHARDS, D. W. Jr.—Arch. Int. Med., 48, 325, 1931.  
 BARACH.—Jour. Am. Med. Ass., 1943, diciembre 1941.  
 BARACH, DICKINSON and RICHARDS, Jr.—Amer. Rev. Tbc., 26, 241, 1932.  
 THADDEA.—Neue Dtsch. Klin. Fortbild., 16, 30, 1939.

### SUMMARY

The author sets forth the therapy which, according to his own experience, he propounds in the treatment of right ventricular failure, in patients with respiratory disease, particularly pulmonary tuberculosis. The need for division of adhesions and decompression by surgical means is pointed out, so that, a mechanical effect is borne on the pulmonary circulation. Where it is shown that right ventricular failure is due to lack of  $O_2$ , owing to widespread pulmonary damage or reduction of pulmonary parenchyma on account of collapse-therapy management, and there is, furthermore, emphysema, the elective treatment is oxygen therapy. The author has obtained no results with digitalis, only with strophantus. When visceral engorgement occurs, mercurial diuretics and euphyllin are preferred to bleeding. Opium derivatives are not commended except in rare cases, associated with peripheral vascular tonics, such as cardiazol, coramine, &c., and lobelin.

As regards the regimen, hygiene, rest, &c., fluids and salt should be slightly restricted and rest should be taken in comfortable positions tending to klinostatism.

### ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor bespricht seine Erfahrung und eigene Behandlungsmethode bei der Insuffizienz des rechten Herzens bei Kranken des Atmungsapparates, mit besonderer Rücksichtnahme auf die Lungentuberkulosen. Er zeigt, wie notwendig die chirurgische Lösung der Verwachsungen und das Freimachen von Kompressionen ist, die auf den kleinen Kreislauf mechanisch einwirken. Wenn man sieht, dass die rechte Herzinsuffizienz mit einem Sauerstoffdefizit einhergeht, was Folge von Zerstörung der grossen Lungengefässen oder von Reduzierung des Lungenparenchyms infolge einer Kollapstherapie sein kann und wenn ausserdem gleichzeitig ein Emphysem vorhanden ist, so ist die Sauerstofftherapie die beste Behandlungs methode. Digitalis ist nicht so guenstig wirkend gewesen, wohl aber das Strophantin. Wenn viscerale Kongestion besteht, so sollte man die Quecksilberdiuretica mit Euphyllin kombinieren, bevor man einen Aderlass macht. Opiate werden

nicht empfohlen; sie sollen nur in ganz grossen Ausnahmefällen in Verbindung mit peripheren Gefässmitteln, Cardiazol, Coramin usw. und Lobelin angewandt werden.

Was Diaet und Lebensweise anbetrifft, so soll eine maessige Salz-u. Flüssigkeitseinschränkung vorgenommen werden, bei Ruhe in angenehmer Lage mit Tendenz zur senkrechten Läge.

### RÉSUMÉ

L'auteur fait une exposition de la thérapeutique que son expérience lui conseille dans le traitement de l'insuffisance ventriculaire droite chez les malades d'appareil respiratoire, avec spéciale mention des malades de tuberculose pulmonaire. Il signale le besoin du débridement d'adhérences et libération de compressions par des moyens chirurgicaux qui agissent mécaniquement sur le cercle mineur. Lorsqu'on prouve que la i. v. d. est la conséquence du déficit de  $O_2$  par les grandes destructions pulmonaires ou réduction du parenchyme pulmonaire par des moyens collapsothérapeutiques et lorsque en plus il y a emphysème, le traitement plus favorable c'est l'oxygénotherapie. L'auteur n'obtient pas de résultat avec la digitale; il l'obtient seulement avec la strophantine. Lorsqu'il y a congestion viscérale, les diurétiques mercuriaux associés à l'eunime. L'auteur préfère ce moyen à la saignée. Il ne conseille pas les opiacés; seulement dans très peu de cas, associés aux toniques vasculaires périphériques: Cardiazol, Coramine, etc. et Lobeline.

Quant au régime alimentaire et de vie, la réduction des liquides et sel modérément; repos en position commode avec tendance au clinostatisme.

### EL TETANOS CEFALICO: SUS FORMAS CLINICAS. APORTACION A SU CASUISTICA

J. BOSCH HERNÁNDEZ

Médico asistente a la Clínica Médica del Hospital de San Martín, de Las Palmas de Gran Canaria.  
 Director y Profesor de Sala: Dr. J. BOSCH MILLARES. Jefe de Clínica: Dr. D. MESA BOSCH.

Nos impulsan a la publicación del presente trabajo dos motivos principales: uno, el de llamar la atención sobre una modalidad de tétanos bastante olvidada, y otro, el interés puramente casuístico, debido a su rareza. Y hecha esta a modo de explicación, que se basa en la curiosidad científica que despierta esta enfermedad, entremos en materia.

La enfermedad, debida al bacilo de Nicolaier, tiene una fundamental y general manera de manifestarse en Medicina de todos conocida, a pesar de las numerosas formas clínicas con que suele presentarse. Para completar, pues, nuestro estudio, y por consiguiente tratar de darle