sanguíneo del paciente y usando como indicador el rojo cresol en un medio previamente alcalinizado con solución de sosa.

Se observó en general que la colinesterasa era mayor en los simpático-tónicos séricos (por la reacción de Manoiloff) en los cuales el estado asmático había desaparecido o se encontraban en franca mejoría, y menor colinesterasa en los vagotónicos séricos (reacción de Manoiloff) que estaban en estado de mal o con persistencia de las sibilancias bronquiales.

No siempre el comportamiento de estas reacciones séricas de Manoiloff coincidían con el estado correspondiente del reflejo oculo-cardíaco.

Los pacientes alérgicos en estado de mal, tenían, muy frecuentemente leucocitosis sanguínea, que disminuía o desaparecía a la franca mejoría del paciente. Esta linfocitosis se observaba en un mayor número de sujetos alérgicos que la eosinofilia consiguiente. Estudios últimos que hemos realizado con el interno Sr. Vieson Koop.

20-5-1950

FACTOR RH

Dr. Jorge Guasch

(Proyección de una película)

27-5-1950

REVISIÓN DE CRITERIO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO EN ALGUNAS CUESTIONES CARDIOLÓGICAS

Dr. A. Balcells Gorina

La experiencia clínica propia y ajena, así como las nuevas adquisiciones y nuevos métodos de la investigación experimental, ponen en tela de juicio y someten a revisión, constantemente, ideas y conceptos tenidos como inconcusos hasta el presente. Y parece sino fatal de la ciencia, este avanzar zigzagueante y a menudo con oscilaciones pendulares en que se revisan conceptos anteriores para pasar a otros, no nuevos, sino más antiguos. Pero en definitiva la "envolvente" es una línea de progreso cuya evidencia salta a la vista.

A guisa de ejemplo pasa a examinar varias cuestiones cardiológicas actualmente discutidas o revisadas.

1) *Pronóstico de los bloques atrioventriculares totales.* — Se solía considerar, y así está expuesto en bastantes tratados, que una vez estabilizado, el "pulso lento permanente" no constituye merma para la circulación y el pronóstico de estos enfermos puede ser bastante favorable.

Refiere algunas observaciones personales de curso fatal a corto plazo y afirma que lo de menos es el pulso lento en sí; lo que pasa es que no puede analizarse por separado este fenómeno, sino que para formar pronóstico *del enfermo* hay que enjuiciar también los demás accidentes que la esclerosis causal determina sobre corazón — esclerosis de miocardio — y sobre todo el árbol vascular — arterioesclerosis periférica y cerebral — responsable respectivamente de asistolia, grangrena o ictus que puede complicar y acortar la supervivencia. Señala además la posibilidad de que el régimen hemodinámico nuevo creado por el pulso lento en sí mismo — bradicardia con aumento de la presión del pulso — "revele" clínicamente una esclerosis vascular generalizada latente anteriormente, precipitando los acontecimientos.

2) *"Insuficiencia sin insuficiencia"*. — Existe una falsa insuficiencia cardíaca en cardíacos. Son enfermos, en especial mitrales, que aquejan disnea y otras molestias sin que se comprueben signos de dilatación ni de fallo miocárdico; hay una desproporción y falta de paralelismo entre la rica sintomatología subyectiva y los hallazgos exploratorios. A primera vista parece que el componente neurótico a menudo sobreañadido puede explicarlo, pero una observación prolongada y crítica, convence de la realidad somática de los síntomas que aquejan. Efectivamente se comprende que ante una aurícula que no se deja dilatar y que conserva el ritmo sinusal, el estasis retrógrado ocasionado por la estenosis mitral repercute sobre el pequeño círculo determinando la disnea; es claro que en este caso no se puede hablar de "insuficiencia". Ya se entiende que esta distinción conceptual no es una nueva sutileza teórica, sino que tiene una transcendencia clínica y terapéutica insoslayable: sólo será efectiva la medicación "cardiotónica" en la insuficiencia genuina de miocardio.

3) *Quinidina en la arritmia completa.* — A raíz de una observación personal que presentó un ictus con afasia y varias embolias pulmonares al normalizarse el ritmo con la quinidina, hace una revisión bibliográfica de los accidentes del tratamiento quinidínico en la fibrilación auricular. Discute el pronóstico funcional y en cuanto a supervivencia de la nueva situación hemodinámica creada en los enfermos que sufren esta complicación y concluye estimando que la terapéutica con quinidina tiene indicaciones limitadas, debiendo considerarse como una falta de criterio clínico su universal aplicación a todos los casos de arritmia completa. No sólo es peligrosa la normalización del ritmo en los casos de fibrilación crónica, superior a dos o tres meses y en las cardioesclerosis de edad superior a 50 años por la posible movilización de trombos auriculares y por su acción tóxica sobre miocardio, sino que el nuevo ritmo sinusal es a menudo sumamente inestable — recayendo fácilmente en la fibrilación — y aún posiblemente inadecuado a las condiciones actuales del corazón que presentó la arritmia.

4) *Asma cardíaco y edema de pulmón.* — Frente a la idea clásica, que coloca estos dos estados como fases sucesivas en el progreso de la insuficien-

cia ventricular izquierda, las observaciones de LENÈGRE y su grupo indicarían una formal distinción cualitativa en la presentación de ambos cuadros, aunque se intrinquen frecuentemente en los cardíacos. En el asma cardíaco, la claridad pulmonar en la radioscopia y, pasado el ataque, la amputación de las imágenes broncográficas por lipiodol a nivel de los bronquios medianos, demostraría la existencia de un verdadero asma bronquial; en cambio el moteado irregular con aumento de la densidad radiológica pulmonar durante el edema agudo y la permeabilidad broncográfica perfecta hasta los alvéolos después de la crisis de edema, representarían un estado totalmente diferente del "asma". LENÈGRE contrapone el bronco-espasmo en éste a la exudación en aquél y esto es difícilmente admisible, pues es indudable que en los enfermos con asma cardíaco debe existir una congestión venosa del pequeño círculo determinante más que de bronco-espasmo de edema bronquiolar sobre todo. Además, la clínica nos muestra casos mixtos, enfermos con edema pulmonar incipiente y reacción asmática.

5) *Farmacodinamia de los "cardiotónicos"*. — Se refiere a las investigaciones de McMICHAEL, que al principio sugerían un efecto veno-depresor primario de la digital, que no se ha podido confirmar en las ulteriores experiencias. En la estrofantina se reconoce un efecto cardiotónico puro y directo. Las comprobaciones farmacológicas mediante el cateterismo intracardíaco demuestran la superioridad de la estrofantina en la insuficiencia ventricular izquierda y en el "Cor pulmonale"; mientras que la insuficiencia cardíaca congestiva usual obedece mejor a la digital.

Por otra parte, el grupo Lenègre ha observado el efecto hipotensor venoso de los diuréticos mercuriales, superior al de otros fármacos estudiados y precoz con respecto al efecto diurético, lo que explica el brillante éxito terapéutico que con ellos se logra en muchos casos, inmediatamente a su inyección y antes de que tenga lugar el aumento de la diuresis.

Cita por fin el efecto cardiotónico indudable de los preparados de aminofilina, desconocido prácticamente hasta que las modernas técnicas del cateterismo lo han puesto de relieve.