

DR. KARL FAHRENKAMP

LO ESENCIAL Y COTIDIANO

EN EL CARDIOPATA



1853

D R . K A R L F A H R E N K A M P

Lo Esencial y Cotidiano
en el Cardiópata

Versión española del original alemán

1936

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS.
COMPOSICIÓN, IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN
DE LA CASA SPAMER A.-G., LEIPZIG



DEMOSTRACIÓN DEL CORAZÓN EN EL AÑO 1699

Amsterdam

PINTOR: JURRIAEN POOL

En el centro del cuadro figura como motivo principal un corazón inyectado y disecado con todas las reglas del arte. Los dos médicos y directores del gremio de cirujanos de Amsterdam, C. Boekelmann y J. Six han llevado a cabo esta preparación anatómica según el método de Federico Ruysch, siendo Six el que tiene en la mano el inyector. El anatomista Ruysch (padre de la célebre pintora de flores del mismo apellido) había perfeccionado el método de inyectar los vasos, que inventó Swámmerdam, perfeccionamiento que no sólo le valió brillantes éxitos científicos, sino también buenos resultados pecunarios. El pintor de este cuadro es también yerno del anatomista.

CAPITULO I

El diagnóstico en el cardíopata

Todo lo que el médico piensa o hace tiene su punto de partida en el esfuerzo que realiza para reconocer la enfermedad. Y la enfermedad se reconoce basándose en sus síntomas. Cuando el médico puede atribuir los diferentes síntomas a una causa uniforme, y puede además llegar a saber cuál es la *verdadera* causa de la enfermedad, podrá entonces establecer el diagnóstico de un modo seguro. De esta seguridad en el diagnóstico, se desprende la seguridad en la actuación médica.

Al revés de todos los siglos que le precedieron, el siglo XIX se caracteriza por el hecho, de que durante el mismo, hizo el diagnóstico progresos en todas las ramas de la medicina, tales, que nunca hubieran podido ni sospecharse. Para probarlo, basta pensar en lo sucedido con el gran grupo de las enfermedades infecciosas.

Con los progresos en los últimos decenios en el reconocimiento de las enfermedades, se ha fijado nuevamente la atención sobre la persona enferma; hasta el punto de que en la actualidad en medicina interna no consideramos solamente la enfermedad sino también al portador de la misma: la persona enferma.

Precisamente el estudio de la personalidad del enfermo ha venido a constituir un campo científico propiamente dicho. La persona del paciente interesa al médico especialmente, no sólo cuando un individuo es atacado de un modo transitorio por una enfermedad infecciosa, sino también cuando adquiere un proceso de naturaleza crónica, que en el transcurso de los años, cambia la personalidad

del enfermo. Pues bien: tal hecho se comprueba especialmente en las enfermedades y en los enfermos del corazón.

Precisamente por esto, debemos siempre al hablar de *enfermedades del corazón*, pensar al mismo tiempo en el *enfermo cardíaco*. Con nuestro instrumental científico, y con los conocimientos más recientes que nos ha proporcionado la Patología circulatoria, estudiamos el corazón y el sistema circulatorio en su conjunto, para poder formarnos un juicio respecto de ellos, y el procedimiento mediante el cual se ve si un individuo se halla o no afecto del corazón lo llamamos objetivo. A las personas que acuden a nuestra consulta con el temor de estar enfermas del corazón, las tranquilizaremos si podemos decirles de un modo seguro que no se encuentra en ellos nada patológico. Ahora bien: si el resultado de nuestro examen objetivo coincidiera siempre con la sensación que el paciente acusa de estar enfermo, o con el hecho de que éste tenga claro conocimiento de su enfermedad, las cuestiones litigiosas que se presentan en el diagnóstico del cardiópata serían muy fácilmente resueltas.

Pero en realidad las cosas suceden de muy distinto modo y son más complicadas de lo que acabamos de decir.

El individuo que enferma bruscamente con fiebre y dolores en el lado derecho del abdomen, se resigna en seguida al diagnóstico de su médico, cuando se trata de una apendicitis y se hace operar; y al producirse rápidamente en él la sensación de tener una enfermedad aguda, adquiere la correspondiente noción de estar enfermo dándose exacta cuenta de su enfermedad. Basándose en ello se comporta debidamente, poniendo todas sus energías, tanto pasivas como activas, en recobrar la salud, sometiéndose a lo que el médico le ordena, esperando, con paciencia y juiciosamente, que se produzca la curación. El individuo sigue un comportamiento completamente distinto al expuesto, al enfermar de un órgano o de un sistema sin manifesta-

ciones patológicas tumultuosas (a veces sin darse cuenta) es decir cuando la enfermedad adquiere un carácter crónico.

A excepción de la angina de pecho y de estados parecidos, el cardiópata no se ve casi nunca sorprendido repentinamente por la presentación de las manifestaciones morbosas. Al decir esto, hago exclusión de la embolia, del infarto cardíaco y del edema pulmonar agudo y estados análogos al mismo.

En general, las enfermedades cardíacas y las circulatorias se desarrollan solapadamente, y muchas veces no ocasionan ni dolores ni ningún otro síntoma apreciable para el enfermo. Las alteraciones inflamatorias agudas—post-infecciosas—del miocardio y del endocardio pueden aparecer (así sucede por regla general) solapadamente en el curso de la enfermedad infecciosa aguda, que ataca al individuo estando completamente sano. Esto es lo que acontece en todas las enfermedades infecciosas: la escarlatina, el sarampión, el tifus exantemático, la difteria, la angina e incluso la infección mixta que se conoce con el nombre de gripe.

En los jóvenes, es la poliartritis reumática aguda, la enfermedad infecciosa que mayor importancia tiene por sus relaciones con las enfermedades del corazón. De etiología desconocida, se presenta en individuos jóvenes en forma de dolores y tumefacción articulares generalmente acompañados de fiebre alta, no pudiendo deducirse por la gravedad de la enfermedad de si en su curso se presentará o no una endocarditis. La experiencia enseña de todos modos, que son muchos los enfermos cuyo corazón cae víctima de esta enfermedad, siguiendo afectos durante toda su vida de una grave lesión valvular.

En esta enfermedad se ha hecho una observación especial y es, que precisamente la endocarditis grave se observa más frecuentemente después de los casos leves de la poliartritis reumática, que

después de sus formas graves acompañadas de fiebre alta. Y también en esta enfermedad infecciosa, que es clásica en cuanto a sus relaciones con la Patología del aparato circulatorio, las manifestaciones patológicas en el endocardio, en el miocardio o en el pericardio, se presentan de un modo muy solapado.

Muchas veces, la presencia de una pericarditis o de una pleuro-mediastinitis es la única manifestación que revela la propagación del proceso infectivo al corazón y a sus cubiertas; es entonces cuando se presentan los dolores y el médico se da cuenta inmediatamente del peligro. Verdad es que este curso gravísimo dista mucho de ser la regla general, pero de todos modos, en las enfermedades infecciosas agudas que hemos mencionado, el diagnóstico se hace siempre con facilidad, ya que todo médico *piensa* desde luego en el corazón de los enfermos con fiebre fijando preferentemente su atención en el aparato circulatorio. Sin embargo vemos muy frecuentemente que el desarrollo de una enfermedad de las válvulas del corazón o del miocardio, tenga lugar de un modo silencioso y pase inadvertido tanto para el médico como para el enfermo, como sucede muchas veces a consecuencia de una afección febril aparentemente inofensiva. Esto puede aplicarse especialmente a los casos de anginas en que los enfermos hacen su vida ordinaria. En tales enfermos, el día menos pensado, puede ser que comprobemos la existencia de una nefritis reciente, o bien tienen que recurrir al médico a causa de sentir molestias en el corazón, producidas por un trastorno de conducción, a consecuencia del proceso infectivo.

Lo que sabemos con seguridad es que las enfermedades del corazón y del aparato circulatorio tanto las del sistema arterial como las del sistema venoso, no se presentan como verdaderamente autónomas, como lo son p. ej., una periodontitis con dolores insufribles, una neumonía con fiebre alta o una gastroenteritis aguda.

Las enfermedades del aparato circulatorio son casi siempre *manifestaciones consecutivas* a una influencia nociva que actúa sobre el sistema cardíaco o el vascular. Por consiguiente, el corazón se altera, ya sea rápidamente en el curso de una enfermedad infecciosa aguda, ya sea lentamente y en forma crónica, a consecuencia de una lesión también crónica que afecta a este órgano en concepto de motor. Muchas veces tal influencia sólo actúa al cabo de un decenio, o aún más tardíamente. La única excepción a esta regla, la constituye el sobreesfuerzo agudo del órgano motor al realizar el cuerpo grandes esfuerzos. Asimismo actúan en tal concepto las causas nocivas directas que, en forma de estímulos térmicos o químicos, o en la de venenos, afectan, de un modo inmediato, al corazón y a los vasos sanguíneos.

Realmente, es muy posible que el músculo cardíaco experimente una sobrecarga aguda, en forma de «sobre esfuerzo final», distendiéndose y sufriendo por ello una alteración permanente; y asimismo, es posible que, por la introducción de tóxicos en el torrente circulatorio, se lesionen de un modo agudo lo mismo las células del músculo cardíaco que el endotelio de los vasos sanguíneos, alterándose la aptitud funcional de la circulación en su totalidad, hasta el punto de poner en peligro la vida.

Uno de los hechos más singulares y más extraordinarios que conocemos, y que constantemente se comprueba en Patología circulatoria, es la enorme capacidad que posee el corazón aún estando lesionado, y su torrente circulatorio, para adaptarse a las exigencias de cada individuo.

Por absurdo que sea el trato que un individuo dé en ocasiones a su órgano motor, es lo cierto que el corazón y el sistema vascular, con una disposición funcional constante, se adaptan a las exigencias a que les somete su dueño, sean o no éstas sensatas.

Prescindiendo del escaso número de trastornos autónomos del corazón que antes hemos citado, en lo que a la vida cotidiana se refiere puede establecerse la regla de que, en general, el corazón y el torrente circulatorio enferman *secundariamente* por efecto de influencias nocivas agudas o crónicas, a las cuales el corazón se halle expuesto, por vía endógena o exógena. Mientras el corazón y la circulación cumplan sin alterarse con las exigencias del individuo, éste no se da cuenta de que tenga corazón. Inconscientemente, el individuo cuenta con el funcionalismo intachable de su aparato circulatorio, del mismo modo que cuenta con que ha de funcionar debidamente el motor de su automóvil. Y así como confía en este motor, aunque lleve el auto a las mayores velocidades, y se muestra satisfecho de las buenas cualidades del mismo, así también el hombre sano confía en su corazón y se muestra satisfecho de él. Y solamente se preocupa por «su motor» cuando éste le falla al someterlo a un rendimiento excesivo.

Pero este momento en que en un hombre se presenta la preocupación por su motor, es tan variable como las diferencias que separan a los hombres entre sí, dependiendo de innumerables componentes psíquicos.

Estos factores, llamados «psíquicos», varían tanto, que en las obras didácticas de la actualidad ni siquiera se ha intentado exponer lo que entre ellos hay de común y las diferencias que los separan. Y sin embargo, el comportamiento psíquico de los enfermos del corazón, en su conjunto, está sujeto a reglas muy precisas.

En efecto: vemos una y otra vez, que el enfermo cardíaco orgánico grave, tarda demasiado en acudir a la consulta del médico, ya que casi nunca siente preocupación por su corazón. Al contrario, por estar en él muy poco desarrollado el conocimiento de su

enfermedad, acusa una sensación de bienestar, que está en abierta contradicción con los datos objetivos que el médico comprueba.

Si quisiéramos expresarnos mediante una fórmula, podríamos decir sencillamente, que la anamnesis del enfermo afecto de una alteración cardíaca orgánica grave, es incolora y pobre; sus molestias no las refiere casi nunca al corazón, y en el primer momento, por su modo de comportarse, engaña al médico. Únicamente constituye una excepción de lo dicho el enfermo con angina de pecho.

En cambio, en los enfermos que acuden muy pronto al médico, acusando una sensación de miedo a causa de su corazón, muchas veces no se puede comprobar objetivamente, alteración alguna patológica, y a pesar de ello, viven en un estado de constante alarma, pensando que van a morir repentinamente por efecto de un «ataque al corazón». Dados por supuestos estos dos hechos contradictorios con que el médico se encuentra siempre al visitar enfermos de esta clase, se deduce, que unos enfermos, los que realmente están lesionados, acuden demasiado tarde al médico, mientras que los otros van demasiado pronto «a su encuentro».

Y el hecho de dar con tales enfermos lo califico de «encuentro», porque a menudo sucede que, ya desde las primeras preguntas que el médico dirige al enfermo, éste se cree incomprendido y no vuelve a la visita. En efecto: el asegurar a los enfermos de esta clase, que lo que tienen no es más que un estado nervioso y sin importancia alguna, constituye para ellos una ayuda insuficiente y no satisfactoria, que no les libra de sus dolencias.

Y muchas veces, hasta incluso el enfermo afecto de una lesión orgánica, en perjuicio de sí mismo, se aparta del médico, por no querer creer en la exactitud del diagnóstico que de su dolencia se ha formulado.

Por tanto, la forma contradictoria en que se comporta la perso-

alidad de un individuo que como cardiópata, va a consultar con el médico, consiste, en que uno de tales enfermos hace de su enfermedad una historia muy breve, y al examinarlo el médico, comprueba en él la existencia de importantes alteraciones anatómo-patológicas en el corazón y en la circulación; en cambio, el otro enfermo hace de su dolencia un relato detallado, y el médico que lo examina no le encuentra, por así decirlo, nada en el corazón. Y si bien es verdad que entre estos casos hay toda una serie de transiciones, debe darse a los dos extremos mencionados la debida importancia, contrastándolos entre sí.

Por lo tanto, será preciso que tratemos de la personalidad del enfermo del corazón, para poder comprender su modo especial de comportarse ante la enfermedad. Únicamente reconociendo y comprendiendo el modo de comportarse psíquicamente el cardiópata, es como podemos instituir con conocimiento de causa nuestro tratamiento médico. Y sin necesidad de estudiar de cerca las relaciones profundas entre los procesos psíquicos, nos guiaremos por la siguiente experiencia:

¿Qué individuo ha de ser considerado por el médico como enfermo del corazón? La respuesta parece sencilla: estará enfermo del corazón aquel individuo en cuyo corazón, o en cuyo torrente circulatorio, se compruebe la existencia de defectos y destrucciones que perjudican o ponen directamente en peligro el funcionalismo normal para la vida de conjunto del mismo. Pero, también puede ser cardiópata el individuo en el que se comprueban alteraciones anatómo-patológicas, o una disfunción, en determinados territorios del torrente circulatorio ya sea en el sistema arterial o en el venoso. Trátase de trastornos que actúan sobre el corazón como motor, por perjudicar secundariamente la unidad de la circulación. Respecto de este punto, sabemos que en la actividad vital de las arterias, de las

arteriolas y de los precapilares y capilares hasta llegar al territorio venoso originario de las grandes venas, se producen trastornos «funcionales» ligeros o muy graves, que pueden preceder, de años a decenios, a la aparición de alteraciones anatómo-patológicas. Para explicar lo que decimos, pondremos un sencillo ejemplo:

Un hecho que no ofrece peligro alguno lo constituye un espasmo arterial en la pantorrilla que provoca el despertar brusco del individuo por acompañarse de un violento dolor, ya que la experiencia demuestra que este espasmo cesa pronto, no perjudicándose por efecto de él la substancia viva del punto afecto. Pero en cambio, si un estado espasmódico semejante y también muy breve, tiene lugar en una rama de las coronarias, entonces no solamente puede estar amenazada la vida, sino que puede persistir una grave alteración del órgano motor. Y, como quiera que sea, quedará siempre gravemente quebrantada la sensación de seguridad en la persona afecta.

En lo sucesivo, tomaremos siempre como punto de partida este trastorno funcional, y tendremos en cuenta que las alteraciones anatómo-patológicas que se encuentran en el cadáver, no son el reflejo fiel de la vida, sino el de una vida rígida que constituye el estado final al cual llamamos de muerte. ¡Cuántas veces tratamos inútilmente de encontrar en el cadáver, una causa que explique de un modo satisfactorio la muerte del individuo, y cuán a menudo sucede que no podemos comprender cómo un corazón con un grado de destrucción que podemos sencillamente calificar de monstruoso, haya podido seguir funcionando durante años enteros! Nunca deberíamos apartarnos del concepto de que la función orgánica es normal o patológica antes de que se desarrollen alteraciones demostrables objetivamente. Y al hablar de alteraciones demostrables objetivamente, ya sea en la radiografía o en el electrocardiograma,

o en la simple exploración del paciente, lo hacemos muchas veces inducidos únicamente por las imágenes recordatorias de alteraciones anatómo-patológicas encontradas en el cadáver.

La hipertensión constituye el ejemplo clásico de alteración del funcionalismo del torrente circulatorio, debida a haberse trastornado la influencia reguladora que sobre éste ejercen el sistema nervioso central y la vida psíquica del individuo.

En el momento de la autopsia, la hipertensión ha desaparecido, y únicamente por la comprobación de hechos secundarios logramos adivinar que durante la larga vida del enfermo fué poco a poco elevándose la presión arterial hasta triplicarse en su valor normal sin que podamos llegar a conocer los motivos que produjeron tal trastorno funcional.

Pero, teniendo en cuenta que el corazón, y el torrente circulatorio en su totalidad, están sujetos en alto grado a las influencias que calificamos de *nerviosas*, nos encontramos en una situación difícil, porque no sabemos el significado de la palabra «nervioso».

¿Es que con ella queremos significar las excitaciones, inhibitorias y estimulantes, que, procedentes del sistema vegetativo y del tronco del encéfalo, pasan realmente por las vías de conducción nerviosas? Es decir ¿se trata de la transmisión de los procesos inconscientes que condicionan la vida y que deben necesariamente seguir funcionando de un modo intachable incluso después de haber quedado excluido el control que ejerce la plena conciencia, p.e., durante el sueño o en la anestesia?

¿O bien con la palabra «nervioso» queremos expresar la vida psíquica del hombre, que, en mayor o menor grado, bajo la inspección de su propia conciencia, se desarrolla en su mundo interno y en el externo, y en sus relaciones con las demás personas?

Por nuestra parte, queremos siempre significar las dos cosas a un mismo tiempo, porque en la persona viviente, se hallan inseparablemente entrelazados ambos procesos. En efecto: entre los dos factores hay un continuo engranaje, actuando lo mismo el uno que el otro.

Un estómago enfermo es causa de mal humor, y una mala noticia hace que las glándulas gástricas no funcionen como es debido. El hecho de recibir una noticia alegre aumenta el número de pulsaciones, y una extrasístole, debida a una elevación del diafragma hallándose el estómago muy lleno y distendido, produce en el correspondiente individuo una angustia mortal.

En Medicina hablamos de «influencias nerviosas», y con ello queremos significar las de naturaleza nerviosa orgánica y también las producidas por causas psíquicas.

En los últimos 20 años, la literatura sobre el problema «cuerpo-alma» había suscitado en exceso la idea de que el pensar alternativamente en uno u otro de estos factores resulta cosa justificada, siendo así que, en realidad, no se trata de resolver una disyuntiva, es decir, de decidir entre lo corporal y lo psíquico. Pero, en estos últimos años, también se ha ido abandonando la idea de que entre estos factores pudiera haber relaciones o acciones recíprocas. Los hechos son mucho más complicados, porque no hay cuerpo que no tenga su alma, ni alma que no tenga su cuerpo, y no se trata sencillamente de un juego recíproco de fuerzas que actúan en un sentido, y después en sentido inverso.

Respecto de esta cuestión, establecemos en nuestro pensamiento una separación que no se observa en la realidad de la vida. Muchas veces por motivos didácticos nos vemos obligados a esquematizar y a subdividir artificialmente en nuestra mente, los procesos vitales.

Pero si del análisis no retrocedemos a la síntesis, olvidaremos lo que realmente sucede en la vida. En este sentido, sabemos que la secreción interna, y todas las influencias llamadas endocrinas, actúan directamente sobre las relaciones que se nos presentan como psíquicas. El sistema nervioso vegetativo y el plexo solar son los que, por su funcionalismo, imprimen directamente el sello a la personalidad.

Cada hombre y cada tipo humano se caracterizan por el modo de comportarse en ellos el sistema vegetativo. No en balde Homero fijó en el diafragma la residencia del alma.

En el último decenio, el problema cuerpo-alma ha dado mucho que hacer a los médicos. No puede ponerse en duda que la personalidad de un individuo resulta en alto grado determinada por la constitución de su cuerpo y por la de cada uno de sus órganos y sistemas orgánicos. Con sólo prescindir de las acciones debidas a las complicadas relaciones existentes entre los órganos nerviosos (sistema nervioso vegetativo, cordón simpático, vías nerviosas, corteza cerebral, tronco del encéfalo) no podremos explicarnos, y ni siquiera imaginarnos, el sin número de fenómenos anímicos existentes. Todo lo que en la literatura hemos aprendido al seguir en su desarrollo el problema cuerpo-alma, nos obliga a apartarnos del análisis, para volver a la síntesis. Y esta síntesis es el hombre vivo en su totalidad—inalterada, en el hombre sano, y alterada, en el hombre enfermo. En efecto: después de todo no nos es posible reconocer ni comprender ninguno de los fenómenos conocidos con el nombre de «psíquicos». A ello hay que añadir la transformación de los procesos vegetativos o de los procesos materiales inconscientes en el proceso pensador, inmaterial, del entendimiento, el único que exterioriza el fenómeno psíquico en forma de palabra, y de gestos.

Por consiguiente, con toda seguridad es equivocado el considerar el cuerpo y el alma como cosas opuestas. Y, también con seguridad, no satisface la idea de una acción recíproca, que pueda compararse a un juego de fuerzas que ejerzan influencias recíprocas, en constante alternativa.

Hoy por hoy, en Medicina, el concepto de la palabra «nervioso» no resulta todavía claro—sobre todo considerándolo desde el punto de vista diagnóstico. Esta palabra significa tan pronto una cosa como otra.

Finalmente, debemos librarnos de establecer, sin más ni más, el diagnóstico de enfermedad nerviosa. Con frecuencia este diagnóstico no sirve más que para ocultar nuestra ignorancia o nuestra impotencia actual para juzgar respecto al curso del proceso morboso. Muchas veces, lo único que hacemos con este diagnóstico es salir del paso, sin pensar que con ello abandonamos o renunciamos a la parte de sacerdocio que a la Medicina corresponde, por hallarnos en exceso imbuidos por la soberbia que nos producen nuestras investigaciones y nuestro saber objetivos.

Ahora bien, ¿qué es lo que el enfermo quiere del médico? Lo que quiere es que éste le libre de sus padecimientos, esperando encontrar en él un auxiliar. En último término, el enfermo no se interesa lo más mínimo por el diagnóstico de su dolencia, sino que lo que espera es que se le preste auxilio en una situación desesperada que le quita la alegría de la vida y la aptitud para el trabajo.

¿Cómo pude perder mi salud? ¿Por qué me puse enfermo?
¿Cómo puedo curarme?

Estas son las preguntas que el enfermo dirige al médico.

Es posible que el enfermo crea tener la culpa de que le haya sobrevenido su enfermedad, debido a su manera de vivir.

Desde el momento en que el médico comunica al enfermo que

no es más que un nervioso, éste, o bien siente que se le echa en cara su falta de voluntad, suponiendo que, por poco que él quisiera, se pondría bueno, o bien abandona con tristeza o descorazonado el despacho del médico, por que ve que éste no cree en su enfermedad y supone que todo lo que él tiene no es más que imaginativo.

Si el enfermo está hasta cierto punto al corriente del lenguaje que respecto de esta clase de enfermos se usa entre los médicos, se sentirá ofendido por tal lenguaje, ya que en él se le juzga como un enfermo «imaginario», «nervioso», «histérico», «neurótico», «psicopático», etc. etc., o se le designa con cualquier otro de los muchos nombres análogos, que representan valores negativos.

Y sin embargo, el papel del médico no es juzgar a un enfermo, sino ayudarle. El médico no ha de imbuir a los hombres la idea de que su salud, inmerecida, constituye un privilegio personal, ni tampoco debe decirles que su estado de enfermedad y de debilidad, ante la vida, representa para él un castigo bien merecido. Una úlcera del estómago no es una enfermedad que honre, pero tampoco el tener una neurosis constituye una vergüenza. Las cefalalgias no son histéricas, y el tener fracturada una pierna no es motivo para que al paciente se le compadezca más que a los demás enfermos. No estamos autorizados a establecer categorías entre los enfermos, colocando al carcinomatoso en primera clase, y en segunda, al neurasténico que constantemente tiene miedo de hallarse afecto de lúes.

La desdichada denominación «nervioso» ha causado, en Medicina, gran perjuicio, habiendo sido causa de que muchos individuos hayan perdido su confianza en el médico. Y es éste el motivo por el cual renunciando a todo prejuicio hemos de poner de ahora en adelante gran cuidado en evitar el empleo de la palabra «nervioso». Hemos de comprender que el enfermo que nos consulta lo hace

porque se siente perturbado en su funcionalismo vital normal, y al considerarse enfermo, acude a nosotros para que le prestemos auxilio.

Dejemos aparte a los simuladores voluntarios. Tal grupo constituye, para nuestra comunidad social una fauna nociva que, sabiendo bien que miente, quiere sacar provecho personal de sus mentiras.

Pero ¿es que tales pensamientos tienen cabida en el título de «Lo esencial y cotidiano en el cardíopata»?

Sí, y es necesario que tratemos brevemente sobre estos puntos, porque el cardíopata puede también presentar todos los síntomas que se conocen con los nombres de «nerviosos», «neuróticos», «psicopáticos», etc.

Pero lo que especialmente representa un gran papel en muchos de los enfermos del corazón, es la angustia. Distinguimos la angustia verdadera, o angustia genuina, como opuesta a la «no verdadera», que solamente existe en la imaginación del enfermo, y que se designa con el nombre de «neurótica».

Ahora bien: teniendo en cuenta que toda enfermedad de larga duración va poco a poco modificando la personalidad, y ésta a su vez modifica también la enfermedad, es necesario que estudiemos los puntos antedichos. Únicamente así, es como se pueden apreciar las grandes dificultades y las diferencias de criterio que se presentan en el diagnóstico del cardíopata.

Puede suceder que pase totalmente inadvertida una afección cardíaca que generalmente es causa de molestias, en un individuo con determinada predisposición; y en cambio puede suceder también que en otro individuo, con predisposición diferente a la del anterior, un trastorno cardíaco insignificante le produzca como por encanto un cuadro de enfermedad cardíaca grave. En esto consiste la difi-

cultad en el diagnóstico; y a pesar de ello veremos que en el cuadro del cardiópata orgánico pueden también reconocerse reglas muy precisas en lo que se refiere a sus rasgos psíquicos fundamentales.

Para hacer el diagnóstico, ante todo se procurará poner en claro cuál ha sido la causa del trastorno del funcionalismo en el enfermo que se presenta a nuestra consulta por creerse afecto del corazón. El hecho de haberse por sí mismo decidido a visitarnos, nos hace siempre suponer que se sintió dificultado o amenazado en el curso de su vida normal refiriendo esta amenaza a su corazón.

Pero si el paciente no acude a la consulta siguiendo su libre voluntad, podremos comprobar que sus deudos fueron los que se dieron cuenta de que el enfermo presentaba trastornos que él mismo no había notado o reconocido, o que no quería confesar que se hubieran presentado; y estos deudos del enfermo se creyeron obligados a llevarlo al médico.

Sólo mediante una exploración detenida podremos decidir, con seguridad, si el trastorno asienta o no sobre una base orgánica demostrable. Para todo médico que quiera hacer el diagnóstico, constituye una importantísima condición previa, la necesidad de prestar gran atención al relato que el enfermo le haga de sus molestias, oyendo este relato con toda calma.

El relato no debe referirse únicamente a la anamnesis propiamente dicha de la última enfermedad, sino que, además, debe orientarnos sobre cuáles son las enfermedades que el paciente haya sufrido con anterioridad. Pero una anamnesis como única *historia de la enfermedad* no es bastante. Muchas veces, en el cardiópata, o en el individuo que se cree enfermo del corazón, no se obtiene un diagnóstico claro sino cuando, además de la *historia de la enfermedad* y al mismo tiempo que ella, se toma también la *historia de la vida*

del correspondiente individuo. En esta historia deben comprenderse la de la infancia y de la familia, las condiciones de herencia, los años del desarrollo, la elección de profesión, las circunstancias referentes al matrimonio, los hábitos de vida, los gustos, etc. etc. Por el relato que el enfermo hace en ocasión de la primera visita (relato que debe ser escuchado con calma por el médico), quedará de manifiesto ante éste la imagen de aquél en toda su personalidad.

El médico que escucha el relato no ha de hacer otra cosa sino encauzar al enfermo, dirigiéndole preguntas, y debe esforzarse en no dar a conocer los juicios que se le ocurran, porque de lo contrario corre el peligro de hacer sin darse cuenta el diagnóstico, basado únicamente en la anamnesis, siendo así que no es posible hacerlo hasta después de efectuada la exploración somática.

Cuanta más experiencia adquiriera el médico, tanta mayor importancia tendrá para él la anamnesis y el conocimiento del modo de ser de la persona que sufre la enfermedad.

A medida que su experiencia vaya aumentando, el médico adquirirá el convencimiento de que una mayor duración del relato anamnésico está en razón inversa de las alteraciones que pueden comprobarse mediante la exploración. Así como un enfermo con miedo a causa de su corazón, expresa sus molestias en forma dramática y valiéndose de un lenguaje rico en imágenes, y observa con impaciencia si también el médico se hace cargo de todas las sensaciones que él le relata, en cambio, la anamnesis de los cardiópatas orgánicos es siempre pobre en imágenes, breve, y muchas veces, sencillamente, vacía.

En su despacho, el médico observa siempre dos modos completamente opuestos de manifestarse los enfermos.

El enfermo correspondiente al segundo grupo sólo se hace explorar «para hacer las cosas como es debido». Psíquicamente no se

comprueba en él alteración alguna, conservando casi incólume su sensación de seguridad y no perdiendo su buen humor.

En cambio, el médico queda muy sorprendido al encontrarle una miocarditis arterioesclerosa sumamente hipertónica, con todos los síntomas de una insuficiencia cardíaca crónica.

Muchas veces el médico no puede en modo alguno comprender, cómo un enfermo tan grave sigue ejerciendo su profesión tan tranquilamente y con tanta resignación, a pesar de la amenaza que sobre él pesa.

El enfermo del primer grupo explica al médico, en una larga anamnesis, las más diversas sensaciones que en él produce el trastorno cardíaco de que se halla afecto. Dicho enfermo ha perdido la alegría del vivir y la aptitud para el trabajo. Las sensaciones antedichas afectan intensamente la sensación de seguridad del paciente, que dice notar como si su corazón diera tres saltos, semejante a una piedra que rebota, y después cayera. O bien, el enfermo nos cuenta que las punzadas que siente en el corazón se parecen a un coágulo que se disolviera en el cuerpo y, muchas veces, que volara directamente hasta el cerebro. El enfermo está deprimido, su equilibrio psíquico está gravísimamente alterado, y el médico que lo examina queda maravillado de no encontrarle alteración orgánica alguna.

Estos son los dos extremos que constituyen lo esencial y cotidiano en el *diagnóstico* del cardiópata.

Se comprende bien que el médico no representa sólo un *auxiliar*, sino que es también un *guía* y un *educador* del enfermo.

Pero el deber y el derecho del médico, de poseer estas cualidades, *absolutamente necesarias para el ejercicio de su profesión, forman parte del tratamiento que instituye, de su actuación médica, pero no constituyen elementos de diagnóstico.*

Como se comprende, en la ejecución de nuestros procedimientos terapéuticos nos guía el prejuicio, porque todos somos hombres y, ante el hombre enfermo, no nos queda más recurso que emplear procedimientos humanos. Pero, al hacer el diagnóstico debemos evitar el prejuicio, pues de lo contrario perdemos nuestra mejor fuerza como médicos, ya que debilitamos la calidad del diagnóstico.

Nosotros dejamos de usar la palabra «nervioso» en el concepto habitual de la misma, ya que representa un prejuicio, tanto para los médicos como para los enfermos. Pero, en cambio, sabemos que, al alterarse el ser corporal, pueden producirse trastornos en el equilibrio psíquico, y que incluso puede suceder que las graves sacudidas psíquicas sean causa de procesos morbosos corporales. Como hicimos ya notar, tales relaciones no constituyen simplemente fenómenos de acción recíproca. Los hechos son tan complicados, que no es posible establecer una separación entre la causa y la acción, y es éste el motivo por el cual debemos estudiar con idéntica solicitud todas las manifestaciones del enfermo, tanto las corporales como las psíquicas.

Entonces vemos que las fluctuaciones corrientes de la regulación o de la disfunción nerviosa vegetativa del cuerpo, se hallan íntimamente relacionadas con trastornos del equilibrio anímico que se exteriorizan por el estado espiritual, por la capacidad para el trabajo y por la alegría de vivir. O bien vemos la influencia que ejercen los hechos puramente anímicos, e incluso los de índole intelectual, que se producen de un modo consciente o por debajo del umbral de la conciencia, y que trastornan o paralizan las funciones del cuerpo.

*

La Psicoterapia y el Psicodiagnóstico son también importantes en lo que hace referencia a los cardiópatas.

Y por esto debemos exponer brevemente nuestro criterio respecto de la Psicopatología.

El desarrollo del problema relativo al histerismo seguirá siempre íntimamente relacionado con los nombres de Charcot y de la Salpêtrière (1825—1893).

Todos los médicos que penetran en el mezquino auditorium de la Salpêtrière, en París, en el cual se encuentra el busto de Charcot, al abandonar esta pequeña sala lo hacen bajo la impresión de que fué en ella donde el gran clínico desarrolló el problema del «cuerpo-alma». Sus trabajos sobre el histerismo, el hipnotismo y las enfermedades sistematizadas de la médula, han abierto brecha en lo que se refiere a la investigación que en Medicina se ha llevado a cabo en las décadas siguientes. En este auditorium fué donde Sigmundo Freud y Josef Breuer sintieron el estímulo para realizar el trabajo de investigación que les condujo al psicoanálisis.

El haber llevado a cabo la investigación *científica* relativa al problema del histerismo y la delimitación precisa del concepto de neurosis como entidad morbosa, seguirá siempre siendo un servicio que se debe a Freud y al psicoanálisis, por él creado. Aquel que—*sine ira et studio* (de un modo imparcial)—logre hacerse cargo de lo que es el sistema puramente naturalista y teórico de la Psicopatología, y especialmente los sistemas doctrinales de Freud, de Jung, de Adler, de Bleuler y de otros investigadores posteriores, reconocerá el carácter intelectual, puramente científico-natural, de tales trabajos.

Pero *¿por qué la doctrina del alma produjo tal confusión en los espíritus?* En lo que a uno de los puntos se refiere, la contestación a esta pregunta resulta muy sencilla: porque la investigación teórica pura de los procesos anímicos en el hombre, se hace extensiva im-

perceptiblemente a la vida cotidiana, y por tal motivo ha ocupado e interesado incluso al lector sano, y no digamos, al lector médico. ¡Cuán borrosos son los límites entre el individuo sano y el enfermo; nunca se vió esto con tanta claridad como al investigar el modo de comportarse el alma! Ahora bien: con rapidez excesiva se establecieron medidas terapéuticas basadas en conocimientos teóricos adquiridos en época muy reciente; pero a aquellas les faltaba la comprobación de la experiencia, y ello fué causa, por un lado, de un apartamiento rígido y, por otro, de entusiasmo respecto de tales métodos, sin que ni lo uno ni lo otro estuviera justificado.

En resumen: Desde Charcot hasta la Filosofía de un Klage, pasando por Freud, Adler y Jung, en el primer tercio de este siglo, en muchas de las manifestaciones de la literatura, y no sólo de la relativa a Medicina, ha estado impregnada, mezclada y, muchas veces, hasta infectada por un conocimiento científico incomprendido, aunque importante, respecto al modo de comportarse espiritualmente el hombre. ¡Demasiado pronto se recolectaron los frutos de la Psicopatología, y ello dió lugar—si se me permite la frase— a muchas indigestiones de ciencia! Del mismo modo que muchas veces ha sucedido en Medicina en el transcurso de los siglos, también en el presente caso, sólo una nueva generación de médicos pondrá en claro y dará el debido valor a la parte de verdad contenida en esta doctrina. Por lo que se refiere al diagnóstico del médico y al tratamiento de los enfermos, el grado de verdad que contiene tal doctrina será prudentemente limitada por estos médicos, a sus lógicos dominios, pudiendo entonces ser empleada como fruto de bendición para todos. En la «doctrina del alma» produjo gran perjuicio y mucha confusión el hecho de que, en correspondencia con el mal espíritu de la época, se «popularizara» muy pronto la investigación científico-natural. Así es como conceptos incompre-

didados, tales como los de «complejo», «desplazamiento», «angustia de castración», «complejo de Edipo», «incesto», «infantil», y otras palabras análogas, llegaron a convertirse, sencillamente, en expresiones de «salón de té». Aquí no nos es posible decir quien fué el culpable de esta popularización.

En Psicopatología hay que admitir, como cosas separadas, dos partes: una parte teórico-científica, y otra parte terapéutico-práctica. En cuanto a la Psicoterapia como tratamiento curativo, el médico emplea, según sean sus conocimientos, «uno u otro método».

A primera vista parece cosa indiferente cuál sea el método que se emplee, con tal de que con ambos se logre auxiliar al enfermo en sus necesidades psíquicas. Las diferentes circunstancias y variedades de la Psicoterapia, se distinguen en principio por actuar más o menos profundamente sobre la personalidad del enfermo. Uno de los métodos tiene un carácter más analítico, y el otro es más pedagógico y sintético.

Para que pueda prestar auxilio al enfermo, todo proceder psicoterápico debe pasar desde el desmembramiento, o análisis, a la unión, o síntesis del conjunto.

El método preferentemente analítico o psico-analítico debe confiar mucho en la «última cualidad del enfermo» (es decir que sea un enfermo de ideas sólidas, y no un hombre de ideas fugaces) ya que este método exige que el enfermo sujete su vida a un nuevo plan en armonía con el conocimiento que de sí mismo ha adquirido, más profundo y distinto del de antes.

El individuo enfermó siguiendo una vida equivocada, y ahora debe sanar siguiendo en su modo de vivir la verdad que acaba de conocer.

Tal comportamiento supone mucha energía y mucho amor a la verdad, a la vez que mucho ánimo y renunciamiento, es decir, una gran energía de carácter, en el más estricto sentido de la palabra;

y esto no solamente en el enfermo, sino también en el médico. En el transcurso de este tratamiento de acción profunda, se produce una pérdida de la individualidad del enfermo. Del mismo modo que en la renovación de una casa (en la que además se exige un arquitecto con experiencia) se debe proceder en este caso con el mayor cuidado. En efecto, en arquitectura, al poner nuevas vigas de hierro y quitar las vigas podridas, en una casa habitada, no hay motivo para que se hunda el edificio. El arquitecto debe estar muy seguro de lo que hace, cuando quiere proceder a esta «renovación» completa. En el psicoanálisis—para seguir con la misma comparación, veíamos «arquitectos» sin conciencia que seguían renovando enfermos en los cuales no había nada esencial y valioso que debiera ser renovado. Y veíamos que había individuos que, no por necesidad, sino por vanidad intelectual, iban a su reconstrucción y restauración mediante el método psicoanalítico que llegó a ponerse de moda. Había hombres que, con una apariencia genuinamente intelectual, dejaban que en ellos se profundizara o se transformara, sin haberse tomado en absoluto la pena de ver cuál era el material constructivo existente o las condiciones de solidez de que disponía su alma. Los analistas sin conciencia crearon *un verdadero ejército de estas nulidades renovadas con apariencia intelectual*.

Esto no modifica para nada la experiencia según la cual el método de *Freud* pudo todavía prestarnos auxilio en casos de enfermedades de carácter anímico en los cuales se habían suspendido por infructuosos todos los demás métodos curativos. Pero la gran importancia de este conocimiento casi se estrelló al dar con las ridiculeces de las pequeñas reconstrucciones psicoanalíticas, cosa que, por lo demás, suele suceder no sólo en Medicina, sino también en otras disciplinas, cuando éstas penetran en la vida práctica. En lo que a la Psicopatología moderna se refiere, el saber y la experiencia significan

para el médico una mayor profundidad en sus conocimientos, y le ponen en aptitud de pesar exactamente cuáles son los casos en que está indicado el uso de los procedimientos psicoterapéuticos y hasta qué punto éstos tienen valor según sea la calidad de los enfermos. El motivo que hizo fracasar la tentativa de Ernesto Haeckel de querer resolver los últimos secretos del mundo por la investigación naturalista o sea puramente intelectual, condujo asimismo al fracaso de Freud y de los demás investigadores que como él trabajaban para poder reconocer y descomponer el alma valiéndose únicamente de las fuerzas de la inteligencia.

La falta de ética fué una profunda causa de equivocaciones y apartamientos. En efecto: ¡alma y carácter conviven *en una misma casa*, y no es posible aceptar un habitante de la casa y rehusar al otro! Tampoco es posible forzar a uno de ellos para que demuestre la no existencia del otro. Y, sin embargo, en principio ¡con cuánta frecuencia agradecería esto a la inteligencia!

Con todo, ello no modifica para nada la importancia del conocimiento puramente científico naturalista de Freud y de su Escuela más o menos afín a él.

Si, más adelante, nuevas generaciones fijan su punto de vista en lo que se refiere a este período de la investigación del alma, puede ser que en alguno de los trabajos en que se trate de este punto se pongan, como prefacio, estas palabras de *Goethe*:

*La mayor dicha del hombre que piensa
es la de haber investigado lo investigable,
respetando con veneración lo que no se puede investigar.*

*

Es cierto que en la actualidad existen métodos psicoterápicos, bien pensados, llevados a cabo por psicoterapeutas experimen-

tados. Pero esta psicoterapia a que nos referimos aquí, como adquisición de los tres últimos decenios, no tiene nada que ver con aquella psicoterapia que, inconscientemente, ejerce todo médico por su personalidad al encontrarse con el enfermo. Esta psicoterapia, que es una irradiación de la personalidad del médico, ha constituido siempre parte integrante del mismo. Para el tratamiento psicoterápico del cardiópata, he aquí mi concepto:

He tenido la suerte de que, después de haber adquirido una educación clínica muy sólida, he podido estudiar los resultados que la investigación nos proporciona en el campo del psicodiagnóstico, de la psicoterapia y del psicoanálisis. Ello fué debido al hecho de haber seguido históricamente el desarrollo de tales cuestiones. Entre los años 1920 y 1930 se produjo una verdadera ola de literatura sobre el psicodiagnóstico y la terapéutica psíquica. Para muchos de los médicos en período de desarrollo, constituyó este hecho un gran peligro. Es una equivocación el creer que la ciencia de la Psicopatología, con todas sus variedades de Escuelas, no necesita de un estudio muy serio, y resulta trágico el hecho de que la Psicoterapia no tuviera su punto de partida en psiquiatras ilustres, sino que muchos médicos sólo al leer la literatura se dieran cuenta de «sus disposiciones naturales y de la misión que les estaba encomendada». Son muchos los especialistas en Psicoterapia que no cuidan de procurarse, en lo que se refiere a la Clínica, y a las Ciencias Naturales, una instrucción sólida relativa a las enfermedades orgánicas. Verdad es que para llevar a cabo el Psicodiagnóstico y la Psicoterapia se requiere poseer ciertas dotes naturales, pero la intuición no llega a ser una dote natural.

Si insisto tanto en esto es porque, en la actualidad, rechazo en principio la Psicoterapia para los enfermos del corazón, en concepto de procedimiento psicoterapéutico metódico—empe-

zando por el psicoanálisis hasta el sinnúmero de variedades del mismo.

Yo bien sé que en el transcurso de estos últimos años he cambiado de modo de pensar respecto de este punto; y es por esto por lo que debo decir algo para explicar el motivo de rechazar la Psicoterapia.

El motivo en que me fundo al hacerlo así, es en principio, el mismo que consta en el último capítulo de mi obra «El Cardiópata».

El médico moderno debe tener muchos conocimientos de Psicodiagnóstico y de Psicopatología, y cuando los tiene, empieza por saber muchas cosas respecto de sí mismo, y no transmite al enfermo sus propios conflictos—hecho éste de gran importancia. El conocimiento de sí mismo da al médico calma y madurez de juicio.

El hecho de estudiar con empeño la Psicopatología, la doctrina de las neurosis de Freud y la literatura análoga, favorece preferentemente al médico mismo, ya que aguza su vista y sus aptitudes para hacer el diagnóstico. El médico moderno no debe renunciar a la posesión de tales conocimientos, pero no debe tampoco darle excesivo valor en lo que se refiere al tratamiento de sus enfermos.

Sin embargo, creo que una Psicoterapia de la que se dé cuenta el enfermo constituye una falta de técnica. A medida que adquiera más experiencia, el médico se irá convenciendo de la exactitud de esta afirmación. Una observación completamente trivial y que hacemos cada día, me ha demostrado que, incluso en los casos de neurosis clásica, acompañada de molestias cardíacas, en los cuales la neurosis sea lo predominante, la Psicoterapia acaba por no dar resultado. Toda vez que un órgano se ha convertido en órgano de expresión de una enfermedad, no se logra ya, mediante un tratamiento psíquico puro, hacer cesar definitivamente las molestias orgánicas. En efecto: desde el momento que al tratamiento psíquico se le

añade una fórmula cualquiera, el tratamiento psicoterapéutico puro, en el sentido clásico de la palabra, debe considerarse terminado.— Siempre he observado que un tratamiento psicoterapéutico profundo no da resultados o los da escasos, en tanto que, muchas veces, un tratamiento médico combinado hace cesar las molestias en breve tiempo.

Cuanto más se instruya el médico en lo que se refiere a Psico-diagnóstico en el sentido de la Psicopatología moderna, tanto mejor comprenderá el grado de verdad contenido en el refrán que dice: el hablar es plata y el callar oro. Y con este juicioso silencio el médico podrá auxiliar al enfermo, guiándole cariñosa y convenientemente— y esto es lo que importa.

Para el médico que se encuentra ante un cardiópata, constituye un importante deber, el oír con toda atención los hechos psíquicos que éste le cuenta, aunque, por otra parte, no debe trastornar demasiado al enfermo dirigiéndole preguntas imprudentes. El médico debe interesarse por la vida sexual de su enfermo, pero en cambio, evitará el identificar directamente el comportamiento sexual del enfermo con su alma, basándose en ideas de psicoanálisis mal entendidas. El criterio de la teoría psicoanalítica, de considerar todos los conflictos como derivados de causas sexuales, es exclusivista y equivocado. Verdad es que para todos los hombres tiene gran importancia el hecho de si el impulso sexual se desarrolla bien o de un modo inconveniente. Al desarrollo morboso de una fuerza que de por sí misma es tan importante para la vida, hay que concederle indudablemente gran significación en lo que se refiere a la conservación de la salud del individuo. Y es un gran servicio el prestado por Freud, al haber, en parte, explicado las causas más profundas de las formas morbosas, entre las cuales con toda seguridad representan un importantísimo papel los trastornos del

desarrollo de los impulsos de carácter sexual. Pero la generalización de tal causalidad para todos los conflictos, constituye un exclusivismo, y este exclusivismo ha dado lugar a una concepción equivocada de las cosas humanas.

Ni psicológica ni filosóficamente es exacto que el modo de comportarse los hombres consigo mismos y en relación al medio ambiente sea sola y exclusivamente debido a impulsos inconscientes. En el Psicoanálisis, el intelectualismo ha sido exagerado en grado máximo, y esto ha sido causa de que en muchos sectores médicos el psicoanálisis fuera rechazado con gran acritud.

Finalmente, si más adelante queremos aclarar el concepto de «neurosis cardíaca», debemos hablar todavía de la «neurosis».

El concepto de «neurosis» como enfermedad, procede del siglo XX, y no tiene nada que ver con la idea de neurastenia, que, según parece, fué casualmente descrita por Erb, insigne clínico y neurólogo de Heidelberg, a fines del siglo XIX.

Sin pretender dar aquí una definición precisa del concepto de «neurosis», diremos que, en principio, los médicos modernos entienden con tal denominación un trastorno no corporal. En efecto, todos los autores están de acuerdo en dar este nombre a un trastorno de naturaleza psíquica; pero todos designan con él, también, un trastorno que no tiene sus raíces en los tiempos más próximos a los actuales, sino en la edad lejana de la niñez. Por ello resulta también completamente cambiado el concepto del histerismo. En la actualidad, el nombre de reacción neurótica o histérica suele darse a una reacción patológica que se produce en un individuo, al verse sometido a las exigencias de la vida cotidiana. Así como el hombre sano vence las dificultades con que se encuentra en la vida, y las soporta con buena voluntad, el hombre predispuesto reacciona frente a las dificultades de la vida, con manifestaciones sintomáti-

cas de una enfermedad. En esta cuestión y en dichos casos, ha demostrado Freud que el adulto adopta inconscientemente de nuevo, una posición de carácter netamente infantil. Bajo una buena dirección psicodiagnóstica y psicoterapéutica, el individuo neurótico puede reconocer su posición infantil y volver a encontrar una nueva situación de acuerdo con su realidad; y asimismo es indudable que existen verdaderas neurosis narcisistas y formas de histerismo que únicamente pueden ser curadas mediante un psicodiagnóstico y una psicoterapéutica juiciosas.

El ahondar en la comprensión del «control del amor», que todo individuo, debe dirigir durante toda su vida consigo mismo y con lo que le rodea, según el destino marcado por su nacimiento y por su infancia, ha permitido el comprender y remediar muchas manifestaciones que se presentan en nuestros enfermos. Es un hecho trágico, el que Freud, como investigador puramente intelectual, por un lado haya puesto en claro la enorme importancia que la libido tiene entre los hombres, pero que, por el otro, nunca haya «desexualizado» a ésta, con lo cual rechazó, en vez de admitir, un conocimiento que data de los tiempos más primitivos: el de que el amor, las penas amorosas, la pérdida del amor, y los desengaños amorosos, ponen al individuo sano o enfermo, no solamente por impulsos sexuales sino por el mismo amor: Eros y Agape. El desengaño amoroso, la pérdida del amor y la lucha por éste con armas infantiles constituyen el núcleo de todas las neurosis, incluso la del suicidio que tiene por base una neurosis.

Será un tema y una obligación el sacar del intelecto, con el cual se encuentra unido, este conocimiento de la verdad en la existencia humana, y perfeccionarlo. Pero ello sólo puede hacerse por amor a la sabiduría—a la Filosofía—, y no por amor al intelecto. En efecto: por encima de este laberinto, vemos cada día ante el

enfermo que cuando no existe el amor es difícil lograr lo que deseamos.

Pero tales afirmaciones no se adaptan a los enfermos cardíacos, porque estos enfermos casi nunca se dan cuenta de hallarse afectos de neurosis. En efecto, estos individuos se creen enfermos del corazón, y aunque un médico experto compruebe en ellos el cuadro de una neurosis grave, lo que ocupa el lugar prominente en la conciencia del enfermo, es el corazón. En la actualidad, el concepto clínico de la «neurosis cardíaca» sigue siendo todavía muy poco feliz y muy poco preciso. Y el médico que esté versado en Psicoterapia y en Psicodiagnóstico, descompone este concepto convirtiéndolo en el de «neurosis con molestias cardíacas». Pero el médico no expresará esta frase ante el enfermo, porque sabe muy bien que éste no es capaz de reconocer la neurosis como tal.

Convendría que la palabra neurosis cardíaca fuera poco a poco desapareciendo del lenguaje usual entre los médicos, convirtiéndose en la frase «neurosis con molestias cardíacas», y a los enfermos bastará decirles que sus molestias cardíacas no son de carácter serio.

La Psicopatología moderna nos ha hecho ver que no son las enfermedades corporales las únicas que se transmiten por generación. Con verdadero espanto, hemos llegado al conocimiento de que también las enfermedades de origen neurótico se heredan en las familias y que los extravíos de los padres se manifiestan hasta la tercera y cuarta generación.

Otro de los grandes servicios prestados por Freud y por los trabajos que ha llevado a cabo, es el haber exterminado en parte, los errores del siglo XIX en la Pedagogía sexual.

En un libro mío, al alcance de los profanos, titulado «Pena y peligro», he procurado exponer en forma inteligible, nuestros conocimientos relativos a estas cuestiones.

Tiene gran importancia para el cardiópata diagnosticado de «neurosis con molestias cardíacas», el modo de comportarse el médico con él. Los enfermos son muy miedosos, tratándose muchas veces de individuos deprimidos y con muy escasas aptitudes para la vida. Estos enfermos necesitan de un modo especial una dirección inteligente y sobre todo bondadosa por parte del médico. Comportarse como si fueran niños, y por ello se descubre la constitución neurótica de su enfermedad. Ahora bien, el niño no puede ser educado ni guiado sin amor, y lo mismo puede decirse respecto del cardiópata con neurosis. En estos casos puede con toda seguridad renunciarse en absoluto a una Psicoterapia de la cual se dé cuenta el enfermo. Por el contrario, el médico perderá la partida si confiando en sus conocimientos psicológicos se deja seducir hasta el extremo de querer descubrir a estos enfermos la existencia de posibles relaciones entre el alma y el corazón. En efecto, el enfermo ni puede ni quiere comprender que existan tales relaciones. Quien haya comprendido lo que es la Psicopatología, sabrá que el cardiópata, por ser un órgano-neurósico, no entrega su órgano a cambio de que se le induzca un conocimiento.

*

Repitamos, que del modo de comportarse psíquicamente el enfermo cardíaco se desprende el hecho singular, de que un determinado enfermo de esta clase se cree necesitado de un tratamiento rápido, y generalmente sólo se comprueban en él alteraciones orgánicas insignificantes, teniendo sus molestias un fondo neurótico considerable; otros enfermos cardíacos, acuden desgraciadamente demasiado tarde al médico, acusando muy pocas molestias y encontrándose a la exploración alteraciones orgánicas graves del aparato circulatorio, y apenas sí se observa en ellos rasgo neurótico alguno.

Al tratar de diagnosticar una «enfermedad del corazón» pueden cometerse dos errores: Uno de ellos consiste en que el médico recientemente licenciado cree *muy fácil* diagnosticar una enfermedad circulatoria; y el otro error consiste en que hay algunos médicos que piensan que el reconocer la existencia de un trastorno cualquiera en el corazón y en la circulación, es *muy difícil*. Y sin embargo, ninguno de estos modos de pensar es exacto.

Constituye un error en el diagnóstico el que el médico haga suyo el diagnóstico hecho por el mismo enfermo. Como es natural, el «espasmo del corazón» que el enfermo neurótico dice tener cuando siente una punzada en esta región, no es tal espasmo. La idea de espasmo cardíaco es, en lo que al proceso patológico-funcional se refiere, una idea completamente vaga, que a lo sumo podría ser apropiada en caso de tratarse de un trastorno en la circulación coronaria, y aún en tal caso el corazón no se espasmodiza todo él. Pero en la imaginación del enfermo, la idea de espasmo o la de debilidad del corazón representan un papel calamitoso. Y en caso de que el médico, por su modo de comportarse, o por sus fórmulas, fomente tal idea, lo que generalmente logrará con ello es convertir en incurable un enfermo con neurosis. El cardiópata orgánico grave no acusa nunca dichas manifestaciones de índole neurótica.

En él el médico no debe considerar la bronquitis crónica existente como la enfermedad principal, ni tomar una estasis hepática por una enfermedad del hígado.

En el diagnóstico del cardiópata, cualquiera que sea la clase de su afección o las molestias que aqueja, el médico no se equivocará, si en principio, se atiene a las siguientes reglas:

Al enfermo no se le dará nunca a conocer demasiado pronto los diagnósticos de dilatación cardíaca, de aumento de tamaño del corazón, de espasmo y de debilidad cardíaca, y, por desgracia, esto se

hace con suma frecuencia, precisamente tratándose de enfermos en los cuales ni siquiera se ha podido comprobar la exactitud de estos diagnósticos mediante el examen objetivo. Tales diagnósticos únicamente pueden hacerse tratándose de cardiopatas orgánicos graves. Por el contrario, el enfermo comprenderá mucho mejor si se le dan explicaciones diagnósticas relativas a la posibilidad de que exista un trastorno funcional en la totalidad de la circulación, que si se le comunica que tiene una alteración valvular o que la imagen radiológica demuestra un cambio patológico en la forma de su corazón.

Cometeremos una falta al formar un juicio completamente equivocado respecto de la inteligencia del enfermo. El médico observador queda siempre sorprendido al ver la escasa inteligencia de un estudiante del semestre clínico, a quien visite como enfermo. Pues bien: ¡ cuánto mayor será el error cuando comunicamos nuestras ideas médicas a los profanos, en la creencia de que éstos entienden algo de lo que les decimos! Lo que con tales conversaciones se logra siempre es que el paciente diga palabras vacías de sentido, que ignore lo más principal de su enfermedad, y que cada vez que pronuncie el nombre de ésta lo haga poseído de una expresión de angustia neurótica progresiva.

Lo más importante para el diagnóstico, después de la anamnesis, es la exploración corporal bien hecha.

Esta condición en el modo de efectuar el examen es imprescindible con todos los enfermos. Respecto de este punto, la primera regla para el médico que explora, es la de «nil mirari», «no admirarse por nada». Según mi experiencia, la segunda condición es la de que durante el examen se evite cualquier conversación con el enfermo. Con este examen mudo, que prescindiendo de las conveniencias sociales o de la comodidad del enfermo, debe necesariamente efectuarse

estando éste desnudo, se logra por lo menos que el enfermo reciba la impresión de que el médico se interesa seriamente por sus molestias.

El médico que ya en el momento del examen habla de la presión arterial, del tamaño del corazón, y de los soplos cardíacos, infunde en el enfermo una sensación de miedo e impide, una vez acabada la exploración, el mantener con él una conversación tranquila a modo de resumen.

Una exploración médica no es ninguna disertación científica, y el paciente no tiene porqué quedar extasiado ante la ciencia del médico.

Que el paciente tiene confianza en su médico, lo ha probado ya previamente, al dirigirse a él. Por mi parte, he podido comprobar que la sed de ciencia que se atribuye a los enfermos, es sólo un engaño.

Una vez que por la anamnesis se sabe cuáles son los síntomas subjetivos: opresión cardíaca, palpitaciones, vértigos, ruidos de oídos, y toda clase de representaciones de carácter angustioso referentes al corazón, y una vez conocidos los demás datos anamnésicos personales del paciente, debe éste desnudarse por completo. Esto debe hacerse con cierta habilidad y teniendo en cuenta la psiquis del enfermo sobre todo en muchachas y señoras a las que se debe guardar todo respeto. Según convenga, el médico deberá examinar a su enfermo, estando éste de pie, sentado, e incluso acostado.

Sin necesidad de tocar al enfermo, podrá ya el médico reconocer la cianosis, la disnea, el edema, los trastornos de la marcha, las varices, las anomalías de la piel, un choque impulsivo de la punta del corazón, el enfisema pulmonar, un bocio, la ascitis, la elevación del diafragma, el meteorismo, el dibujo de venas en el torax (cabeza de Medusa), las hernias, y muchas otras cosas.

Como se comprende, para hacer un diagnóstico exacto constituirán condiciones previas el hacer un examen concienzudo del pulso, el ver la influencia que sobre el mismo ejerce el cambio de posición o el acto de vestirse y de desnudarse, y la dependencia entre la sucesión de los latidos cardíacos y la respiración, así como el observar cuidadosamente la respiración. Hay que auscultar muy bien las partes póstero-inferiores de los pulmones, ya que en ellas es donde más fácilmente se comprueba un catarro por estasis en su período inicial.

Son muchos los enfermos que acuden al médico por tener tos, la cual es debida a una debilidad inicial del miocardio. En todos los casos debe examinarse cuidadosamente el hígado, viendo si existe o no sensación de dolor al comprimir el órgano, especialmente en su parte media. Muchas veces el primer fenómeno por el que se reconoce la debilidad del miocardio en su principio, es la estasis hepática, dando ello lugar a que equivocadamente se diagnostique un «cálculo biliar».

Un medio diagnóstico sencillo es el examen de las tibias: por la percusión del borde anterior de la tibia en los individuos con la circulación sana se percibe un sonido óseo claro, mientras que, cuando existen ligeros edemas, el sonido se hace oscuro y la presión ejercida por el dedo del médico resulta dolorosa.

El examen radiológico y el electrocardiograma son de necesidad imprescindible para que pueda el médico hacer el diagnóstico, siendo de igual importancia para el enfermo, ya que usando tales medios, éste se da cuenta de que se le ha examinado minuciosamente y por efecto de ello cumple más fielmente las indicaciones del médico. Cuanto menos datos de carácter objetivo se encuentren en el paciente, y cuanto mejor nos diga éste que se encuentra, tanto más minuciosamente deberá explorársele.

Pudiera ser que la exploración nos permita formular en seguida un diagnóstico preciso, o bien que haga nacer en nosotros la sospecha de un comienzo de enfermedad de la circulación. Todas las enfermedades circulatorias graves no ofrecen realmente dificultad alguna en el diagnóstico.

Es de importancia decisiva para el diagnóstico en todos los casos, el decidir si el aparato circulatorio conserva en su totalidad su aptitud funcional, o si ésta se haya disminuido. Pero nunca se establecerá un diagnóstico basándose en un solo síntoma, ni se pondrá en tratamiento un síntoma aislado sin tener en cuenta el funcionalismo total. Esto se aplica, p.ej., a los que consideran el problema de la hipertensión en lo que se refiere a diagnóstico y tratamiento, desde un punto de vista unilateral.

El diagnóstico que menos dificultades ofrece es el de la insuficiencia cardíaca crónica, acompañada o no de hipertensión, con o sin trastornos del ritmo. En efecto, en estos casos la imagen radiológica y el electrocardiograma hacen desaparecer de un modo objetivo cualquier duda que pueda tener el médico que explora. Esto puede decirse de una alteración grave del miocardio, de naturaleza arterioesclerósica o sifilítica, lo mismo que de una afección valvular, simple o complicada, con los fenómenos consecutivos a la misma. El diagnóstico de la endocarditis y de la pericarditis suele ser fácil atendiendo a que los individuos que en el curso de una enfermedad infecciosa enferman de una u otra de estas dos afecciones, son individuos a quienes el médico examina repetidamente.

El «corazón nervioso», el corazón del individuo afecto de neurosis, y las enfermedades de los vasos alejados del corazón, en el torrente circulatorio periférico, sobre todo cuando tales enfermedades se producen en la parte arterial de éste, y también las

enfermedades de las arterias en el mismo miocardio, suelen ser de diagnóstico extraordinariamente difícil.

Si bien es verdad que no hay dificultad alguna en diagnosticar, por ejemplo, la trombosis y la embolia de las arterias coronarias y este mismo proceso anatómo-patológico en las arterias cerebrales, así como la trombosis y la embolia de la arteria celiaca y de la mesentérica, de las arterias del bazo y de las renales, siempre y cuando se presenten con un cuadro clínico ya bien desarrollado, es en cambio muchas veces extraordinariamente difícil diagnosticar los trastornos funcionales que no han producido todavía un cuadro anatómo-patológico final, pero que son precursores seguros de este cuadro.

Con lo dicho llegamos al diagnóstico de los estados morbosos que incluimos en el cuadro de la angina de pecho. Atendiendo a la importancia que este cuadro patológico tiene para el diagnóstico, para el tratamiento y para el pronóstico, en el capítulo siguiente trataremos detalladamente del mismo, ateniéndonos para ello a las ideas generales que ya hemos expuesto en este libro. También en el capítulo siguiente, opondremos a este cuadro patológico, otro que en sí mismo, no tiene nada que ver con él, me refiero al cuadro clínico de la estenosis mitral pura, no acompañada de trastornos en el ritmo.

Con nuestro diagnóstico nos proponemos un objeto: el de intentar que las molestias del enfermo, su anamnesis y los datos que objetivamente comprobamos en él, se unan para constituir ante nosotros una representación uniforme.

Por este motivo nos vemos obligados a poner al unísono las molestias que nos refiere el enfermo, con los datos que comprobamos mediante la exploración del mismo. A veces predominan los síntomas subjetivos, faltando quizás los datos objetivos; y en cambio, en otros casos no existen los síntomas subjetivos y por

el examen objetivo se comprueban alteraciones groseras. Pero siempre, ante el cardiópata, nos encontraremos en la necesidad de aumentar su disminuida aptitud para el trabajo, y ayudarle, no solamente en lo que se refiere a su corazón, sino también a la totalidad de su persona.

Un hecho que comprobaremos en el curso ulterior de nuestras explicaciones, es que desgraciadamente no puede lograrse la curación de los defectos y alteraciones del aparato circulatorio, una vez ya establecidos. No podemos hacer que desaparezca una lesión valvular ni que recupere su integridad un miocardio degenerado. En cambio, podemos defender cuidadosamente, y por tanto cultivar y acrecer, el resto que queda del capital de salud—es decir, la capacidad de trabajo funcional de la circulación, y por consiguiente del enfermo, que está siempre alterada en sentido de disminución. Esto únicamente será posible contando con una completa confianza entre el médico y el enfermo, hasta podríamos decir con un trabajo mancomunado de ambos, y esta es la misión que, en el porvenir deberá llevar a cabo el médico de cabecera.

En contraposición al antedicho grupo de enfermos, hay muchos otros que se creen amenazados en su corazón cuya enfermedad es producida psíquicamente; a estos enfermos podemos ayudarles en sentido de procurarles una perfecta restitutio ad integrum definitiva, mediante un diagnóstico exacto y evitando todas las causas que puedan hacer más profundo el concepto que se han formado de su enfermedad por medio de una verdadera dirección médica. Y lo mismo puede decirse de todos aquellos enfermos en los cuales, mediante un cuidadoso diagnóstico, se puede reconocer lo antes posible, el momento de producirse una alteración funcional en la circulación, ya que en estos casos se podrá evitar muchas veces, que más adelante se produzcan alteraciones anatomo-patológicas.

Desgraciadamente el número de enfermos cardíacos orgánicos graves es muy grande, y el médico que sienta como el cirujano, únicamente la satisfacción de su profesión al alcanzar un éxito completo, no podrá tener dicha satisfacción con estos enfermos. Pero en cambio, en tales casos tendrá que resolver algunos de los problemas más elevados de los que le corresponden.

Por otra parte, es tan elevado el número de individuos que en una u otra ocasión de su vida se han creído amenazados en su corazón o en su circulación, o que realmente lo están, que el médico internista puede, en estos casos, encontrar una completa recompensa en su trabajo, ya que no le son recompensadas las penas y los sacrificios que le ocasionan los cardiópatas orgánicos con alteración grave.

*El cardiópata con angina de pecho y el cardiópata
con estenosis mitral*

Al intentar hacer la exposición de lo esencial y cotidiano respecto del cardiópata, entresacamos dos estados morbosos en los cuales, sobre todo en su comienzo puede suceder que *el trastorno del funcionalismo se produzca mucho antes del momento en que se desarrollan las alteraciones anatómicas irreparables*: el multiforme cuadro morbooso de la angina de pecho, y el de la estenosis mitral no acompañada de trastornos del ritmo. Basándonos en estos dos estados patológicos, pasaremos a la exposición de nuestro tema, tratando en él de cuestiones que no se encuentran en los libros de texto. En efecto, ambos cuadros patológicos muestran cómo el médico es colocado ante decisiones *esenciales y cotidianas*, entre las que se encuentra el diagnóstico exacto. Precisamente aquí sería más oportuno hablar de «enfermedades circulatorias» y de «enfermos del aparato circulatorio», que mantenerse firme en el concepto de «enfermedad del corazón» y en el de «enfermo cardíaco». El hacerlo así, no sólo resultaría más moderno, sino también más exacto, ya que hemos aprendido a conocer mucho mejor que antes el modo unitario y mutuamente entremezclado de comportarse los hechos en las enfermedades de la circulación. Muchas veces, en un individuo con un «trastorno circulatorio» estará intacto el motor y sólo encontraremos trastornos circulatorios *periféricos*. Pero si, por otro lado, nos atenemos demasiado unilateralmente al diagnóstico de afección del corazón y al hacer nuestras consideraciones terapéuticas nos dejamos

llevar demasiado por los soplos, por las condiciones de tamaño, por la imagen radiográfica y por el electrocardiograma, entonces los *trastornos del mecanismo* circulatorio que se producen lejos del corazón, resultarán, para nosotros, ininteligibles, y serán inaccesibles a nuestra terapéutica, ya que tales trastornos no pueden ser atacados simplemente desde el corazón. *G. v. Bergmann*, en su libro: «Patología funcional» (Editorial de Julius Springer, Berlín, 1932), ha indicado, de nuevo, el modo de pensar funcionalmente en Patología; y nosotros empezaremos por apropiarnos del concepto de «trastorno del mecanismo».

Por experiencia propia, no puedo menos de confirmar, en mi limitada especialidad, la oportunidad de la exigencia de *Bergmann*, según la cual, en Patología circulatoria, es necesario *reformular* urgentemente el *Diagnóstico*.

Entre los diagnósticos que deberían establecerse con mayor frecuencia de lo que hasta ahora lo hacen los médicos, *Bergmann* cita los siguientes: *la hipertensión latente; la insuficiencia circulatoria latente; el trastorno mecánico capilar; los trastornos latentes de secreción interna; la delgadez endocrina, y la obesidad; las depresiones psíquicas* producidas por la secreción interna, y otros casos parecidos.

Estos son sólo un corto número de ejemplos de tales afecciones.

Con el nombre «*cavete-diagnósticos*» designa los *diagnósticos dudosos*, que son tan frecuentes, y a cuya limitación debería procederse.

En este grupo menciona, en primer término, las *órgano-neurosis «puras»: neurosis cardíaca, debilidad cardíaca nerviosa, neurosis vasomotoras, neurosis gástricas, cardialgia, etc.* Pero en el mismo grupo menciona también la *angina abdominal, la vagotonía y la simpaticotonía*. Su tratado sobre los trastornos mecánicos localizados de la circulación empieza diciendo:

«Entre los trastornos localizados de la mecánica circulatoria, que, por su intensidad, por su frecuencia, y por el dramatismo con que se manifiestan, resultan importantísimos, ocupan el primer lugar las catástrofes producidas por los trastornos de la circulación cerebral, y de la cardíaca: la hemorragia cerebral y la angina de pecho, que, con sus pródromos, amenazan al enfermo, y con sus secuelas, lo paralizan, lo angustian o, de hecho, lo anulan» (pág. 282, capít. 12).

Al dar a conocer aquí las observaciones relativas al cardiópata con angina de pecho, pongo en primer término la autobiografía de esta enfermedad, que el gran clínico alemán *Hermann Nothnagel* (28. 9. 1841—6. 7. 1905), célebre investigador y médico de la Universidad de Viena, dejó como último escrito, a modo de herencia, y que constituye el testimonio del heroísmo clásico del gran hombre y gran médico. Incluso en la hora de su muerte, se nos presenta Nothnagel como el gran naturalista.

Hacia las 11 de la noche del 6. 7. 1905, después de haber ido a visitar a un enfermo, volvió Nothnagel a su casa. A media noche, llamó a su criado, que encontró a su señor sentado en la cama, pálido y con cara de sufrimiento. Nothnagel dijo sentirse mal y señaló con la mano su corazón. Cuando se sintió mejor, despidió al criado, ordenándole que le despertara a las 6 de la mañana.

En su mesita de noche encontré un papel en el cual Nothnagel había escrito, con lápiz, el grave ataque estenocárdico que acababa de sufrir.

El escrito decía lo siguiente:

«Ataques estenocárdicos con dolores de extraordinaria violencia. Durante el ataque el pulso variaba por completo de un momento a otro; unas veces era lento, aproximadamente entre 56—60 pulsaciones por minuto, perfectamente regular y muy

tenso; otras acelerado, con 80—90 pulsaciones por minuto, bastante igual y regular; y finalmente, completamente arrítmico y desigual, ya acelerado, ya más lento, y con una tensión variable de un momento a otro.

Las primeras sensaciones de estos accesos databan ya de varios años, de 3 ó 4; tales sensaciones, al principio, eran muy débiles, y poco a poco fueron haciéndose cada vez más marcadas. Los verdaderos ataques, acompañados de intensos dolores, sólo se han presentado últimamente, hace 5 ó 6 días. Escribo esto el 6 de julio de 1905, a última hora de la tarde, después de haber tenido tres ataques violentos.»

El siguiente ataque fué causa de la muerte del célebre médico.

En este escrito encontramos la descripción clásica del ataque grave estenocárdico o de angina de pecho. Los médicos jóvenes que, por estar al principio del ejercicio de la carrera, no pueden todavía tener la suficiente práctica respecto de este importante cuadro clínico, conviene que se fijen en la parte del escrito que se refiere al modo completamente diferente de comportarse el pulso de un momento a otro.

Incluso el médico que lleve ya muchos años de aprendizaje en un gran hospital, se sentirá muchas veces maravillado al ver la discrepancia existente entre los cuadros clínicos observados en un hospital y los observados en la práctica corriente. Es muy frecuente que en el hospital, el joven asistente no vea ya nada de lo que constituye la cruda realidad; porque, incluso el enfermo, que por haber sufrido un ataque apoplético es recogido sin conocimiento en la cuneta de una carretera, en el hospital es presentado ante los que lo estudian y observan, pulcramente lavado, y es asistido en inmejorables condiciones, teniendo preparados para él toda clase de medios auxiliares.

Esta discrepancia entre el hospital y la práctica diaria se nota especialmente en lo que se refiere a los enfermos con angina de pecho, llegando a tal extremo, que muchas veces, es causa de que ésta sea considerada como una enfermedad de la clase social más privilegiada; ello se explica teniendo en cuenta que el hombre civilizado se observa mejor a sí mismo, e incluso va al hospital, para sujetarse por poco tiempo a la observación del médico, tan pronto como tiene alguna molestia; mientras que el individuo del pueblo sólo va al hospital cuando está ya del todo incapacitado para el trabajo, y aún esto casi nunca lo hace por su propia iniciativa.

Así sucede que el médico, en su época de formación, en realidad sólo tiene ocasión de ver ataques de angina de pecho en los pabellones hospitalarios destinados a los particulares.

La forma en que un enfermo de clase modesta y, por añadidura, de pocas palabras, relata al médico sus molestias anginosas, muy a menudo es causa de que se consideren, sin más ni más, como dolores de carácter reumático los dolores que el enfermo siente en el pecho y los irradiados hacia el brazo izquierdo. Pero, la experiencia le enseña al enfermo que, al producirse tales dolores, lo que debe hacer es quedarse tranquilo durante algunos minutos, y que, si así lo hace, las molestias desaparecen espontáneamente. El médico que tenga experiencia estará de acuerdo conmigo en que, p. ej., tratándose de un simple trabajador o de una mujer de las que hacen la limpieza, los períodos iniciales de la angina de pecho no hacen que el enfermo acuda para que le vean en un hospital. Las necesidades de la vida obligan a estos enfermos a limitarse a un *mínimum* de observación de su persona, y el tratamiento generalmente empleado por ellos consiste en una fricción o en la toma de un poco de aspirina.

Pero también de cómo sean los departamentos de primera y de segunda clase en los grandes hospitales, y del modo cómo se halle

orientada la marcha de éstos, dependerá el que, en muchos hospitales, el médico joven durante el período de formación, sólo rara vez tenga ocasión de estudiar la anamnesis y el cuadro desarrollado de los enfermos con angina de pecho. Solamente la vida, con la práctica que da, enseña al joven médico a conocer este cuadro clínico en toda su multiplicidad de formas.

En el período de estudio en la policlínica, que suele efectuarse en las universidades alemanas, tampoco el médico joven ve frecuentemente la angina de pecho, sobre todo en sus períodos iniciales, porque, como antes se ha dicho, el enfermo de clase modesta va ya a ver al médico con un diagnóstico escogido por él mismo, y, muchas veces, incluso es tratado en este sentido. Como se comprende, otra cosa sucederá con el ataque grave, cuya presentación nos hace diagnosticar una arterioesclerosis grave.

La angina de pecho que produce la muerte, como sucedió en el caso de *Hermann Nothnagel*, tiene siempre un sustrato anatómico-patológico. Cuando siguiendo la idea de *von Bergmann*, sustentada por él a principio de este siglo y encauzada preferentemente por *L. von Krehl*, se generalizó entre los médicos el pensar en sentido de la Fisiología patológica y más adelante en el de una Patología funcional, experimentó en Clínica un retroceso, el pensamiento anatómico-patológico puro en sentido de la doctrina de *Virchow*.

En realidad, los médicos de fines del siglo XIX únicamente conocían el ataque estenocárdico, como consecuencia de alteraciones arterioesclerósicas de las arterias coronarias, en la forma clásica, tal como nos la describió *Nothnagel*.

Dando por supuesto el haberse hecho del mismo un diagnóstico exacto, el ataque estenocárdico constituía un síntoma patológico amenazador de la vida, su pronóstico era en todos casos muy serio, y el tratamiento que se instituía tenía siempre por consecuencia una

considerable reducción del trabajo del enfermo y el sujetar a éste a toda clase de cuidados. Y la espada de Damocles, representada por el próximo ataque estenocárdico, estaba suspendida sobre la cabeza del enfermo, ya que éste, aunque en los períodos libres de ataques solía sentirse bien, más adelante—generalmente durante el trabajo, muchas veces hasta de un modo repentino e inesperado para los deudos, y sin que al parecer resultara justificado pensar en ello por el hecho de existir afecciones anteriores que favorecieran la actual—era sorprendido por la muerte. También en tal concepto la historia clínica de Nothnagel y su modo de comportarse ante su enfermedad, es realmente clásico.

Pero con la introducción del modo de pensar fisio-patológico y patológico funcional, ha disminuido por un lado el terror dramático que inspiraba la angina de pecho, y por otro lado, el diagnóstico de la misma se ha perfeccionado mucho pudiéndose hacer en épocas mucho más tempranas de la vida.

Se ha venido en conocimiento de que incluso las molestias muy leves y pasajeras son atribuibles a un principio de trastorno funcional o de alteración de la circulación coronaria, y en la actualidad la angina de pecho se diagnostica en una época mucho más temprana de la vida, de lo que se hacía, por ejemplo, antes del año 1900. Esto ha sido también causa de que se estableciera el diagnóstico de angina de pecho falsa o espuria, nombre que se emplea para designar estados que recuerdan el cuadro clínico de la enfermedad, pero que el médico que practica la exploración no considera incluidos en ella. Muchas veces se diagnostica también una angina de pecho vasomotriz en individuos jóvenes, en el segundo o tercer decenio de la vida, en los cuales pensamos en una enfermedad parecida a la angina de pecho, y no queremos o no debemos sacar consecuencias de tal diagnóstico.

Basándome en mi experiencia, evito por mi parte toda clase de «pseudo-diagnósticos», ya que constituyen para el médico un peligro grande en lo que se refiere a lo que piensa, y más aún en cuanto a su actuación. Muchas veces estos pseudo-diagnósticos se hacen en casos de enfermedades que nada tienen que ver con la angina de pecho, y que no reconocemos exactamente en el primer momento. El confesar que no siempre es posible hacer el diagnóstico inmediatamente, es mejor que el sentar un diagnóstico equivocado, ya desde el momento de haber practicado el primer examen. Veamos un ejemplo:

No es tan raro ver el caso de una hija, que experimente un shock terrible al cuidar a su madre cuando ésta muera de repente durante la noche a consecuencia de un ataque de angina de pecho. Algunos meses después, esta hija, quizás neurótica y de vasos excitables, acude a su médico y le hace un relato de las molestias características de la angina de pecho, con tanta exactitud y con tales detalles, que el médico equivocadamente, diagnostica en ella una angina de pecho vasomotriz. Durante la enfermedad de su madre, la hija pudo aprender el cuadro clínico tan a conciencia, que ahora su estado angustioso neurótico engaña al médico.

En principio, no deberá *nunca* diagnosticarse una pseudo-angina de pecho. Tratándose de individuos de más de 40 años de edad, deberemos siempre pensar en que puede tratarse de una angina de pecho verdadera, sin que ello quiera decir que comuniquemos en seguida al paciente cualquier sospecha que tengamos en tal sentido. Deberemos asimismo consignar que, en la angina de pecho inicial, las quejas del enfermo y su anamnesis *pueden* ser para el médico un punto de referencia importante y único en su clase. El corazón puede estar en apariencia completamente normal, y durante el ataque, lo mismo el pulso que los tonos cardíacos *pueden* no diferir de la

normalidad. Me ha sorprendido mucho encontrar repetidamente este hecho en la práctica. Los tonos son débiles pero limpios, y el pulso más bien es fuerte que débil. Los enfermos tienen aspecto caído y se quejan de dolores horribles.

El médico deberá siempre pensar en la posibilidad de tal diagnóstico, especialmente cuando ve y explora por vez primera a un enfermo, sea en el momento del ataque, sea fuera del mismo.

El diagnóstico de la angina de pecho no resulta difícil, especialmente si se prescinde de los pseudo-diagnósticos, que deben ser rechazados; y hay que atenerse al criterio de que hasta el ataque estenocárdico más leve y lo que a él corresponde, es producido por un trastorno en el acarreo de la sangre al miocardio.

Suponiendo ya conocidas las alteraciones arterioescleróticas de los vasos, consignaremos aquí que hoy día sabemos asimismo que las arterias, arteriolas, precapilares y capilares, presentan durante largo tiempo alteraciones transitorias en su función, antes de producirse las alteraciones arterioescleróticas localizadas o generalizadas demostrables en el cadáver.

Con independencia de la instrucción que adquiere en la Universidad, el médico debe enterarse de la literatura clásica relativa a la angina de pecho. Existen excelentes tratados que estudian a fondo las enfermedades del corazón y de los vasos, con toda la correspondiente literatura. En esta publicación citaré a guisa de ejemplo, a los investigadores ingleses, y respecto a la literatura alemana, haré mención del trabajo de L. von Krehl, en el tratado de Nothnagel. Pero la obra más completa es la de E. Edens: «Las enfermedades del corazón y de los vasos.» En esta obra cumbre, se encuentra toda la bibliografía mundial. En la actualidad, por los trabajos de v. Bergmann y de su clínica, sabemos de un modo seguro, que las alteraciones anatómicas pueden ser precedidas, durante años

enteros, por trastornos funcionales. La idea de trastorno en el funcionalismo es muy gráfica.

Pero además, debemos insistir en lo siguiente: Al médico experimentado no le resulta difícil diagnosticar la angina de pecho verdadera, siéndole en cambio difícil, sacar de tal diagnóstico, consecuencias que beneficien a los enfermos, porque muchos de éstos, en el período de tiempo libre de accesos, son ineducables. El acceso clásico de Nothnagel con sus síntomas, tal como lo hemos descrito al comenzar este capítulo, no constituye la regla general, y muchas veces, los individuos con predisposición nerviosa, nos proporcionan datos muy poco precisos respecto de los ataques, de modo que en tales casos, el diagnóstico hay que desenterrarlo, por decirlo así, de entre un gran número de quejas.

Resumiendo, quiero consignar de nuevo, que los enfermos con la presión arterial baja y con un corazón no aumentado de volumen, y en los que por la exploración se encuentran muy escasos datos clínicos, se hallan especialmente amenazados. En estos casos, valiéndose de una fórmula sencilla, puede hablarse de un cuadro sindrómico de angina de pecho monosintomática. El único síntoma de este estado es el ataque típico, que muchas veces, el médico nunca ve. El principal apoyo para hacer el diagnóstico en estos casos, lo constituye la anamnesis cuidadosamente tomada. Pero al lado de esta angina de pecho, hay otra que puede calificarse de secundaria, y que se presenta como síntoma de una debilidad del miocardio, que se ha producido lentamente. El pronóstico de esta variedad es mucho más favorable, porque al desaparecer la insuficiencia muscular, se mejoran también las condiciones de irrigación del miocardio.

En cuanto al tratamiento, por mi parte no sólo en la calificada de «secundaria», sino también en la angina de pecho monosinto-

mática hago uso del *Cardiazol* y del *Digipurátum*, administrándolos a gotas, y a dosis muy pequeñas. Ciertamente, debe procederse con gran cautela y reserva al emplear la digital, pero ello no quiere decir que debamos olvidarla. La observación empezará siempre guardando cama el enfermo. Muchas veces el electrocardiograma nos auxilia para el diagnóstico, y en cambio, es frecuente que el examen radiográfico no nos proporcione dato alguno. La habilidad de la terapéutica consistirá en fijar los límites del trabajo que el individuo pueda efectuar sin que por ello se produzcan accesos. Por consiguiente, se irá muy poco a poco aumentando las exigencias a que se somete el corazón, y procediendo en tal forma, podrá lograrse mucho. Pero, en principio, en ninguna otra enfermedad se requiere ser tan prudente en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, como en la angina de pecho.

En la actualidad, en el tratamiento de la angina de pecho, al lado de los medios ya conocidos, representa cierto papel la denominada gimnasia de la aorta, sobre la cual habla L. Römheld. Ya mucho tiempo antes de conocerse esta nueva concepción terapéutica, a nuestros enfermos del corazón les hacíamos practicar cuidadosos ejercicios gimnásticos, habiendo obtenido con ellos buenos resultados. Todos los ejercicios gimnásticos que practiquen los enfermos del corazón deberán empezar por *ejercicios respiratorios*.

El hombre muy atareado, y sobre todo el trabajador intelectual, se va habituando en el transcurso de los años a efectuar movimientos respiratorios muy limitados y superficiales, en los que en realidad sólo se utiliza la inspiración, con objeto de que llegue al pulmón la cantidad de oxígeno que justamente necesita el individuo. Por el contrario, la espiración se va cada vez descuidando más. Dichos individuos siguen utilizando únicamente las partes altas de sus pulmones para el recambio de oxígeno.

Al mismo tiempo, durante los decenios tercero y cuarto de la vida, la circunferencia del vientre aumenta, la digestión se perturba, y se produce una elevación del diafragma, que conducen a una desviación del corazón hacia la izquierda. La simple elevación del diafragma, con formación anormal de gases en el intestino grueso, basta ya para que se produzcan molestias cardíacas después de las comidas. Los enfermos aquejan sensación de constricción y de estrechez en el pecho, punzadas en la región cardíaca, o simplemente sensación de opresión, y teniendo en cuenta que se halla muy dificultada la inspiración, y también la espiración, se encontrará a la percusión que el corazón está desviado hacia la izquierda, desviación que desaparece tan pronto como el enfermo hace inspiraciones muy profundas y el diafragma desciende.

Mientras la respiración está dificultada, por los rayos X se comprueba una sombra aórtica algo ensanchada y una silueta del corazón dispuesta transversalmente, pero si se hace respirar al enfermo muy profundamente, tanto la forma de la aorta como la silueta del corazón recobran su aspecto normal. Así pues, mediante los rayos X se pueden ver directamente las alteraciones que se producen en el transcurso de los años por la elevación del diafragma, por una mala técnica respiratoria y por la adiposidad progresiva.

Por consiguiente, todo enfermo del corazón procurará, en lo posible, aprender nuevamente la técnica para hacer espiraciones extensas y completas. El enfermo deberá invertir las fases respiratorias, dando a la espiración la importancia que corresponde a la inspiración. Con objeto de no forzar el corazón, los ejercicios se llevarán siempre a cabo estando el paciente echado en la cama. Procediendo con cuidado, ni aún en los enfermos con angina de pecho se producirá daño alguno; por el contrario los enfermos se

sienten con la respiración más libre. Es muy frecuente que al descender el diafragma, cesen las molestias anginosas.

En cuanto el enfermo haya aprendido a realizar de un modo intachable la técnica respiratoria para la espiración, deberá aprender también a movilizar la parte inferior del tórax, del mismo modo que lo aprenden los cantantes. La mayoría de los hombres pierden por completo la sensibilidad corporal de la parte inferior de la caja torácica y de la parte alta del abdomen, y esta sensibilidad corporal se desarrolla, ante todo, mediante la técnica de la gimnasia respiratoria curativa. A esta técnica respiratoria, se le da precisamente en la literatura, el nombre de «gimnasia aórtica».

Pero se procede con exclusivismo al pensar únicamente en la aorta, ya que con el procedimiento que acabamos de mencionar, se mejora a la vez la posición del corazón y se hace más completa la ventilación de las partes inferiores de los pulmones, y por efecto de la mayor movilidad del diafragma, se somete al hígado a masaje y se modifica muy favorablemente la circulación venosa.

Una vez que el enfermo ha aprendido a practicar bien la gimnasia respiratoria y queda libre de molestias cardíacas, empezaremos a efectuar ejercicios musculares con sumo cuidado, estando el enfermo acostado. Al elevar las piernas va poco a poco reforzándose la musculatura generalmente flácida del abdomen. Pero estos ejercicios gimnásticos cuidadosos a que se sujetan la musculatura del abdomen y la de las piernas, solamente deberían practicarse convenientemente combinados con una gimnasia respiratoria intachable. Cumpliendo con tal condición, nunca se producen molestias, porque si el enfermo practica una buena técnica respiratoria, no es posible que se canse.

En los enfermos cardíacos, la técnica respiratoria tiene también importancia en sentido de favorecer el vaciamiento intestinal.

Hemos visto asimismo, que a los enfermos afectos de varices, y particularmente en las mujeres, podía obtenerse con ella una gran mejoría. Frecuentemente, esta técnica acompañada de gimnasia, presta buenos servicios en enfermos en los cuales los medicamentos no habían hecho nada.

Conviene vigilar cuidadosamente los ejercicios de los enfermos, dándoles la debida enseñanza, que deberá continuarse durante largo tiempo y llevarse a cabo con gran paciencia, cuidando de atenerse a una dosificación estricta. Procediendo así, pueden obtenerse magníficos resultados.

Al contrario, todos los ejercicios no sujetos a control, los ejercicios gimnásticos por radio, y una técnica respiratoria defectuosa, son mucho más peligrosos que el no hacer nada. Teniendo en cuenta que generalmente el médico no dispone de tiempo suficiente para dar las lecciones que el enfermo necesita, debemos recomendar insistentemente que de la enseñanza se encargue una persona especializada en esta cuestión. De todos modos esta enseñanza debe quedar constantemente bajo el control del médico de cabecera, y debe seguirse durante semanas enteras, siendo de absoluta necesidad que durante este tiempo el enfermo permanezca en cama.

*

En las observaciones precedentes he evitado intencionadamente el dar a conocer en forma científica, el tema: angina de pecho — insuficiencia cardíaca — infarto cardíaco — insuficiencia coronaria, ya que este punto de vista no es el pretendido en esta publicación. En ella he querido únicamente entresacar algunas consideraciones de los hechos que a diario se presentan en la consulta del especialista, *y que pueden inducir al estímulo y a la controversia*. Cada médico tiene su manera de observar y de ver, teniendo a su vez un modo

propio de interpretar lo observado y visto: unos parten siempre en sus consideraciones de la literatura más reciente, otros esperan algún tiempo, hasta que se haya presentado una explicación sobre los resultados de la investigación. No toda conferencia de un Congreso, por muy subyugante y exacta que sea bajo el punto de vista teórico, ha de tener consecuencias prácticas inmediatas. Hay médicos que a raíz de su visita a un Congreso, dirigen su línea de conducta, tanto en el pensar como en el obrar al «estado más reciente». La línea de conducta conservadora, que no quiere decir anticuada, no es la peor que puede seguir el médico. La teoría excesiva a la cabecera del enfermo, no agudiza el sentido clínico del médico, siendo lo contrario el hecho más frecuente. Según esto, pueden parecer anticuadas mis observaciones sobre la angina de pecho. He evitado entrar en más detalles sobre el infarto cardíaco y sobre todo en lo referente a la insuficiencia coronaria. Ya sabemos que la insuficiencia coronaria juega un papel decisivo en el curso ulterior de todas las enfermedades cardíacas. Frecuentemente es la insuficiencia coronaria y no la insuficiencia cardíaca, la que marca el final de la vida de cardiópata; este conocimiento científico es el que aumenta en importancia de día en día. Temo que aumente la incertidumbre entre los clínicos prácticos — no científicos —, cuando se les prevenga contra la terapéutica digitálica en la insuficiencia coronaria. El lector que quiera lanzar una ojeada en las cuestiones recientemente planteadas, debe leer los trabajos: H. Rein, «La circulación de los vasos cardíacos», F. Buechner: «Infarto de corazón y necrosis diseminadas del miocardio»; A. Ruehl: «Metabolismo del enfermo cardíaco»; Chr. Kroetz: «Insuficiencia cardíaca e insuficiencia coronaria» (Steinkopff 1933, II° Curso para médicos, de Oeynhausén).

Mi publicación no pretende ser un trabajo científico, ni tampoco pretende ir contra la literatura más reciente; su fin es com-

pletamente distinto: ya se dijo y esto le basta al autor, y quizá también al lector.

*

A este cuadro clínico oponemos el de una lesión valvular, que equivocadamente se considera como poco frecuente en la práctica. Nos referimos a la estenosis mitral no acompañada de trastornos del ritmo. El concepto de esta enfermedad se explica en otro lugar de este libro. La contraposición de la angina de pecho con la estenosis mitral se basa en razones clínico-prácticas; y tanto el cuadro clínico de aquélla como el de ésta, muchas veces pasan inadvertidos o son apreciados equivocadamente.

La estenosis mitral pura no acompañada de trastornos del ritmo, como cuadro clínico no tiene en sí misma nada que ver con la estenosis mitral acompañada de insuficiencia y de arritmia perpetua, a pesar de que tanto en la literatura como en clínica, ambos cuadros clínicos suelen ser considerados por los médicos como de igual significación. Generalmente, la afección pura se presenta en mujeres jóvenes o en muchachas, que muchas veces aquejan únicamente palpitaciones nocturnas y disminución de la capacidad para el trabajo. Por la exploración se comprueba la existencia de un soplo presistólico en la punta y de un 2° tono pulmonar resonante. Muchas veces, con sólo aplicar la mano sobre la punta se nota un estremecimiento presistólico y otro diastólico. En la radiografía se ve el 2° arco auricular izquierdo prominente, y el electrocardiograma muestra una onda P elevada. Por lo demás, la silueta del corazón puede ser normal. El ruido que se percibe en la punta no debe ser confundido con un soplo cardíaco tiro-tóxico. Esta forma de la estenosis mitral pura no acompañada de trastornos del ritmo, la ve el médico con tanta mayor frecuencia, cuanto mayor es la atención que a ella presta. Estos enfermos tienen la particularidad de

que engañan al médico ya por su simple aspecto, que suele ser floreciente, y además, muchas veces tienen un carácter apropiado para disimular.

La molestia representada por las «palpitaciones cardíacas» que aparentemente no tiene importancia, puede dar lugar a que el médico se engañe. Pero bastará pensar en la posibilidad de una estenosis mitral, para darse cuenta enseguida de que realmente se halla disminuida la aptitud funcional de los enfermos. Otra forma sintomática es la debida a la simulación. Por efecto de ésta, compruébase una especie de suplemento histérico en los síntomas, quizás producida por la propia angustia del enfermo, al pensar que su enfermedad podría pasar inadvertida.

A la estenosis mitral pura, no acompañada de trastornos del ritmo, se asocia muchas veces una insuficiencia aórtica, lo cual resulta ventajoso para los enfermos, porque el trastorno que en el funcionalismo produce la estenosis mitral, resulta hasta cierto punto disminuido por efecto de tal asociación. Todo el cuadro clínico tiene por base una endocarditis en la válvula mitral, ya curada o que progresa de un modo completamente latente. Desde el punto de vista anatómo-patológico, esta endocarditis ha de producirse en forma tal, que lo que decididamente predomine en el trastorno del funcionalismo, sea la estenosis. Y sobre todo, es de precisión que el proceso anatómo-patológico se halle dispuesto de modo que no se produzca trastorno alguno del ritmo. Considerado de este modo, tal proceso sería ligero. Y sin embargo, en lo que al enfermo se refiere y desde el punto de vista clínico, este proceso tiene importancia, ya que la estenosis mitral pura es una alteración valvular grave, porque su pronóstico resulta muy desfavorable.

Las esperanzas que pueda hacernos concebir la Terapéutica son escasas. La capacidad funcional de la enferma está siempre muy

disminuida, y el hecho de que se produzca un embarazo puede ser motivo de una catástrofe. El sitio donde se encuentra el proceso anatómo-patológico explica el peligro de las embolias; y en efecto, prodúcense hemiplejías súbitas, así como cegueras también súbitas.

En casos muy raros, por efecto de los progresos del proceso anatómo-patológico en los períodos más tardíos de esta enfermedad este cuadro clínico de la estenosis mitral pura no acompañada de trastornos del ritmo, se transforma en una estenosis mitral con insuficiencia y con arritmia perpetua, con todos los síntomas típicos de esta asociación patológica. Podríamos casi decir que desgraciadamente, no es ésta la regla general. En el año 1930, hablé detalladamente de este punto en el «Archiv für Klinische Medizin», en donde expuse con toda claridad el cuadro clínico de la estenosis mitral pura (véase el índice bibliográfico al final de este libro). He acompañado al libro dicho índice bibliográfico, con objeto de proporcionar al lector datos para demostrar que las experiencias clínicas han asentado siempre sobre trabajos científicos.

Es natural pensar que esta forma patológica de la estenosis mitral pura, no acompañada de trastornos en el ritmo, quizás dependa de una endocarditis en la válvula mitral, sufrida en la primera infancia. ¿Porqué no habrán también de afectar transitoriamente al endocardio las llamadas enfermedades de la infancia en niños débiles? Lo que sucede es que, en tales casos, el proceso cura aparentemente, y, tratándose de niños pequeños no es diagnosticado. Pero puede suceder que al llegar a la pubertad, una simple angina o una gripe, reactiven una endocarditis que no había sido nunca diagnosticada.

No sé a qué puede ser debido que este cuadro clínico se observe casi constantemente en muchachas y en mujeres. Por lo que al mismo se refiere, la literatura clínica se muestra extraordinariamente injusta. No es posible seguir manteniendo la idea de que la

estenosis mitral sea congénita. Puede ser que una muchacha o una mujer joven presente durante toda su vida el cuadro clínico de la estenosis mitral, acompañada del antedicho trastorno y de la correspondiente disminución de la capacidad funcional, pero asimismo puede suceder que el cuadro clínico tenga tendencia a progresar, especialmente si de un modo intercurrente se producen enfermedades infecciosas.

El tratamiento depende en primer término del diagnóstico, hecho frecuente en Medicina interna, ya que del diagnóstico exacto se desprende la norma que el médico y el paciente deban seguir. Es muy difícil resolver la cuestión referente al matrimonio; se prohibirán los deportes y en general toda clase de esfuerzos corporales. Lo más importante es que el médico dirija y aconseje bien al enfermo, y por otra parte, los deudos de éste, deberán cuidarle de acuerdo con dichos consejos.

Llama la atención el hecho de que los enfermos se resignen enseguida, con el diagnóstico que se les hace, de alteración valvular. Reciben al médico como si fuera para ellos un puerto de salvación, ya que en el fondo saben muy bien que tienen una afección cardíaca grave. El médico hace repetidamente la observación de que no hay nadie que quiera creer que tales enfermos están realmente enfermos, lo cual es debido a que el cardiópata con una estenosis mitral pura, tiene un aspecto particularmente floreciente. La tendencia a las bronquitis, que en estos enfermos se comprueba, debe ser atribuida al corazón, ya que se trata de bronquitis por estasis. En cambio, en la periferia no se producen casi nunca fenómenos de estasis. Claro está que existen toda una serie de transiciones entre estos estados.

Los pacientes con una estenosis mitral grave, no acompañada de trastornos en el ritmo, se encuentran gravemente enfermos durante toda su vida.

Mediante un tratamiento de cuidados, continuado por espacio de años enteros, se obtienen muchas veces mejorías sorprendentes, pero para ello precisa que tanto el médico como el enfermo tengan mucha paciencia. Muchas veces quedamos sorprendidos al ver lo bien que el enfermo tolera un tratamiento crónicamente intermitente llevado a cabo con la digital administrada a dosis muy pequeñas—2 gotas de Digipurátum líquido y 5 gotas de Cardiazol, al día. En cambio las dosis altas de digital son siempre mal toleradas. No podrá prescindirse de los preparados de bromo y de valeriana. Conozco una serie de enfermos que en el transcurso de los años, mejoraron al estar sometidos a grandes cuidados; pero asimismo conozco a muchos que, a medida que transcurrían los años, iban cada vez poniéndose peor. Estos hechos dependen en absoluto del grado a que alcanza el trastorno del funcionalismo. Para el médico es de gran importancia estudiar y observar detenidamente a dichos enfermos, ya que de esta manera penetra en las particularidades de la Patología cardíaca y en este cuadro clínico aprenderá a convertir los diagnósticos someros en diagnósticos de finos detalles. Basándose en la estenosis mitral, que no se acompaña de trastornos del ritmo en el cuadro que acabamos someramente de esquematizar, puede el médico comprender la endocarditis de la válvula mitral y su propagación a la válvula aórtica.

La estenosis mitral pura es una especie de clave para poder hacerse cargo de lo que es un cardíaco con una alteración valvular. Este cuadro clínico nos indica con gran claridad la importancia que para el médico tiene el pensar en sentido patológico-funcional. Pero igual importancia tiene también el que en sus pensamientos, se forme el médico imágenes exactas del proceso anatómo-patológico; y aún mucho más importante que esto es que en cada caso particular ponga en claro cuál es el funcionalismo alterado por efecto del pro-

ceso anatómico-patológico. Y con esta ojeada sobre la válvula mitral se llegará al conocimiento, de cómo procesos anatómico-patológicos de la misma clase, pueden producir en ella los más graves y más diferentes cuadros clínicos. En lo que a este punto se refiere, lo que principalmente debe tenerse en cuenta son los hechos que comprobamos durante la vida, no los que se encuentran en el cadáver, ya que al individuo vivo le debemos ayudar y apreciar debidamente, en cambio el muerto no necesita ya nuestra ayuda. Esta es la idea que sirve de lazo de unión al considerar al enfermo de angina de pecho y al de estenosis mitral pura no acompañada de trastornos del ritmo.

A la idea según la cual la estenosis mitral debe ser considerada como una clave para poder comprender las afecciones valvulares, hay que añadir algunas consideraciones:

Los médicos de alguna edad, en la Universidad y en las obras de texto (me refiero únicamente a las lesiones valvulares), han oído hablar y leído muy poco respecto de la estenosis mitral, y en todo caso, su conocimiento sólo lo habrán adquirido como yo en la práctica.

Todos nosotros aprendimos aún—yo no sé si esto hoy ha cambiado—a auscultar y a percudir sistemáticamente las lesiones valvulares, una tras otra. Y nos sentíamos felices cuando de estudiantes, sabíamos diferenciar una insuficiencia aórtica de una insuficiencia mitral. Las lesiones valvulares las agrupábamos según los soplos característicos y según los otros datos típicos de la lesión valvular referentes a la forma, tamaño del corazón, etc.

En los libros de texto, las lesiones valvulares son estudiadas sistemáticamente, una tras otra. Y realmente, así debe ser. Pero, después, la vida nos enseña la verdad de los hechos. Al lado de las lesiones valvulares ya desarrolladas—al decir esto me refiero sobre

todo a las lesiones valvulares del corazón izquierdo—encontramos, una y otra vez, soplos que no podemos clasificar debidamente. En tales casos nos contentamos con diagnosticar un soplo funcional, atribuyéndolo a una tireotoxicosis que al mismo tiempo existe; y al hacerlo así, muchas veces nos pasa inadvertida una endocarditis de la válvula mitral, que se encuentra todavía en vías de desarrollo. Al decir esto, vuelvo otra vez a la idea de considerar la estenosis mitral no acompañada de trastorno del ritmo, como una clave para poder comprender las lesiones valvulares en el corazón izquierdo — que son las más importantes en la práctica.

En el aprendizaje sistemático de los estudiantes y en la enseñanza sistemática de los profesores, como base para el material para enseñar y aprender, se escogían siempre estados terminales, ya desarrollados—por lo menos esto es lo que sucedía entre nosotros. Y el trastorno de la insuficiencia mitral una vez curado, carece muchas veces de todo valor práctico. En cambio tiene gran importancia el reconocimiento precoz de una estenosis mitral. La mayoría de los autores que sospechan o diagnostican una estenosis mitral, con frecuencia piensan que se trata de un proceso desarrollado y ya transcurrido, más o menos análogo a una insuficiencia mitral perfectamente curada. Más clara aún es esta idea en la insuficiencia aórtica curada.

Ahora bien: la estenosis mitral, en sus períodos iniciales, nos presenta lo que v. Bergmann llama un «trastorno del mecanismo». Pero el médico que piensa anatomo-patológicamente—también podríamos decir el médico que *sólo* piensa anatomo-patológicamente—llama estenosis mitral a lo que es una estenosis mitral en el cadáver, y al hacerlo así, piensa en el lápiz que el anatomo-patólogo apenas puede introducir en el orificio de la mitral, estrechado en su grado máximo. En realidad, todos estos son corazones que durante la vida

presentaron el cuadro de la estenosis mitral + insuficiencia + arritmia perpetua + un corazón alterado en forma monstruosa. *Nosotros no nos referimos a estos enfermos, sino que pensamos en aquellos casos en los que sólo puede comprobarse una endocarditis en la válvula mitral del cadáver—se trata de procesos anatómo-patológicos que pueden demostrarse con toda seguridad, pero respecto de los cuales no podemos saber cuál era la gravedad que durante la vida alcanzó el trastorno funcional que se manifestaba en forma de estenosis mitral pura sin trastorno del ritmo.*

De lo dicho se desprende, que una vez que la válvula mitral queda afectada por un proceso endocárdico la presencia de un soplo sistólico puro, estando conservado el 2° tono, constituye con toda seguridad un dato indicador de que el «trastorno del mecanismo» sigue su curso principalmente en el sentido de una insuficiencia mitral; pero ya el hecho de comprobar un desdoblamiento del 1^{er} tono, y el de que sólo se indique la existencia de un soplo presistólico o la de un breve soplo después del 2° tono, o bien la comprobación de un ligero estremecimiento a nivel de la punta del corazón, hacen que deba ponerse en duda el diagnóstico de insuficiencia mitral. Entonces el cuadro clínico, nos hace ver por su gravedad, que *en el trastorno del mecanismo, la participación de la estenosis es más importante que la de la insuficiencia.*

Puede tratarse de un grave trastorno del mecanismo, asociado a una alteración anatómo-patológica completamente insignificante, debido a una desgraciada constelación en el aparato valvular.

Además, estamos convencidos de que el diagnosticar una endocarditis en la válvula mitral, y el formar juicio de ella basándonos en la cuantía del trastorno del mecanismo, resulta más acertado que el tender siempre a hacer un «diagnóstico exacto y definitivo de lesión valvular».

La estenosis mitral constituye una nueva clave para llevar a cabo el estudio de las lesiones valvulares del corazón izquierdo, hasta tal punto que podemos decir que este cuadro clínico es casi siempre la expresión *de una endocarditis de la válvula mitral que no se ha detenido todavía en su evolución.*

La insuficiencia aórtica, *acompañada* de estenosis mitral, es una terminación favorable, constituyendo en cambio una terminación desfavorable, el hecho especial, de que una estenosis mitral siga siendo pura.

Teniendo esto en cuenta, comprenderemos que en caso de producirse constantemente nuevas recidivas de una endocarditis de la *válvula mitral, poco a poco se irá desarrollando un corazón bovino.*

La insuficiencia de la mitral y la insuficiencia de la aorta dan lugar, poco a poco, a la hipertrofia del ventrículo izquierdo. Por efecto de la estenosis mitral se produce una distensión de la aurícula y una estancación pulmonar. En caso de presentarse varios trastornos asociados, el proceso inflamatorio afecta a la vez al sistema de conducción del estímulo, y como estadio final, se producirá la insuficiencia mitral más la estenosis, acompañada de taquicardia de las aurículas o de fibrilación auricular, y de una desigualdad e irregularidad completas de la serie de los latidos de los ventrículos. Esta observación nos demuestra que *una vez iniciado el proceso endocárdico, no se detuvo en su curso*, y que la enfermedad iba progresando muy solapadamente hasta constituirse la lesión cardíaca complicada en todo su desarrollo. Diariamente nos proporcionan los enfermos cardíacos con lesiones valvulares combinadas, la confirmación de estos hechos.

Y ¡cuán grande es el número de estos enfermos! Ellos representan el dominio clásico del tratamiento por la digital y constituyen

el grupo donde mejores resultados hemos obtenido. En cambio, es pequeño el número de las enfermas en las que el proceso endocárdico solapado mantiene durante toda la vida el trastorno del mecanismo de la estenosis mitral pura, no acompañada de trastornos del ritmo ni de aumento de tamaño del corazón, y que posteriormente se paralizan o mueren en el curso de un embarazo a consecuencia de una embolia.

Por consiguiente en vez de aprender siempre el incendio apagado (para decirlo en forma figurada) y la lesión valvular desarrollada, deberemos en el porvenir—y la práctica nos obliga a ello—fijar nuestra atención en el incendio latente de la endocarditis que sigue evolucionando. Si hacemos esto, nos inspirarán menos cuidados una insuficiencia aórtica ya consumida y terminada, y una insuficiencia mitral ya curada. Pero en cambio, nos inspirará gran cuidado aquel enfermo en el que sin existir todavía un notable aumento de tamaño del corazón, encontramos una estenosis mitral pura, no acompañada de trastornos en la serie de los latidos.

En efecto, no hay duda de que es entonces cuando esta lesión valvular nos dé la explicación de la suerte que cabe a nuestros enfermos. La estenosis mitral es como trastorno del mecanismo, la lesión valvular más grave que se conoce, porque resiste a nuestra intervención terapéutica. Sólo el caso de «incendio» mucho mayor, que se manifiesta lo mismo en el electrocardiograma en forma de arritmia perpetua, que en la imagen radiográfica en la de cor bovinum, y que al examinar al enfermo, se exterioriza por una descompensación ya desarrollada o por un estado que limita con ésta, sólo este caso, repito, constituye un campo en que podemos esperar resultados de los agentes terapéuticos que empleemos. Entonces no nos limitaremos ya a darnos detallada cuenta del carácter de los soplos cardíacos y a establecer simplemente un diagnóstico anatomo-pato-

lógico, sino que nos haremos una idea plástica del *verdadero trastorno del funcionalismo* y así estaremos en mejores condiciones para poder hacer el pronóstico. Y esto es de gran importancia para nuestros enfermos.

Así, pues, lo que quiero decir lo formularé en los párrafos siguientes:

En el corazón hay soplos *acabados* y *no acabados*. Y así como en caso de insuficiencia mitral encontramos un soplo acabado, que siempre se mantiene igual, en cambio, las alternativas que se comprueban en el soplo en caso de estenosis mitral, nos indican que en esta afección se trata de un soplo no acabado. Pero las alternativas de este soplo no acabado nos indican a su vez las que ocurren en el trastorno del mecanismo. El soplo no acabado no permite que nos formemos una idea clara del proceso anatomo-patológico existente; el soplo acabado permite establecer un diagnóstico anatomo-patológico y el soplo no acabado permite principalmente un diagnóstico del trastorno funcional.

Por detrás del soplo no acabado transcurre lentamente, como si fuera un fuego no sofocado, el proceso endocárdico. De la existencia del soplo acabado, ya terminado, podemos deducir que el foco del incendio se mantiene quieto y no sigue adelante. En la insuficiencia mitral + estenosis, acompañada de arritmia perpetua y con las alteraciones grotescas bien conocidas del corazón, hasta la del cor bovinum, es muy difícil mantener la separación entre los soplos acabados y los no acabados. Esta separación resulta imposible en caso de que el pulso sea frecuente e irregular.

El soplo claro y fuerte de la insuficiencia mitral no tiene la importancia que podría atribuírsele por su claridad, es decir, *el trastorno del mecanismo* que se manifiesta por el soplo claro, puede resultar muy insignificante en lo que se refiere a su influencia sobre

la circulación general. Cuán diferente de esto es lo que acontece con el mezuino soplo de la estenosis mitral o con el de la endocarditis solapada. ¡Por consiguiente, ni un soplo claro indica una lesión cardíaca grave, ni el hecho de ser el soplo ligero hace pensar que se trata de una lesión leve!

Me llama la atención el hecho, de que en estas gravísimas enfermedades valvulares del corazón izquierdo, sea el soplo de insuficiencia aórtica acabada, el que primeramente se puede comprobar. De ningún modo se puede hablar de la existencia de un proceso acabado en la válvula mitral, y lo probable es que en este caso, se pongan transitoriamente en orden los graves trastornos del mecanismo mediante el tratamiento con la digital. Pero pensando anatómo-patológicamente damos excesivo valor al soplo acabado y concedemos menos importancia de la que le corresponde al peligro que representa el soplo no acabado en la estenosis mitral y que cambia ya de carácter cuando el enfermo ejecuta algún esfuerzo.

Por un simple ejemplo puedo hacer ver que los médicos se dividen en dos grupos: uno de ellos formado por los que piensan de un modo más funcional fisiólogo-patológico, y el otro, el de los que al hacer el diagnóstico, piensan preferentemente de un modo anatómo-patológico.

En una mujer de 32 años de edad, se comprobaba marcadamente un bloqueo cardíaco 1:2, hallándose el corazón apenas aumentado de tamaño. Este bloqueo se había ya comprobado hacía algunos años, mediante el electrocardiograma. La radiografía que se practicó, puso de manifiesto una aorta algo alargada y un corazón flácido y más bien *pequeño*.

A los 5 años de edad tuvo la paciente una *escarlatina*, después de la cual el número de pulsaciones bajó a 28. Resulta por lo tanto seguro, que fué entonces cuando se produjo un *bloqueo cardíaco* al lesionar la *escarlatina* el sistema de conducción del

estímulo; pero en este sistema cesó el proceso inflamatorio, ya que de no haber cesado, al cabo de 27 años estaría el corazón alterado en sentido de presentar una miopatía. Cuando niña, la paciente se comportó normalmente durante su permanencia en la escuela, hizo gimnasia, pudo montar en bicicleta y nadar, y nunca se dió cuenta de que tuviera corazón; pero entre los escolares tenía fama de flemática, y ella decía, riendo, que siempre había sido lenta en todo.

Después quiso casarse y los médicos que pensaban anatomopatológicamente le prohibieron en absoluto el matrimonio; pero, fué a ver a otros médicos que pensaban patológico-funcionalmente, y éstos permitieron que se casara.

Entonces los primeros le prohibieron los embarazos, los segundos se los consintieron. La paciente tuvo un niño. Durante los primeros meses estuvo algo molesta, y en los meses 8° y 9° sus molestias fueron las habituales en tales casos. El parto fué normal, durando 12 horas. La mujer dió de mamar al niño por espacio de 5 meses, y hoy se presenta al despacho del médico casualmente, aquejando molestias poco acentuadas.

Este ejemplo demuestra de un modo clásico lo que queremos decir. Pero al mismo tiempo nos indica también algo más: nos indica que el corazón se habitúa al trastorno del mecanismo, una vez que éste se ha estabilizado; y al no ser la estenosis mitral (como endocarditis crónica) una alteración estable, en contraposición con este trastorno de conducción en sentido de bloqueo completo, es por lo que el pronóstico de la estenosis mitral resulta desfavorable.

Pero el ejemplo nos enseña todavía algo más: nos enseña a reconocer la exactitud de la paradoja que dice: que un cardiópata muere o al principio o al fin de su enfermedad. La mujer joven de quien hablamos, hubiera muerto cuando niña a consecuencia de

su bloqueo cardíaco, si las fuerzas curativas de la Naturaleza no hubieran hecho posible una adaptación a esta extraordinaria anomalía. Y en la actualidad no hay motivo alguno para que muera por efecto de su bloqueo cardíaco.

La enferma con estenosis mitral no muere al comienzo de la endocarditis, porque al principio, el proceso que sirve de base a los síntomas es leve, y sólo poco a poco va haciéndose cada vez más grave, prolongándose muchos decenios y desarrollando toda clase de fenómenos secundarios. Pero atendiendo a que no se detiene nunca en su curso produciendo un estado final definitivo, se comprende que el síndrome a que da lugar sea de pronóstico tan desfavorable.

*

Insistiré otra vez, en que las observaciones que se encuentran en los libros de texto, aquí han sido expresamente suprimidas, ya que mi intención es exponer las ideas sacadas de la experiencia práctica, que no podemos encontrar en los libros didácticos.

Y por esta razón es por lo que aquí expreso la idea de que hasta ahora no sabemos, por qué realmente constituye la estenosis mitral una enfermedad preferente del sexo femenino, y por qué por el contrario, la angina de pecho ataca casi siempre al sexo masculino.

Hasta el presente no he podido encontrar una explicación satisfactoria de tal hecho. Pero la experiencia nos enseña que esta enfermedad traidora mata casi siempre a los hombres de un modo repentino en la plenitud de su vida y que en cambio se presenta la misma enfermedad en la mujer con un sello completamente distinto. Como es natural, todos hemos visto producirse casos de angina de pecho en la mujer; pero con igual frecuencia con que la observamos, vemos también que su cuadro clínico queda encubierto

y desnaturalizado en su aspecto. En cambio, en toda mi práctica no conozco ni un solo hombre que haya presentado el cuadro de la estenosis mitral pura, no acompañada de trastornos del ritmo, tal como lo he visto muchas veces en las mujeres jóvenes.

Por consiguiente, la angina de pecho puede decididamente considerarse como una forma patológica del aparato circulatorio, que afecta al sexo masculino, al contrario de la estenosis mitral pura, no acompañada de trastornos del ritmo, que debería considerarse como una forma patológica que afecta a la mujer.

*El cardiópata con arterioesclerosis del corazón y de los vasos,
y sus relaciones con el problema de la hipertensión*

Debemos dar por conocidas las adquisiciones anatómo-patológicas relativas a la esencia y a la localización de la arterioesclerosis en el corazón y en el torrente circulatorio periférico. Tratándose de enfermos de edad avanzada, el diagnóstico más esencial y cotidiano para el médico práctico, es el de miocarditis arterioesclerótica, con o sin hipertensión. Si el médico piensa en este diagnóstico, por la simple exploración detenida del enfermo, e incluso antes de practicar la radioscopia y de poseer los datos del electrocardiograma, podrá formarse una idea aproximada de la silueta radiográfica de la aorta y del corazón basándose en su propia experiencia, y no se sorprenderá al comprobar una oscilación negativa T ni otros cambios de forma en el electrocardiograma, que en sí mismo puede ser normal. Y tampoco se sorprenderá por el hecho frecuente, de encontrar muy poca cosa en el corazón. La comprobación de un soplo sistólico ligero en la aorta, con resonancia del 2° tono aórtico, despierta en nosotros la sospecha de una miocarditis arterioesclerótica. Por lo demás, los tonos cardíacos son muchas veces flojos, regulares y algunas veces lentos. Si se les pregunta a los enfermos por su capacidad funcional, la contestación será siempre, que la fuerza del corazón está disminuida. Por la medición de la presión arterial, distinguiremos una forma *hipotónica* y otra *hipertónica*.

Sabemos que las formas hipotónicas de las enfermedades del miocardio son más bien desfavorables desde el punto de vista pronóstico.

Pueden ser tan escasas las manifestaciones en el corazón, que podrían pasar desapercibidas al faltar la elevación de la presión arterial. Pero si la presión arterial está notablemente aumentada, no pasará inadvertido el cuadro clínico de la miocarditis.

Estas observaciones se aplican preferentemente a la alteración arterioesclerosa de los vasos coronarios. Aquellos enfermos atacados por esta afección sin hipertensión, están mucho más amenazados que los que tienen la misma alteración y presión arterial considerablemente aumentada. La experiencia adquirida en la consulta y a la cabecera del enfermo, nos enseña, de un modo fundamental, que las alteraciones arterioesclerosas en el corazón y en los vasos, pueden presentarse *con* o *sin* hipertensión.

Del problema de la hipertensión se ha ocupado en éstos últimos 30 años, todo el mundo médico desde los más diferentes puntos de vista. La literatura relativa a este problema se encuentra condensada en muchos libros de la especialidad. La etiología de esta afección no ha podido ser descubierta. Como siempre, sigue constituyendo en la actualidad el aumento de la presión arterial, un síntoma único (desde luego de gran importancia), viéndonos limitados a estudiar este síntoma con todo cuidado, y a deducir de su estudio las consecuencias oportunas en lo que se refiere al diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

No es lo mismo hipertensión que arterioesclerosis. Precisamente por coincidir con mucha frecuencia las alteraciones arterioesclerósicas con la hipertensión arterial, es por lo que en la imaginación del médico de poca experiencia hay una confusión entre ambos conceptos. Sabemos que muchas veces al coincidir ambas manifestaciones patológicas, se valora de un modo unilateral, bajo el punto de vista pronóstico y terapéutico, el síntoma de la hipertensión arterial, olvidando instituir el tratamiento urgente del mio-

cardio debilitado. En efecto, una hipertensión arterial prolongada conduce en el curso de los años, aunque muy lentamente, a una debilitación de la energía cardíaca después de pasar siempre por una hipertrofia del ventrículo izquierdo y una cierta alteración de la aorta (botón aórtico).

Pero puede suceder que al realizar el médico una exploración detenida en un enfermo cuya edad oscila entre los 40 y los 45 años y que no sienta verdaderas molestias, encuentre una presión arterial elevada.

Para formar de tales casos un buen juicio diagnóstico y pronóstico, se requiere que el médico tenga conocimientos científico-teóricos y experiencia práctica, en cuanto al problema de la hipertensión.

Con seguridad puede decirse que todo aumento en la presión arterial que persista por mucho tiempo, indica la existencia de un trastorno patológico en el funcionalismo circulatorio.

En cuanto al «problema de la hipertensión», el médico práctico debe saber lo siguiente:

Las palabras *hipertensión* e *hipertonía* se emplean como sinónimas.

El hecho de que por ejemplo, en un hombre de 25 a 30 años, se compruebe una presión arterial que pase de 170 mm de Hg., indica una hipertensión. Pero al hacer tal afirmación, lo único que queremos decir es que en el momento en que se tomó la presión arterial, ésta que normalmente había de ser de unos 125 mm de Hg., estaba aumentada.

Cuando a este individuo se le toman las presiones por espacio de mucho tiempo y a diferentes horas del día, comprobándose en todas las mediciones una presión arterial superior a 170 mm de Hg., es únicamente entonces cuando podremos decir que este individuo

es «hipertónico». Entonces le queda al médico por averiguar, cuáles han sido las causas que han producido el aumento de la presión arterial. Y al hacerlo así, podrá encontrar en el caso más favorable, que una excitación psíquica que haya actuado repetidamente en un individuo con estigmas vegetativos, o bien un trastorno endocrino demostrable (glándula tiroides), puedan haber dado lugar a dicha hipertensión que persista durante varias semanas.

Esta variedad de hipertensión puede ser que cese en absoluto después que desaparezcan las causas que la habían producido.

De todos modos, en Medicina interna se ha abandonado la idea de que el hecho de comprobarse una elevación de la presión arterial, aunque ésta sea considerable, permita deducir desde luego la existencia de una alteración renal.

Puede suceder que una hipertensión esencial siga siendo durante años una *afección completamente monosintomática*, sin que en ella puedan comprobarse datos que indiquen lesión renal, ni alteración cardíaca digna de consignarse.

Y en efecto: en la «Hipertonía esencial» se pone en primer término, de un modo exclusivo y determinado, el síntoma de la presión arterial aumentada como signo diagnóstico. Ahora bien, vemos que en el caso de una hipertensión arterial prolongada, se asocian a ella en el transcurso de los años, los síntomas de arterioesclerosis que cada vez se van haciendo más manifiestos. Con la palabra *arterioesclerosis* designamos alteraciones orgánicas en el corazón, que afectan las células del miocardio, los vasos sanguíneos cardíacos, la aorta y las grandes arterias hasta llegar a los precapilares y a los capilares.

La arterioesclerosis representa un concepto anatomo-patológico y no un diagnóstico clínico; y lo mismo podemos decir del concepto de «degeneración miocárdica», nombre con el cual se designa un

proceso anatómo-patológico de carácter degenerativo y demostrable con el microscopio en las diferentes células del miocardio. Tanto el concepto de miocarditis arterioesclerósica como el de degeneración del miocardio, se basan en una concepción anatómo-patológica.

Con todo, la *etiología* que puede dar lugar a estos dos procesos anatómo-patológicos es sumamente variada.

Pero sin darnos cuenta de ello, en el lenguaje médico nos hemos habituado a convertir en un diagnóstico clínico lo que es un diagnóstico anatómo-patológico. *Y al hacerlo así, olvidamos muchas veces que este diagnóstico basado en la clínica y en los enfermos no nos dice absolutamente nada en cuanto a sus relaciones etiológicas.*

En cuanto a los cardiópatas con «arterioesclerosis» o con «degeneración del miocardio», en concepto etiológico, es ya sabido que el hecho de *vivir y de hacerse viejo* produce un desgaste, del mismo modo como al fin y al cabo, se hallan también sujetos todos los objetos de la vida ordinaria a la ley del consumo y del desgaste. Por consiguiente:

Primero: la vejez normal o anticipada representa su papel en concepto de causa.

Segundo: por efecto de los progresos de la civilización, hay un gran número de excitaciones psíquicas que trastornan la circulación en plena actividad, y también a los individuos a quienes esta circulación corresponde, pudiendo producir en ellos un considerable desgaste.

Tercero: el individuo perjudica a su corazón, intencionadamente o sin intención, mediante una alimentación equivocada y al usar por espacio de años enteros, venenos como el café, el té, el alcohol y la nicotina. Al fin, tales daños no pasarían de ser normales, ya que únicamente pueden librarse de ellos, y aún no del todo, los

ascetas y las personas que viven encerradas en los conventos; y, por otra parte, los que viven en estos lugares no se libran de emociones morales ni escapan a la vejez. A estas influencias nocivas hay que añadir otras, endógenas y exógenas, a las cuales el hombre se encuentra eventualmente expuesto durante la vida: las enfermedades intercurrentes con fiebre alta, que, por el trabajo que debe realizar en ellas el organismo, y por las acciones tóxicas a que dan lugar, dañan las células del miocardio, el sistema de conducción y el endotelio de los vasos. Determinadas toxinas bacterianas ejercen una acción especialmente perjudicial sobre la circulación, que hasta este momento había estado completamente sana; esto sucede con la difteria, escarlatina, sífilis, gripe, y sobre todo con el agente desconocido de la poliartritis reumática aguda. Además actúan del mismo modo el tifus abdominal y la angina lacunar, que parece ser una enfermedad inofensiva. Pero toda infección, aún la más ligera, puede desorganizar el corazón bajo la forma de una septicemia originada en el endocardio, de curso latente muchas veces. Y es que el endocardio parece ser sumamente sensible a determinados venenos y bacterias. Si las acciones tóxicas son de naturaleza más bien crónica—como la debida al alcohol—, entonces se producirán degeneraciones céricas en la célula cardíaca, y en otras células del cuerpo. Pero tampoco es de precisión el encontrar en el torrente circulatorio, una alteración demostrable y digna de consignarse.

Por el modo cómo el hombre se comporta con su corazón, es decir, por el hecho de someter a su corazón a exigencias no sensatas, se produce un aumento patológico de la masa muscular del órgano. En estos casos, el más expuesto muchas veces a mayores peligros y a una alteración irreparable, es el corazón en el período de crecimiento. Sabemos ya que el corazón hipertrófico no sólo no es más

fuerte que un corazón sano, sino que hasta sucumbe más pronto debido a las influencias nocivas antes mencionadas, adquiriendo una dolencia crónica.

Según mis experiencias, por lo que a nosotros los alemanes se refiere, en los países montañosos constituye un gran peligro el abuso de montar en bicicleta para la juventud en crecimiento en la época de la pubertad. Pero asimismo son peligrosos todos los demás deportes, si se efectúan sin control y con exageración. Además, lo normal es que en la pubertad se produzcan en el individuo gran número de conflictos anímicos (masturbación). Las emociones morales encuentran en el corazón y en los vasos sus órganos de expresión, manifestándose en forma de palpitaciones cardíacas, rubicundeces pasajeras, palidez súbita, dermatografismo, piel marmórea, tendencia de los jóvenes a sufrir desmayos y al colapso en el momento de vacunarlos, etc.etc.

Desde el punto de vista biológico, el aparato circulatorio de los jóvenes se encuentra en cierto estado de labilidad, de lo cual resulta ser menos resistente ante los agentes nocivos que sobre él actúan, y los fenómenos que en forma de trastornos circulatorios, generalmente crónicos, encontramos en nuestros enfermos cardíacos comprendidos entre los 30 y los 70 años de edad, tienen muchas veces su causa en las acciones nocivas apenas insinuadas, que durante el transcurso de los años o de los decenios se van acumulando. Y entonces cometemos el error, de tomar por un diagnóstico clínico lo que es en realidad un cuadro del estado anatomo-patológico obtenido con medios auxiliares técnicos, o sea, una especie de sección transversal sacada de la vida en plena actividad.

Un diagnóstico clínico representa la suma de muchos síntomas; podríamos decir que es un síndrome de síntomas, que en cada nuevo caso nos obliga a examinar e investigar muy concienzudamente al

enfermo como a una individualidad aislada, con el fin de encontrar la causa de este síndrome en este enfermo.

En efecto, idénticas alteraciones anatómo-patológicas comprobadas en tres enfermos, pueden ser producidas, en el primero de ellos, únicamente por efecto de las condiciones desfavorables de la vida, por emociones frecuentes, por errores en la alimentación, o por un exceso de trabajo; en el segundo enfermo, pueden ser la consecuencia de una gripe mal cuidada; y en el tercero, pueden ser debidas a la sífilis.

Estas son solamente tres posibilidades, es decir, tres ejemplos mientras que en la realidad de la vida, el número de las mismas es incontable, debido a que la coincidencia de causas completamente diferentes, amplifica cada vez más la variedad de los hechos.

Volvamos ahora al problema de la hipertonia, y, en lo sucesivo, no olvidemos que la elevación de la presión arterial *no pasa de ser* un síntoma, aunque muy importante y que puede llegar a ser una de las causas antes mencionadas, de las alteraciones del corazón y de los vasos, en el sentido de la arterioesclerosis y de la degeneración del miocardio.

Mientras no encontremos más que un aumento de la presión arterial, clínicamente diremos que se trata de una «*hipertonia esencial*».

Pero si comprobamos un soplo sistólico a nivel de la base de la aorta y un 2º tono aórtico reforzado, si en la orina se encuentran algunos cilindros granulosos e indicios de albúmina, y por el examen radiográfico se ve una aorta ensanchada y un «botón aórtico», con una ligera hipertrofia del ventrículo izquierdo, entonces sabemos que el diagnóstico clínico de «hipertonia esencial» no resulta ya justificado, sino que tenemos ante nosotros un síndrome de síntomas. Con todo, no debemos en este caso diagnosticar de

repente una arterioesclerosis *grave*, ni considerar el aumento de la presión arterial como comprobante esencial para apoyar este diagnóstico.

Pero hay un gran número de enfermos cardíacos, en los cuales no se comprueba ni una sola vez el síntoma representado por el aumento de la presión arterial, y que en cambio, presentan los más diferentes síntomas manifiestos de la arterioesclerosis del corazón y de los vasos, localizada en diferentes territorios del torrente circulatorio que tienen importancia vital (cerebro, riñones, pancreas, arterias periféricas de las piernas, etc. etc.)

A pesar de los grandes esfuerzos realizados durante los 20 últimos años, no se ha logrado encontrar una etiología única y decisiva que explique la producción del aumento de la presión arterial. La literatura existente respecto del problema de la hipertensión, ha sido causa de que en la actualidad todos los médicos concedan la debida importancia a la hipertensión. Pero los que le dan importancia no son sólo los médicos, sino que desgraciadamente, se la dan también muchos enfermos, y teniendo en cuenta que en la literatura se introdujo el concepto «*enfermedad de la tensión sanguínea*», se comprende que al igual de lo sucedido en la tuberculosis, *con el miedo a la tuberculosis*, también entre los médicos y entre los enfermos se haya generalizado el «*miedo a la tensión sanguínea*».

Este miedo a la tensión sanguínea ha venido a ser una enfermedad autónoma, y muchas veces necesita más del tratamiento que la misma hipertensión, constituyendo esto la mejor demostración, de la importancia que se le concede al síntoma de la hipertensión arterial. La nomenclatura clínica que se refiere a las enfermedades que se acompañan de hipertensión, resulta aún insegura entre los clínicos, los médicos especialistas y los médicos generales, y en perjuicio de los enfermos, no ha llegado todavía a encon-

trarse una base uniforme para establecer tal nomenclatura. Según mis propias experiencias, cuyo comienzo data ya de 20 años, y que en 1926 di a conocer en un pequeño libro: «Las acciones recíprocas psico-físicas en las enfermedades acompañadas de hipertonía», *únicamente el conocimiento de las curvas de la presión arterial permite hasta cierto punto establecer una nomenclatura clínica uniforme.*

Pero no debemos olvidar que la *hipertensión arterial no es más que un síntoma*, aunque este síntoma indique la existencia de un trastorno muy grave del funcionalismo circulatorio. Con toda seguridad este trastorno no es producido unilateralmente por efecto de una enfermedad renal, sino que (como ya indicó precozmente *v. Krehl*) presupone la existencia de un trastorno central.

La regulación vasomotora central en el cerebro se halla desviada en sentido de lo patológico. Muy pronto hizo notar *v. Krehl* la existencia de la regulación central, sin la cual nunca se hubieran podido entender las oscilaciones producidas en la hipertonía, por efecto de influencias psíquicas. Si se tiene presente que la hipertonía no pasa de ser un síntoma cuya etiología no conocemos, resultará justificado hacer la siguiente clasificación, basada en curvas tomadas con el mayor cuidado (las mediciones deben tomarse por lo menos 3 veces al día):

1°. El enfermo con *hipertónia esencial* propiamente dicha, puede transitoriamente presentar valores de tensión arterial superiores a 200 mm de Hg., y en él nunca dejan de comprobarse grandes oscilaciones durante el día o durante la semana.

2°. El enfermo con arterioesclerosis y con hipertonía puede presentar valores de presión sumamente elevados. Producense cifras de presión sistólica hasta de 300 mm de Hg. Estas cifras se comprueban también en la hipertonía y en las enfermedades vasculares

de naturaleza sifilítica; sobre todo los enfermos con insuficiencia aórtica presentan al mismo tiempo que una amplitud que pasa muchas veces de 150 mm de Hg., valores de presión sistólica que llegan a 300. Cito expresamente las excepciones, pero éstas no hacen más que confirmar la regla, que corresponde al punto medio entre estas dos cifras.

3°. Constituirá siempre un indicio desfavorable el hecho de que la curva de la presión arterial se modifique, de modo que se produzca una *continua* más o menos alta. Ello indica que tal enfermo tiene una *hipertensión constante*, en la que encontramos siempre una alteración de los riñones. Este hecho puede acontecer en caso de hipertensión acompañada de arterioesclerosis grave generalizada en el torrente circulatorio—en el corazón y en la periferia. Pero asimismo puede producirse, como síntoma poco halagüeño en caso de nefrosclerosis maligna. Si un enfermo con nefrosclerosis maligna tiene una curva continua muy elevada, al proceder a la auscultación no dejará casi nunca de comprobarse, por lo menos de vez en cuando un ritmo de galope. Este es constantemente un síntoma de pronóstico desfavorable. La duración de la vida de todos estos enfermos es limitada, aún suponiendo que en el momento de explorarlos los encontremos relativamente en buen estado. Un clínico de París ha dado al ritmo de galope protodias-tólico, el nombre de la «*campana de difuntos de los cardiópatas*», y según mi experiencia, esta designación resulta generalmente aplicable en los casos de nefrosclerosis maligna. En la actualidad diagnosticamos fácilmente este cuadro clínico basándonos en la curva de la tensión sanguínea.

Hay que hacer notar el daño tan irreparable que puede causar el médico al enfermo, si le comunica lleno de asombro las cifras tan elevadas de su tensión sanguínea. La principal máxima que debe re-

cordar el médico en cuanto a su modo de comportarse ante el enfermo, es la del «nil mirari», («no admirarse de nada»). El médico no debe mentir, pero puede guardar silencio.

Entre médicos y enfermos, ha ido cada vez generalizándose más la mala costumbre de convertir la consulta del médico en una divulgación científica. Pero debemos saber que dada la inseguridad de nuestra propia ciencia, la conversación que con los enfermos sostenemos acerca de las alteraciones valvulares, de la presión arterial, de la arterioesclerosis, y de muchas otras cosas, excluirá de antemano toda posibilidad de entenderse *verdaderamente* con el enfermo.

En efecto, ¿qué sabe el enfermo de los cilindros urinarios o de un botón aórtico que forme prominencia? El enfermo ignora cuál es el tamaño normal del corazón, y por no ser médico, tampoco puede comprender lo que significa un aumento del tamaño de este órgano. Y a pesar de ello, lleva en el bolsillo una radiografía, un electrocardiograma y, en lo posible, también el resultado de la exploración, con lo cual aumenta el miedo a su enfermedad, pero no sus conocimientos respecto de ella. Lo que debemos inculcar a los enfermos no son *conocimientos*, sino *comprensión*.

El médico es el guía del enfermo, pero no su maestro. Incluso los enfermos más rebeldes y más instruidos, por experiencia propia continuada durante muchos años, se han ido adaptando a mi silencio en el sentido de no dar explicaciones, y se han dejado juiciosamente aconsejar por mí.

Sorprende el ver que estas verdades triviales se olvidan constantemente. Hasta ahora no ha salido de mi despacho, ni un solo enfermo sabiendo la cifra de su presión arterial, pero muchas veces han salido enfermos muy tranquilizados. Sin duda alguna, la orientación falsa de los médicos hasta el presente, dependía de dar excesivo valor a la parte teórica.

En estos momentos, Alemania se propone indicar un nuevo camino a seguir con respecto de este punto.

Por lo que al problema de la hipertonía se refiere, Mariano R. Castex—en un libro titulado: «La hipertensión arterial, hipertonía arterial o hiperpiesis, y los estados hipertensivos, hipertónicos o de hiperpiesia», por el Doctor Mariano R. Castex, 1929, Humberto Andretta, Buenos Aires—ha dado a conocer su abundante experiencia, en lo que a las curvas de presión arterial se refiere y se ha adherido en gran escala a mis opiniones. Por lo demás, en esta breve descripción no podemos hacer más que extraer del problema de la hipertensión lo más esencial y cotidiano, viéndonos obligados a prescindir de detalles.

Mientras estaba escribiendo este libro, llegó a mis manos el excelente compendio de mi amigo D. Mariano J. Barilari, de Buenos Aires, titulado «Contribución a la Medicina Psíquica», 1934, Frascoli y Rindi, Editores, Buenos Aires, libro que nació de la experiencia práctica, y en el que el autor expone sus observaciones, orientadas también en el mismo sentido. Para su capítulo «Tensofobia y Psicoterapia del hipertenso», Barilari ha escogido la máxima de «*nil nocere*», y en el tratamiento de la mencionada enfermedad de la hipertensión, esta máxima debería servir siempre de guía al médico.

Son muchos los médicos que tratan «monosintomáticamente» el síntoma de la hipertensión arterial. Pero por el estudio de las curvas de presión arterial sabemos que no podemos esperar resultados duraderos del tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial, ya que después de algunos meses, rechaza el enfermo esta forma de tratamiento, por su estómago. Entre los medicamentos que modifican favorablemente la hipertensión—en este caso no se trata solamente de hacer disminuir la presión arterial, sino de mejo-

rar en su totalidad el trastorno del funcionalismo—ocupan el primer lugar los preparados de teobromina.

La *Diuretina* y *Yodo-Calcio-Diuretina* «Knoll» han llegado a ser para nosotros medicamentos imprescindibles, cuando se trata de *combatir rápida y eficazmente hipertensiones arteriales que por su extraordinaria elevación ponen en peligro la vida.*

Es incontable el número de medicamentos que se encuentran en el comercio, preconizados para usarse por vía oral, intramuscular e intravenosa, para combatir la hipertensión, y generalmente al mismo tiempo la arterioesclerosis.

En la composición de estos preparados, muchas veces el padre de la síntesis es el buen deseo, si bien por desgracia hasta el presente, este buen deseo no ha podido cumplirse.

Pero también son muchos los médicos e investigadores que sostienen una opinión diferente de la antedicha. En efecto, son muchos los prácticos que se esfuerzan en combatir de un modo duradero, mediante el uso de medicamentos, tanto el síntoma de la hipertensión arterial como la arterioesclerosis como síntoma. Mi criterio sobre esta cuestión, lo baso preferentemente en el estudio de muchos centenares de curvas de la presión arterial, que yo mismo he ido coleccionando a partir de 1919.

Desconocemos la causa de por qué un buen día la presión arterial empieza a aumentar por efecto de un cambio en la regulación central, produciéndose poco a poco el cuadro clínico de la hipertensión. En otra ocasión he dicho ya, que por ejemplo un investigador del aparato circulatorio tan famoso como Vaquez, de París, participa en principio de mi mismo criterio. Después de todo lo expuesto, queda todavía por decidir si es o no sensato el empeñarse en hacer desaparecer una hipertensión en sí misma.

Completamente distinta de ésta es la cuestión de si deben o no

combatirse enérgica e inmediatamente las elevaciones anómalas de la hipertensión, descritas por *Pal, de Viena*. Asimismo es muy diferente el que en una clínica, un médico investigador que se esfuerza en resolver el problema de la hipertensión, practique sus investigaciones relativas a los medicamentos que hacen descender la presión, o tener que tratar a los enfermos con hipertensión.

Por mi parte, me hace el efecto de que la práctica—y precisamente de ella hablamos aquí—, con las exigencias esenciales y cotidianas a que tiene que atender el médico que ejerce, no es la destinada a llevar a cabo en el hombre, investigaciones casi experimentales. En la práctica debería emplearse en lo posible lo seguro y comprobado.

Además me hace también el efecto de que el médico que atendiendo al deseo de un enfermo, le baja la presión arterial elevada, le hace en cierto modo una concesión al enfermo. Las ideas falsas respecto de la enfermedad de la presión sanguínea y el «miedo» que a ella tienen los profanos, hacen que el médico ensaye toda clase de medicamentos, más con objeto de consolar al enfermo que para llevar a cabo un verdadero tratamiento.

Pero siempre se nos presenta de nuevo la cuestión, de si 1° después de todo, es posible hacer disminuir de un modo duradero la presión arterial aumentada, y 2°, si debemos producir tal disminución.

Respecto de este punto observamos lo siguiente:

Un enfermo con una hipertensión arterial grave y con una miocarditis crónica arterioesclerótica, en un determinado día se hace insuficiente. Al aumentar en él los fenómenos de insuficiencia, la presión arterial va bajando cada vez más, lo cual no es un signo favorable; y a medida que con un tratamiento juicioso con la digital, se logra que desaparezcan de nuevo los fenómenos de insuficiencia,

la presión arterial vuelve a su nivel antiguo, realmente patológico—pero el enfermo mejora.

Con toda seguridad, la elevación de la presión arterial constituye un auxilio de la naturaleza misma, destinado a mantener el funcionalismo de la circulación. Pero repito que es de necesidad y que está justificado que en las clínicas se lleven a cabo investigaciones en gran escala, pero yo en la práctica particular no las ejecuto.

Tampoco los derivados de la colina han cumplido en la práctica las esperanzas que hacían concebir teóricamente. Haré breve mención de dos medicamentos, que realmente no son conocidos como hipotensores, pero que en cambio, han adquirido importancia práctica en las enfermedades de los vasos y del corazón: uno de estos medicamentos es la *Padutina*, y el otro el *Lacarnol* y sus análogos.

La *Padutina* ha sido reconocida bajo el punto de vista científico-teórico, y en cambio, el *Lacarnol-Eutonon* y los productos análogos, siguen siendo teóricamente muy combatidos aunque en la práctica nos prestan gran utilidad. Con la *Padutina* podemos obtener efectos milagrosos, en caso de amenaza de gangrena.

El *Lacarnol*, el *Eutonon* y los preparados similares, no ejercen acción alguna sobre el nivel de la presión arterial, pero indudablemente—sobre todo en los enfermos de edad avanzada—, producen una acción favorable sobre el miocardio. Y teniendo en cuenta que no tienen en absoluto propiedades tóxicas, su empleo (se tomarán en las comidas) podrá continuarse por espacio de muchos meses. La impresión dominante es la de que estos medicamentos, y sus similares, representan una especie de tratamiento sustitutivo.

Aunque se rechace el tratamiento mono-sintomático de la hipertensión, *se deberá en principio modificar la elevación aguda de la hipertensión, de un modo enérgico y por medio de la terapéutica, ya*

que por efecto de esta «elevación extra», el enfermo con hipertensión resulta amenazado.

En estos casos están indicados tanto la sangría abundante como la administración de grandes dosis de Diuretina o de Yodo-Calcio-Diuretina. Pero es un error el practicar a un enfermo varias sangrías al año, basándose únicamente en que tiene la presión alta. En este enfermo puede suceder que ya al día siguiente de la sangría, se produzca una elevación anómala a consecuencia de cualquier emoción moral y si esto sucede, el médico habrá gastado su pólvora en salvas.

Pero en caso de amenaza de edema pulmonar, el producirse un ritmo de galope, vértigos que se presentan repentinamente, cefalalgias, trastornos visuales, o en la comprobación de los primeros signos preurémicos, estará indicado llevar a cabo el tratamiento intensivo que ya hemos mencionado.

En la actualidad no se admite ya la opinión de que la elevación de la presión arterial constituya una contra-indicación del uso de la digital. En estos estados la digital representa para el corazón el mismo papel que los preparados de teobromina representan para la regulación de los vasos que suponemos afectados de un trastorno funcional peligroso (p.ej., en caso de isquemia cerebral o de apoplejía).

El clínico de París *Laubry* dijo, muy ingeniosamente: «*Los preparados de teobromina constituyen la digital de la aorta.*»

Por lo dicho, desechamos el tratamiento de la hipertensión cuando no esté estrictamente indicado y se base únicamente en el hecho de existir ésta. La experiencia de cada día nos enseña que tales enfermos no pueden llevar a cabo por espacio de mucho tiempo un tratamiento medicamentoso, ya que debido a ello, además de perder el apetito, van convirtiendo poco a poco su habitación en una

farmacia, y a pesar de todo sigue la presión arterial igualmente elevada.

Teniendo en cuenta que en la actualidad la medición de la presión arterial constituye para el médico práctico uno de los métodos corrientes de exploración, debemos exponer aquí unas breves consideraciones esenciales y de aplicación cotidiana, relativas a la técnica para su medición. El aparato más empleado de todos—por lo menos en Alemania—, es el modelo mediano de un manómetro de resorte de Riva-Rocci, modificado por Recklinghausen mediante la adición de un brazal ancho. La presión arterial se mide, o bien por palpación, leyendo al mismo tiempo las oscilaciones de la aguja, o controlando los resultados mediante la auscultación, según el procedimiento de Korotkow.

Conviene usar siempre el mismo instrumento, tener cuidado de que funcione perfectamente y medir la presión con rapidez. Si el médico se acostumbra a una determinada manera de medir, obtendrá cifras de presión que en el transcurso de los años resultarán exactas comparadas entre sí y sobre todo, para su propia experiencia. En estas condiciones, las causas teóricas de error no deben ya interesarle al médico, pues éste sabe muy bien que lo que mide no es la presión absoluta o verdadera, sino que la cifra obtenida es la relativa.

Así, p. ej., cuando en un mismo enfermo con hipertonía, dos médicos obtienen separadamente, una buena curva de presión arterial, en ambos trazados habrá perfecta congruencia en sus oscilaciones en la totalidad de la curva y prácticamente será del todo indiferente el que los valores medios obtenidos por uno de los médicos sean 10 veces más elevados que los obtenidos por el otro. Por ser menos manejables, los manómetros de mercurio se usan menos que los demás. En Alemania, las cifras de la presión arterial se expre-

san en mm de mercurio, y no en cm de agua. Los manómetros de resorte llevan marcados en su escala, los valores correspondientes a las dos clases citadas.

No quiero terminar este capítulo sin exponer algunas consideraciones respecto del Prof. *Vaquez* y de sus estudios sobre la presión media en lo que al problema de la hipertensión se refiere.

En una larga conversación, el Dr. *Vaquez* me explicó su fundamentada opinión, relativa a sus estudios sobre la presión media, y que ha expuesto en su publicación «La determinación de la presión media mediante el método oscilométrico». Además, estando en París con el Prof. *Vaquez* y con sus colaboradores, tuve ocasión de aprender el método de la medición empleado por ellos, que en Alemania ha seguido siendo casi del todo desconocido. El manejo del instrumento no resulta sencillo.

Si bien el aparato para medir la presión media, construido por *Vaquez* y por su escuela, no ha cumplido con las esperanzas que teóricamente en él se cifaban, y a pesar de que las investigaciones de *Laubry* y de su escuela, mediante mediciones directamente practicadas en la arteria femoral, han demostrado que *Vaquez* con su oscilómetro, no ha encontrado el verdadero valor medio, con todo, *la idea de Vaquez es tan ingeniosa como fecunda para nuestras ideas clínicas.*

Vaquez sostiene la opinión de que la presión arterial, e incluso la presión arterial elevada, constituye (aquella respecto del individuo sano y ésta respecto al individuo enfermo) una «*constante*» durante toda la vida.

Conocemos también otras «*constantes*» que, al ser destruidas, ponen en peligro la vida. Recordemos en tal concepto, la constante de *Ambard* y el nivel de glucemia. Según *Vaquez*, las oscilaciones que experimenta la presión arterial, comprobadas con nuestros

aparatos medidores, representan los esfuerzos que la «constante» hace para mantener su estado de equilibrio. Por tal motivo sería insensato según Vaquez, el tratar de destruir estos esfuerzos curativos mediante el uso de medicamentos. Y realmente, este autor hizo ver asimismo, que en enfermos con arterioesclerosis hipertónica, a pesar de comprobarse valores elevadísimos de presión arterial sistólica, su aparato marcaba una presión media de 90 mm, valor que corresponde al normal. Además demostró que en la nefrosclerosis maligna, se podía comprobar un constante aumento de la presión media hasta llegar a 120 mm. La oposición que entretanto se ha hecho a estas suposiciones teóricas, y las grandes dificultades técnicas que se presentan a la lectura, han hecho que de momento los exámenes de la presión media pasaran a segundo lugar.

Pero de todos modos, en relación con las ideas que en este capítulo exponemos, debíamos mencionar brevemente las ideas expuestas por Vaquez, porque tales ideas confirman nuestro criterio respecto a la máxima «*nil nocere*».

Termino este capítulo haciendo algunas indicaciones respecto del hecho, observado uno y otro día, de que tanto la arterioesclerosis como la hipertonia, se presentan preferentemente con carácter familiar. Y por otra parte parece también aumentar cada decenio, el número de los hombres que a una edad relativamente temprana, presentan alteraciones patológicas de su corazón y de su sistema vascular, acompañadas o no de cambios en la presión arterial, con disminución de la energía del trabajo y de la elasticidad del órgano. La precipitación en las cosas y el atropello con que se realizan los trabajos, el aumento de las preocupaciones en la lucha por la vida, el abuso de los venenos de la civilización, la reducción del descanso durante la noche y en general, la falta cada vez

más acentuada, de descanso en la vida, son causas que parecen producir un aumento en el número de los enfermos cardíacos.

Una estadística relativa al consumo de hipnóticos intensos y de los purgantes en los países civilizados, permitiría descubrir la existencia de finísimas relaciones en este sentido.

Al médico que se halla sometido también a las mismas condiciones de vida, le es difícil establecer una separación entre lo que se debe a la herencia y lo que se debe a los factores actuales.

Prácticamente no es posible separar tales causas, que actúan y «contra-actúan» recíprocamente. En un individuo que por predisposición hereditaria estuviera desde la vida embrionaria, expuesto a una arterioesclerosis o a una hipertensión, sería muy posible que no se presentasen estas enfermedades tan precozmente, si el individuo siguiera una vida tranquila.

Por el contrario, un individuo sano, en el que no existe predisposición hereditaria, puede sin embargo morir por efecto de arterioesclerosis y de hipertensión, si sobre él actúan agentes nocivos suficientemente activos.

El médico deberá tener en cuenta estas condiciones hereditarias. Pero si bien es verdad que la hipertensión y la arterioesclerosis adoptan un tipo de presentación familiar, también hay familias en las cuales se presentan reunidas, no solamente la arterioesclerosis, sino también las «alteraciones valvulares».

Por nuestra parte pensamos que tal hecho se explica atendiendo a que en determinadas familias hay algunos de sus miembros que son mucho más fácilmente atacados por la poliartritis reumática y otras enfermedades infecciosas, produciéndose consecutivamente en ellos alteraciones cardíacas; mientras que a su vez, en otras familias parece predominar una tendencia a producirse tales o cuales enfermedades del conducto gastro-intestinal.

Carecemos todavía de datos exactos que sirvan de base para juzgar respecto del papel que en las enfermedades del corazón representan las condiciones hereditarias.

En los últimos años, la Patología de la circulación ha hecho tales progresos (compárese, a este respecto, un libro de texto de Medicina Interna del 1880, con uno del 1930), que no podemos formarnos una idea del todo exacta respecto del juicio que nuestros abuelos formaran en cuanto a la frecuencia de las enfermedades del aparato circulatorio. Verdad es que la angina de pecho clásica, tal como la describió *Nothnagel*, es enfermedad que ha existido siempre.

El hecho de que este cuadro clínico se haya ido extendiendo hasta comprender en él las formas muy leves, que además son favorables desde el punto de vista pronóstico, lo considero como propio de nuestros tiempos. Por mi parte, opino que el número de las enfermedades cardíacas y circulatorias va siendo cada día mayor. Ello es debido a que las condiciones actuales de la vida, que tanto excitan y consumen a las personas, perjudican con toda seguridad al aparato circulatorio. Desde luego el automóvil y el avión, y todo ejercicio en que intervenga el record, perjudican al corazón. En este sentido estaban nuestros abuelos menos amenazados que nosotros y en cambio, somos nosotros quizás más juiciosos en cuanto a la comida.

No sabemos el por qué determinados individuos enferman de arterioesclerosis y durante todo el tiempo que dura su enfermedad no se vuelven hipertónicos, sino que por el contrario, muchas veces se comprueba en ellos un grado extremo de hipotonía. Conozco a individuos de 40 y de 50 años de edad, con valores de presión arterial que apenas llegan a 90 ó 95 mm de Hg. Esta hipotonía nos da miedo y con el uso de medicamentos no podemos hacerla desaparecer de un modo duradero.

En caso de producirse un estado agudo de debilidad, podemos echar mano de los analépticos, pero en su esencia no podemos hacer desaparecer la hipotonía.

Del mismo modo, tampoco sabemos por qué hay enfermos de arterioesclerosis que durante toda su vida tienen una presión arterial elevada.

Es digno de llamar la atención el hecho de que la forma *hipotónica* de la arterioesclerosis no se transforme casi nunca en su forma *hipertónica*. Pero en cambio, el hecho de que la forma hipertónica se convierta en hipotónica constituye un mal síntoma.

A veces este fenómeno se observa después de ocurrir pequeños accesos y demuestra la importancia que tiene la regulación central.

Para las formas morbosas cuyo esquema acabamos de presentar, el principal tratamiento es la personalidad del médico, que con su experiencia, podrá perfectamente aconsejar al enfermo y guiarlo con cautela.

Lo esencial y cotidiano respecto del tratamiento medicamentoso de la arterioesclerosis hipertónica, lo expusimos ya anteriormente.

El modo de proceder los médicos en estos casos sigue siendo todavía muy diverso. Los hay que se muestran muy circunspectos en usar medicamentos, mientras que otros ensayan cada día un producto nuevo.

Ahora bien: ¿Hay algún medicamento para combatir la arterioesclerosis? Esta pregunta debe ser contestada negativamente.

El miedo a esta enfermedad y el miedo a la hipertensión, han sido causa de que se emplearan muchos medios terapéuticos, que no pueden resistir a la crítica tranquila del médico científico ni del práctico experimentado.

Los enfermos toman jugo de ajos y savia de abedul, porque tienen su presión arterial elevada; y se someten a las más grandes privaciones, con el fin de evitar que su arterioesclerosis siga progresando. Y por las mismas razones, los médicos sujetan a los enfermos a un régimen severísimo.

Por mi parte, no me siento partidario de este modo de proceder. Y ahora debemos decir unas palabras relativas a los consejos que en las mencionadas enfermedades, da el médico a sus pacientes al concederles el permiso para efectuar su convalecencia.

También en este punto, sé que estoy en contradicción con muchos de mis colegas. Creo que lo prudente es aconsejar al cardiópata que cada *día* cuide un poco de su salud en peligro. Pero no creo acertado que durante 11 meses del año, viva el enfermo sin cuidarse lo más mínimo de su circulación amenazada, y que en cambio piense que ha de lograr la curación por pasar el último mes del año en un balneario.

El verdadero fin del balneario no consiste en poder salir el enfermo al cabo de cuatro o seis semanas completamente curado, ya que esto es imposible que suceda. La verdadera importancia del balneario estriba en que el enfermo, bajo la dirección de médicos especialmente experimentados y capacitados aprenda definitivamente a proceder debidamente con su corazón y su aparato circulatorio enfermos. Además, en el balneario se lleva muchas veces a cabo esta «reparación», que es absolutamente necesaria y todavía posible, y que el paciente en su casa no puede efectuar por falta de tiempo.

El verdadero fin que nos proponemos cumplir, es que el enfermo salga del balneario siendo más juicioso que cuando había entrado. Pero las ideas del paciente, de que realmente sea éste una «fuente de salud» para curar sus padecimientos, son equivocadas. Por efecto de esta concepción del enfermo es muy frecuente que

se produzca una discrepancia desfavorable entre el criterio del médico de cabecera y el del balneario, y precisamente esto debería evitarse.

Es muy importante que una vez al año, los enfermos del corazón se alejen del medio en que viven y sean confiados a los médicos especialistas de los balnearios, particularmente experimentados. Los medios curativos de que puede disponerse, sólo dan resultado en manos del médico del balneario, aunque por mi parte, no creo que haya balnearios que estén únicamente apropiados para el tratamiento de la arterioesclerosis o de la hipertensión. Pero a su vez, los resultados que se obtengan dependerán siempre de la personalidad del médico, ya que éste sabe escoger el medio curativo conveniente para cada enfermo.

Es indudable que las diferentes clases de baños carbónicos prestan a los enfermos cardíacos los mejores servicios. El baño carbónico descarga el corazón, y constituye para la circulación una especie de gimnasia.

En Alemania, la *Balneoterapia* es una importante ciencia, que está prosperando. Como se comprende, la utilización de los medios curativos naturales y de nuestros manantiales, tiene gran importancia para el organismo humano. En cambio, creo que debe considerarse equivocada toda exageración. Precisamente, debe tomarse muchas veces la decisión expresa de no mandar a un balneario a los enfermos cardíacos bien compensados, que tengan una miocarditis arterioesclerosa hipertónica o una alteración valvular. Si se trata de enfermos juiciosos, se los podrá mandar al campo, alejados de la farmacia y del médico, o a la montaña, a mediana altura, con objeto de que descansen. Desde el punto de vista psíquico, esto produce en el enfermo un extraordinario aumento de su sensación de vitalidad. Tal hecho conviene también consignarlo aquí.

Por consiguiente, el esquematizar resulta siempre una equivocación, ya que la vida en plena actividad, especialmente en un individuo enfermo, pone siempre ante nosotros nuevas cuestiones, que a su vez, deben ser resueltas constantemente. El esquema y la regla únicamente deben servir de puntos de partida de las consideraciones que hagamos, pero ante el cardiópata no debemos convertirnos en esclavos de nuestras ideas habituales.

Y ahora, nos queda todavía por resolver otra cuestión que un día u otro se presenta respecto de los cardiópatas, y es la de la altura a que deben vivir.

Algunos de los enfermos de mi clientela, subieron en avión, porque así lo necesitaban por cuestiones de negocio, sin haberme antes preguntado si lo podían hacer. Otros han utilizado en Alemania y en Suiza ferrocarriles de montaña, que ascienden rápidamente hasta una altura de más de 3.000 metros, habiéndome después dicho que la excursión les había probado muy bien. Y en efecto, la altura a que debe mandarse a un cardiópata, depende sobre todo de su estado de compensación.

El enfermo hipotónico tolera las alturas mucho peor que el hipertónico. El enfermo con *hipotonía*, a una altura de 2.000 metros suele dormir muy mal, acusando palpitaciones cardíacas y vértigos, e incluso corre peligro su vida. Por mi parte, no creo que a los enfermos del corazón puedan fijárseles en este sentido, cifras absolutas, y de todos modos constituye una idea equivocada la de que un cardiópata corra peligro a una altura superior a 1.000 metros.

Conviene tener en cuenta estos hechos al elegir un balneario.

Fundamentalmente vale para los cardiópatas la regla según la cual todo proceder extremo y brusco debe considerarse equivocado y puede significar un peligro para el enfermo. Estos proceder bruscos son: los ejercicios gimnásticos fatigosos, practicados según el

dictado de la emisora de la radio; las duchas muy calientes o muy frías al hacer el aseo matinal, y sobre todo los cambios repentinos en la alimentación que hasta entonces era habitual al enfermo. Con toda seguridad, al organismo no le resulta provechoso el que bruscamente, de hoy a mañana, se le someta a una alimentación completamente distinta de la acostumbrada. Y precisamente en los últimos lustros se han puesto de moda los cambios repentinos en la alimentación. Al decir esto, me refiero especialmente al régimen con alimentos crudos y a la forma de alimentación marcadamente vegetariana. Una vez que un individuo se encuentra ya afecto de las manifestaciones demostrables de la arteriosclerosis, ya no será posible hacer desaparecer el proceso patológico por medio de semejantes medidas bruscas.

*El cardiópata en sus relaciones con las enfermedades
infecciosas agudas y crónicas*

El cuidado de los enfermos en el curso de una enfermedad infecciosa, sea aguda o crónica, constituye un asunto esencial y cotidiano. Aparte de las múltiples complicaciones que pueden ocurrir, el hecho de que el enfermo llegue a restablecerse por completo y a ser apto para el trabajo, depende de que la enfermedad infecciosa deje o no una alteración cardíaca en pos de sí.

Y desde este punto de vista, pasaremos una brevísima revista de las enfermedades infecciosas agudas y crónicas, una tras otra.

Determinadas enfermedades infecciosas ponen especialmente en peligro el corazón. Entre éstas ocupa la poliartritis reumática aguda el primer lugar, de la que podemos decir, que si bien conocemos perfectamente su cuadro clínico, sabemos en cambio muy poco del agente que la produce. Esta es la enfermedad infecciosa por excelencia, en lo que se refiere al hecho de enfermar en ella el corazón.

Los diferentes agentes de las enfermedades infecciosas, lo mismo los conocidos que los desconocidos, tienen diferentes sitios de predilección en la patología del aparato circulatorio. El agente desconocido de la poliartritis reumática prefiere el endocardio; siendo ésta la enfermedad primaria más importante, que da lugar secundariamente a una endocarditis localizada principalmente en la válvula mitral. Y teniendo en cuenta, que entre las válvulas mitral y aórtica hay anatómicamente relaciones de proximidad, se comprende que muchas veces enferme la válvula aórtica al mismo tiempo.

Los médicos pediatras observan mucho más frecuentemente que el médico práctico, la presentación de una endocarditis reciente durante el curso y después de una poliartritis. En cambio el médico práctico, ve con mucha mayor frecuencia los estados terminales de ésta. Respecto de este punto, sorprende ver la frecuencia con que la endocarditis de la mitral y de la aorta (que son las dos válvulas principales), pasan de un modo solapado y completamente desapercibidas. Para poder comprender este hecho expondremos las consideraciones siguientes: la poliartritis reumática que sigue un curso tumultuoso y con fiebre alta, obliga al enfermo a guardar cama y hasta a acudir al hospital, en donde precisamente, se le sujeta a una observación minuciosa. Pero llama la atención que los precursores de una endocarditis grave no sean estos casos clínicamente graves, sino los casos ligeros de este grupo patológico. Y muchas veces, las enfermedades monoarticulares más leves son las que algunas semanas más tarde, producen una alteración secundaria grave en la válvula mitral o en la aórtica, o en ambas a la vez, dejando definitivamente en pos de sí, un trastorno progresivo del funcionalismo valvular. Es frecuente que en un caso de lesión mitral grave, el médico sólo encuentre una anamnesis muy pobre.

La experiencia nos enseña que el proceso endocárdico, que es causa de alteraciones gravísimas en el aparato valvular y que después produce secundariamente cambios de forma en la masa del músculo cardíaco, sigue su curso con extraordinaria lentitud y de un modo solapado. Este proceso no llega a conocimiento del enfermo y apenas le produce molestias. Y con bastante frecuencia sucede que un buen día (podríamos decir, por casualidad), se descubre la existencia de una grave alteración valvular; así sucede, p. ej. en un niño, que al aprender la gimnasia, se queje de palpitaciones o cortedad de la respiración.

En un determinado caso, se producirá una insuficiencia aórtica; compruébase entonces un soplo diastólico largo, zumbante, y una silueta radiográfica de forma aórtica. El choque de la punta puede ser visible en la línea axilar, comprobándose su carácter impulsivo, que incluso puede percibirse a través de los vestidos.

En otro caso se produce una insuficiencia mitral simple, sin cambio marcado en la forma del corazón.

Y en un tercer caso, se comprueba un corazón globuloso y muy aumentado de volumen, con las aurículas muy dilatadas. El ventrículo izquierdo está hipertrofiado. En este caso tenemos ante nosotros el cuadro clínico de una insuficiencia mitral, acompañada de estenosis y de arritmia perpetua. En estos enfermos, predomina a veces la insuficiencia, y otras la estenosis; pero en lo que al trastorno funcional se refiere, lo predominante es siempre la estenosis.

Llama la atención el hecho de que el enfermo con una insuficiencia mitral simple cuente una larga anamnesis respecto del corazón, y es chocante que un joven con latido impulsivo de la punta, y que presenta una insuficiencia aórtica, pregunte si puede jugar al fútbol.

Finalmente, vemos a una muchacha que únicamente se queja algo de palpitaciones, y que por lo demás se siente muy bien. Al explorarla se encuentra, que sobre una base constituida por una estenosis mitral acompañada de una insuficiencia, existe un corazón bovino con una arritmia perpetua de gran frecuencia.

Esta observación acompañada de abundante casuística, ha sido expuesta en mi libro antes citado, «El cardiópata», en el que he desarrollado este problema, tan interesante para el médico. El por qué en nuestros enfermos del corazón encontramos este comportamiento paradójico, no sólo es inexplicable e incomprensible, sino también muy perjudicial para el enfermo mismo, constituyendo una

pregunta muy importante que diariamente nos hacemos y a la que se ha atendido poco en Clínica.

Llama mucho la atención el hecho de que el médico después de terminar sus exámenes, sepa tan poco de estas cosas esenciales y cotidianas referentes a los cardiópatas. En cuanto a este punto, se comprueba una discordancia en el plan de enseñanza universitario, en el que muchas veces se da excesiva importancia a la teoría y no se da bastante relieve a las necesidades prácticas. Y es que ni siquiera en la vida ordinaria, es fácil lograr que los médicos se pongan de acuerdo respecto de los cuadros sindrómicos en los enfermos del corazón. Esto se explica también, atendiendo a que en la mayoría de los libros de texto de enfermedades cardíacas, las descripciones están basadas en conceptos anatomo-patológicos.

Los trastornos funcionales (nos referimos al trastorno de funcionalismo en el sentido de *v. Bergmann*) no se describen en forma gráfica, sino que se recurre siempre a la base anatomo-patológica. Y sin embargo, una cosa es analizar teóricamente un soplo cardíaco, y otra muy distinta es que se conceda el primer lugar a la significación clínica de este soplo.

Para explicar esto, citaré un sencillo ejemplo: Al citar la casuística en las publicaciones científicas, por ejemplo, en un trabajo sobre la manera de actuar un preparado de digital, se lee que la observación hace referencia a un enfermo con hidropesía, *estenosis mitral* y arritmia perpetua. Al decir esto, se quiere indicar que se trata de enfermos con un *cor bovinum* y con una endocarditis en la válvula mitral, ya curada o que constantemente recidiva. El clínico que designa este cuadro sindrómico con el nombre de estenosis mitral, se pone espiritualmente al lado del anatomo-patólogo, que le explica que el orificio mitral no resulta permeable casi más que para que pase por él un lápiz. *Pero esto es lo que se comprueba en el cadáver.*

En cambio, la patología funcional es algo distinto de la anatomía patológica. En nuestros diagnósticos clínicos seguimos siempre con la costumbre de pensar con preferencia anatomo-patológicamente; y deberíamos cambiar de modo de pensar e imprimir exclusivamente un sello clínico a las ideas referentes a los trastornos de funcionalismo del corazón. De no hacerlo así, cada día será más difícil que haya acuerdo entre los médicos, y la materia de enseñanza resultará ser cada día menos clara.

Pero en realidad lo que sucede, es que en el transcurso de la vida, del 2° al 4° decenio, se desarrolla una endocarditis en la válvula mitral, que conduce *tanto* a una insuficiencia, *como* a una estenosis mitral. A medida que en la auscultación, dominaba el soplo presistólico rudo, aumentaba la participación de la estenosis en el trastorno del funcionalismo y retrocedía la de la insuficiencia mitral, que en sí misma resulta inofensiva en cuanto a perjudicar el funcionalismo.

Por consiguiente, el diagnóstico clínico basado en los datos comprobados mediante la radiografía, sería: ¿insuficiencia mitral + estenosis?

Este interrogante lo ponemos para indicar la inseguridad del que explora, que no quiere aún asegurar si la estenosis es esencial o no, hasta que llega el día en que sabe con seguridad que la estenosis es el síntoma más importante.

Entonces el cuadro clínico será: *estenosis + insuficiencia*. Pero tan pronto como se comprueben los datos clínicos de una *estenosis mitral* y el médico perciba un estremecimiento diastólico al aplicar apretadamente su mano sobre la punta del corazón (por lo tanto no necesite ni oírlo), existe siempre un componente estenósico que constituye un peligro para el enfermo, si bien para emitir este juicio, al médico le prestan también auxilio otros varios síntomas.

Una insuficiencia mitral con una dilatación de la aurícula izquierda, comprobable clínicamente, no existe. La insuficiencia mitral simple no complicada, conduce a una hipertrofia moderada del ventrículo izquierdo, pero en cambio, no conduce a una estancación notable en la aurícula izquierda. Este trastorno de funcionalismo, lo compensa el corazón mediante la hipertrofia del ventrículo.

Por el contrario, en la estenosis se desarrolla una estancación que por efecto del mecanismo compensador del corazón izquierdo, produce en la silueta radiográfica un abombamiento del segundo arco auricular izquierdo. Y sobre todo, no hay una insuficiencia mitral simple que se acompañe de pulso irregular perpetuo o arritmia perpetua.

Esto sucede sólo, y precisamente como regla general, en la *estenosis* mitral acompañada de insuficiencia; y con esto le queda claramente delimitado a cualquier médico práctico con experiencia, el cuadro clínico de la arritmia perpetua acompañada de estenosis e insuficiencia mitral, y del correspondiente cambio de forma del corazón.

Constituye un hecho trágico el que en este cuadro clínico, no se detenga la endocarditis prácticamente en su curso, sino que de un modo latente, presente por espacio de lustros una progresión, si bien muy tórpida. Cuanto más enfermo esté el corazón, desde el punto de vista clínico, tanto mejor reaccionará con la digital. Puede suceder que el pericardio tome parte en el proceso, pero por regla general no sucede así.

El pronóstico sobre el curso, antes citado, debe limitarse en el sentido de que todos los enfermos llegan a un estado final en el que ya no pueden ser auxiliados; pero en cambio, durante muchos años en el curso de su enfermedad, el síndrome perfectamente desarrollado: *estenosis mitral + insuficiencia + arritmia perpetua +*

bronquitis de estancación + tumefacción del hígado + edemas tibiales, y los síntomas subjetivos correspondientes a dichas lesiones, constituye el dominio en que mejores resultados se obtienen mediante la terapéutica digitálica y cardíaca.

Únicamente cuando por efecto de la estancación hepática crónica y la alteración cirrótica del hígado que se asocia con aquélla, aparezca por vez primera una ascitis, se podrá en principio empeorar el pronóstico en lo que se refiere a la posibilidad de una terapéutica activa.

Otra importante observación clínica de carácter esencial, es el comprobar que la coexistencia de una insuficiencia aórtica más bien mejora el cuadro clínico. Cuando esta insuficiencia se presenta, se oye de vez en cuando sobre la parte media del esternón al nivel de su segundo tercio, y al mismo tiempo que el ruido apenas definible dada la gran frecuencia y arritmia de los latidos cardíacos, un soplo diastólico más o menos suave, de larga duración y de carácter zumbante. Por lo que al trastorno del funcionalismo del corazón se refiere, la insuficiencia aórtica compensa en parte para el ventrículo izquierdo, el elemento negativo de la estenosis mitral.

En lugar de la descripción que acabamos de hacer, las descripciones que de las lesiones valvulares se encuentran en las obras de texto se basan casi siempre en el criterio anatómo-patológico.

En dichas descripciones, se favorece demasiado a la insuficiencia mitral ya que teóricamente se le da una importancia que en la práctica no tiene.

Y lo mismo puede decirse de la insuficiencia aórtica no complicada. *Tampoco ésta, en su forma pura, se acompaña nunca de pulso irregular perpetuo.* Pero al decir esto, no nos referimos a la insuficiencia aórtica sifilítica, sino a la *post-reumática*, que nunca da lugar a una arritmia perpetua, o sólo la produce en el momento en

que a consecuencia de una afección aórtica progresiva, se altera también la válvula mitral en el sentido de una estenosis.

Aquí nos referimos *especialmente* a las enfermedades post-reumáticas que conocemos como manifestaciones consecutivas a las enfermedades infecciosas agudas. Sólo más adelante hablaremos de las enfermedades infecciosas crónicas y al decir esto, hacemos referencia principalmente a la aortitis crónica específica. Esta produce muy frecuentemente una insuficiencia aórtica, pero al mismo tiempo produce siempre una alteración del miocardio. Sin embargo, separaremos aquí intencionadamente este cuadro morboso de los otros cuadros análogos, que también pueden acompañarse de arritmia perpetua a consecuencia de una alteración del miocardio.

Volviendo a las enfermedades infecciosas, diremos que la práctica nos enseña que la lesión mitral combinada que se acompaña de arritmia perpetua, (al mismo tiempo que se comprueban en el corazón los correspondientes cambios de forma) constituye la enfermedad del aparato circulatorio que más frecuentemente se presenta en los cardiópatas jóvenes.

Constituye una discusión estéril el empeñarse en analizar los soplos, en un caso de arritmia perpetua de gran frecuencia, existiendo la antedicha lesión valvular de la mitral. Por mi parte, creo que esto no es posible.

Por el contrario se puede ver, si se percibe de vez en cuando un soplo diastólico sobre la parte media del esternón. En efecto, si esto sucede, entonces se sabe que el proceso endocárdico se ha propagado a la válvula aórtica, y que tenemos que habérmolas con una insuficiencia aórtica. En las obras de texto es designado este cuadro morboso con el nombre de estenosis mitral, no correspondiendo tal designación a la realidad de los hechos. Lo que en ellas se hace es analizar teóricamente una lesión valvular, pero no comprender en

su conjunto el cuadro morboso de gran importancia bajo el punto de vista práctico.

Los esfuerzos del autor para presentar el problema en una forma más sencilla de lo que se hace en los libros de texto, tienen su origen en el hecho de que al médico joven, le parece siempre demasiado difícil la Patología del aparato circulatorio. Y sin embargo es necesario que la conozca, ya que puede muy bien suceder que los enfermos cardíacos representen, un día u otro, los más importantes enfermos de su clientela.

Si el autor se esfuerza en lograr una simplificación, no es porque le pase inadvertida la complejidad del problema, sino porque la conoce. Pero en interés de la práctica, deberá vencerse esta complejidad. El camino a seguir en el porvenir no es el de instituir la supremacía del especialista del corazón y el de hacer desaparecer a los médicos generales formando en su lugar una serie de especialistas, sino el de formar y educar médicos prácticos que posean conocimientos especializados.

Que el cuadro que antes se ha descrito no constituye una construcción personal del autor, sino que corresponde a la realidad de la vida, nos lo demuestra el hecho, de que en el despacho del médico y a la cabecera del enfermo se observe el cuadro sindrómico puro de la estenosis mitral *sin* insuficiencia mitral y *sin* arritmia perpetua, *sin* estasis hepática y *sin* edema; en una palabra, *sin* manifestaciones de insuficiencia periférica. Este cuadro clínico de la *estenosis mitral pura, sin trastornos del ritmo*, lo he dado a conocer repetidamente en la literatura y, en el capítulo II de este libro lo he puesto expresamente frente por frente de la angina de pecho, porque ambos cuadros sindrómicos, tan extraordinariamente importantes en la práctica, son juzgados muchas veces equivocadamente en lo que se refiere al papel que deben representar.

En el cuadro sindrómico de la estenosis mitral pura, se comprueba en el electrocardiograma una elevación de la onda P y en la radiografía un abombamiento del segundo arco auricular izquierdo y muchas veces, ni siquiera está el ventrículo izquierdo hipertrofiado.

La aptitud funcional del corazón está siempre muy disminuida y la capacidad de trabajo de los enfermos, gravemente perjudicada. Compruébase siempre un soplo o un estremecimiento presistólico.

Prácticamente este cuadro morboso es muy importante, y se presenta mucho más a menudo de lo que hasta ahora se pensaba. En caso de que el proceso endocárdico inflamatorio no se detenga en su curso, a medida que pasen los años *puede* transformarse esta afección en una estenosis mitral con insuficiencia y con arritmia perpetua, aunque tal hecho constituye una rareza. Al decir esto, se nos ocurre una idea a la cual hasta el presente, al querer formar juicio sobre el corazón de un hombre de 20 ó de 30 años de edad se le ha dado poca cabida en nuestra inteligencia. Los enfermos dicen con cierta naturalidad, que han sufrido todas las enfermedades que puedan sufrirse en la infancia, pero que por *lo demás han estado siempre buenos*.

Rara vez se piensa en que las enfermedades infecciosas que se pasan durante los dos primeros años de la vida, o incluso una enfermedad infecciosa grave que sufra la madre durante el embarazo, puedan perjudicar alguna que otra vez el endocardio del niño, aunque sea transitoriamente. Y si bien verdaderamente no es corriente que así suceda, de todos modos debemos pensar en que la estenosis mitral pura sin trastorno del ritmo, pueda quizás ser la manifestación de los restos de una endocarditis de la válvula mitral, sufrida en la primera infancia y que sólo se manifiesta después de la pubertad, en el 2º o en el 3º decenio de la vida. Muchas veces com-

probamos en la anamnesis de estos enfermos, que las molestias cardíacas se manifestaron por ejemplo después de una angina de apariencia banal. En tales casos queda la sospecha de que los agentes infecciosos de la angina hayan reactivado el proceso endocárdico.

Estas disquisiciones fundamentales las hemos hecho después de tratar de la endocarditis que se produce a consecuencia de la enfermedad infecciosa más frecuente, que es la poliartritis reumática aguda. Clínicamente podría también incluirse en este grupo la angina lacunar corriente, ya que muchas veces esta angina se encuentra en la anamnesis relativa a la causa de la endocarditis.

Tanto desde el punto de vista clínico como del anatomo-patológico, conocemos perfectamente las diferentes enfermedades infecciosas en cuanto al modo especial de comportarse cada una de ellas con respecto a afectar el corazón. En cuanto a afectar el endocardio, tienen importancia la angina, la poliartritis reumática, la escarlatina y en general, todas las enfermedades infecciosas pasajeras que corresponden al grupo de los exantemas agudos.

La difteria daña especialmente al vago y al miocardio; y la muerte súbita (por el corazón) después de la escarlatina, es conocida con el nombre de parálisis del vago.

Entre las enfermedades infecciosas que alteran el miocardio, ocupa el primer lugar el tifus exantemático. En esta enfermedad, se produce muchas veces la muerte al 10° ó 12° día, directamente por una miocarditis aguda grave, y presentando el enfermo temperaturas extraordinariamente elevadas. Si los enfermos salen con vida de este trance, les queda después una miocarditis crónica.

Asimismo, el miocardio se afecta frecuentemente en el tifus abdominal. Trátase en este caso de alteraciones inflamatorias genuinas en el tejido muscular cardíaco, que pueden curar con formación de cicatrices y con disminución de la fuerza del corazón. Y lo mismo

que decimos respecto del tifus abdominal, puede aplicarse a la alteración del miocardio consecutiva al tifus exantemático.

El tifus abdominal puede ser citado como ejemplo, de que debido a la penetración del veneno, que ocurre por efecto de la infección, no es solamente el corazón el que resulta amenazado, sino la circulación en su totalidad. El médico teme tanto la debilidad de los vasos motores o la parálisis de los mismos en el territorio de los grandes vasos abdominales, como la parálisis cardíaca aguda. Al decir esto no nos referimos a la grave hemorragia a que una úlcera intestinal abierta puede dar lugar en la tifoidea, sino que nos referimos a los enfermos que repentinamente se colapsan, presentando todos los signos de una debilidad vascular genuina. Muchas veces, en estos casos puede salvarse la vida al enfermo si se le administran analépticos enérgicos, p. ej., grandes dosis de *Cardiazol*, asimismo alcohol y caféina.

Bruscamente puede presentarse una debilidad vasomotora de origen central y en sentido inverso se debe también pensar que el endotelio de los vasos sanguíneos y las terminaciones nerviosas son intoxicadas directamente a partir de la periferia. Probablemente, ambos mecanismos intervienen a un mismo tiempo. Pero en realidad, todo enfermo infeccioso acaba por morir exclusivamente por parálisis cardíaca, en cuya producción juega un gran papel la neumonía postinfecciosa, al dar lugar a una grave dificultad circulatoria para un corazón que en sí mismo está ya alterado.

En todas las enfermedades infecciosas, aparte de los medios que se han de usar para combatir las, lo que en primer término exige toda nuestra atención es el sistema circulatorio.

Recientemente, en el tratamiento de la tifoidea se han recomendado grandes dosis de estrofantina; y si bien respecto de este punto no tengo experiencia personal, por lo menos sé con seguridad, según

mis propias observaciones, que el obtener con la digital efectos realmente favorables, presupone la existencia de una alteración crónica del miocardio.

En las enfermedades infecciosas agudas no he visto buenos resultados con la administración de los preparados de digital, como no sea el de tranquilizar al médico que trata al enfermo. Tal afirmación se aplica especialmente a los enfermos que se encuentran en los tres primeros decenios de la vida.

Otra cosa sucede con los enfermos que han pasado ya del 4º decenio. En este caso, las dosis pequeñas de *Digipurátum* que al mismo tiempo se administren, nos prestan excelentes servicios, debido quizás a que actúan contra una alteración de tipo latente, que exista en el miocardio. Al contrario, en ninguna enfermedad infecciosa (en caso de durar ésta mucho tiempo) se podrá renunciar al *Cardiazol*, a la cafeína, al alcanfor y al alcohol, es decir, a los analépticos, administrados por vía oral. En caso de colapso, constituye la estrofantina un enérgico analéptico para los vasos. Pero por mi parte, creo que las dosis altas de *Cardiazol* dan aún mejores resultados, especialmente por su acción sobre el hacecillo atrio-ventricular, que muy frecuentemente se halla alterado en las enfermedades infecciosas. En efecto, vemos que incluso después de anginas leves, los enfermos no se reponen del todo, y que a pesar de encontrar al corazón completamente normal a la exploración, se comprueba en el electrocardiograma que el tiempo de conducción está alargado. Al ver esto, llegamos al conocimiento de que el enfermo tiene una alteración post-infecciosa en el miocardio.

En este caso no se obtienen efectos seguros con el tratamiento por la estrofantina. Y así como a un enfermo infeccioso excitado y que esté próximo a sufrir un colapso, yo no tendría ningún reparo en darle una inyección intravenosa de *Cardiazol* y morfina o de Car-

diazol y Dilaudid, en cambio, desisto de practicarle una inyección intravenosa de estrofantina.

Todos conocemos la taquicardia de la septicemia. Esta taquicardia no puede ser vencida por la digital y precisamente en la septicemia nos convenceremos repetidamente que la digital no ejerce acción alguna sobre la producción y la conducción del estímulo, ni sobre el funcionalismo del miocardio.

Y sobre todo, habrá que ir con cuidado en emplear un tratamiento digitálico «agresivo» inmediatamente después de una escarlatina o de una difteria. Basándonos en las consideraciones que exponemos respecto del «*funcionalismo como puente*», del *hacecillo atrio-ventricular*, vemos claramente cuáles son los motivos que exigen dicha prudencia. En efecto, no sabemos en qué estado se encuentra el nódulo atrio-ventricular, y es posible que por la administración de la digital reforzemos aún más un proceso post-infeccioso que radique en este punto. En cambio sabemos con toda seguridad, que administrando el Cardiazol, mejoraremos las condiciones en el nódulo atrio-ventricular. Deberá constituir una regla general, la de que después de toda enfermedad infecciosa, aunque sea ésta ligerísima e incluyendo en este grupo la gripe, se practique nuevamente una exploración detenida del enfermo después de transcurridas algunas semanas.

El simple hecho, de que después de haber padecido una enfermedad infecciosa, se comprueben *por vez primera* «extrasístoles», hace que se intensifique la vigilancia del enfermo, sometiéndolo a una exploración clínica detenida.

Al lado de las enfermedades infecciosas agudas, en lo que al corazón se refiere representan un importante papel las enfermedades infecciosas crónicas.

Es digno de consignarse el hecho de que en este sentido, le co-

responde a la tuberculosis un papel insignificante, mientras que la sífilis tiene la mayor importancia. Desde que el Salvarsán se impuso, el tratamiento se instituye mucho antes y con mayor eficacia, cambiando desde entonces el cuadro clínico de las afecciones sífilíticas del corazón y de los vasos. Los grandes aneurismas se han hecho más raros, y el curso de la mesaortitis y de la miocarditis sífilíticas es más favorable que en otros tiempos. Este hecho resulta cierto, por lo menos con respecto a Alemania. En América del Sur tuve todavía ocasión de ver grandes aneurismas con corrosión de la pared torácica; en la actualidad, ya casi no se observa este cuadro en Alemania.

Además de la sífilis, tienen importancia para el corazón todos los focos infecciosos crónicos del organismo, y tal afirmación resulta particularmente aplicable a las enfermedades crónicas y purulentas de las raíces dentarias. En la actualidad, son muchos los que temen un empaste excesivo de las muelas. Además puede suceder que en muelas que están perfectamente conservadas, se formen focos bacterianos muy tóxicos, de anaerobios; estos pequeñísimos focos son conocidos por los odontólogos con el nombre de «*granulomas*», y únicamente con los rayos Röntgen ha sido posible lograr diagnosticarlos de un modo seguro. Muchas veces, al proceder a la resección de una raíz, sólo encontramos en ésta una pequeñísima gota de un pus maloliente. Como es sabido, en Norteamérica se sigue un procedimiento muy radical, y con objeto de aniquilar cada foco infeccioso se extraen todas las piezas dentarias. En forma moderada, se ha aprendido mucho en Alemania de estos conocimientos norteamericanos. Realmente dependen muchas veces miopatías gravísimas del estado de los dientes; y si en un determinado caso, se reconoce esta relación demasiado tarde, entonces no servirá ya para nada la extracción dentaria. Al médico no le resulta fácil el tomar una decisión en tal sentido, pero una vez que por la exploración se comprueben altera-

ciones cardíacas, entonces es ya demasiado tarde para tomarla. Por consiguiente, nos atendremos a la regla de *llevar siempre a cabo un examen de los dientes*, y de disponer que en todos los casos, sean extraídas las piezas dentarias sospechosas de granulomas, porque el verdadero tratamiento en estos casos, es la profilaxis precoz.

Lo mismo puede decirse de las *amígdalas*. En los últimos 20 años se ha llegado al conocimiento de que no solamente debía temerse la angina lacunar aguda, con o sin formación de absceso, sino también y sobre todo, la tonsilitis crónica. Mediante la simple inspección no es posible formarse un concepto respecto de si las amígdalas se encuentran o no en estado de inflamación crónica. En cuanto a este punto, quien ha de decir la última palabra es el especialista en enfermedades de la garganta y de la nariz. Las amígdalas destruidas por una inflamación crónica mandan sin interrupción pequeñas cantidades de veneno al torrente circulatorio, al mismo tiempo que se daña el miocardio; y precisamente a través de esta vía pueden producirse miopatías gravísimas, que por espacio de años enteros no ocasionan molestia alguna. Por esta razón es por lo que muchas veces es importante, el practicar pronto y con todas las reglas del arte una extirpación total de ambas amígdalas. Con todo, no debemos tampoco exagerar el valor de esta intervención, y como principio, extirpar las amígdalas en todos los casos. Es bien conocido el íntimo parentesco existente entre la poliartritis reumática y la angina lacunar, pero con toda seguridad es un error el considerar como «*sedis morbi*» (sitio de la enfermedad), en un caso las articulaciones y en otro las amígdalas. Siguiendo en esto el criterio de *v. Krehl*, no consideramos la neumonía como una enfermedad del pulmón, sino como una infección por neumococos o por bacilos de la neumonía, por así decirlo, como una reacción focal en el pulmón. Y en este sentido tampoco una angina es una enfermedad de la garganta ni una

enfermedad local, sino que indica siempre que todo el organismo fué invadido por agentes productores de fiebre—apareciendo manifestaciones en las amígdalas.

Por esta razón es por lo que somos tan cuidadosos con el corazón, tanto en las enfermedades agudas como en las crónicas. Y se comprende que lo seamos, ya que nosotros no podemos ver el corazón, y cuando se empiezan a producir síntomas por parte de la circulación, es ya con frecuencia demasiado tarde.

Entre las enfermedades infecciosas crónicas, hemos de tener en cuenta cierta forma de la poliartritis crónica reumática, que muchas veces se da a conocer únicamente por el cuadro de «dolores reumáticos». Con este nombre designamos las recidivas ligeras que se presentan en un individuo que anteriormente ha tenido una poliartritis reumática aguda genuina.

Sé de individuos que sufrieron por vez primera en el 3^{er} decenio de la vida, una poliartritis reumática genuina, que ni siquiera fué muy grave y que en muchos casos, incluso fué monoarticular. Desde entonces, cada invierno tienen un pequeño brote, que no llega a ser motivo de que acudan al médico—y de un modo solapado se desarrolla en estos enfermos una endocarditis. Un buen día se descubre en ellos la existencia de una endocarditis grave o de una bradicardia acompañada de un trastorno de conducción, sin que ni la atención del médico ni la del enfermo se vean suscitadas por el hecho de haber existido previamente una enfermedad infecciosa aguda. Recientemente se ha dedicado especial atención al estudio del denominado reumatismo muscular, hasta el punto de que en Alemania, se ha fundado una Sociedad dedicada a la investigación de esta enfermedad reumática. En la actualidad se sabe que en ella se encuentran alteraciones «genuinamente» inflamatorias en las fibrillas musculares: miositis aguda y miositis crónica. Ahora bien,

no sabemos todavía si estas enfermedades musculares reumáticas afectan también al endocardio o al miocardio.

En cuanto a la influencia que sobre la circulación ejercen las enfermedades infecciosas que suelen presentarse en los países tropicales y subtropicales, diremos que en Alemania carecemos aún de experiencias fundamentales que nos permitan formar juicio respecto de este punto. Me llama la atención el hecho de haber visto repetidamente individuos que después de haber sufrido una malaria grave, no presentaban alteración alguna circulatoria; pero es lo cierto que tampoco la malaria corresponde al grupo de las enfermedades infecciosas de que aquí hablamos. No son bacterias sino plasmodios los que producen en esta enfermedad los accesos febriles. Y si hubiéramos temido que la malaria alterara la circulación, tampoco hubiera podido llevarse a cabo con tanto éxito el tratamiento de la parálisis progresiva por la malaria, propuesto por Wagner-Jauregg. Con el tratamiento por la malaria y por la fiebre recurrente somos dueños de producir una fiebre artificial «experimental», que a voluntad podemos extender y dominar, pero esta fiebre no tiene en realidad nada que ver con la de las enfermedades infecciosas.

No sabemos si la anemia perniciosa y las demás enfermedades de la sangre, p. ej., la leucemia, son o no de naturaleza *infecciosa*. Pero en cambio, sabemos con seguridad que en las enfermedades de la sangre propiamente dichas, que se acompañan de destrucción del cuadro hemático blanco o rojo, generalmente se halla alterado el miocardio, produciéndose en éste infiltrados leucémicos o focos isquémicos, y procesos degenerativos. Por otra parte, por efecto de la destrucción del cuadro hemático se perjudica el acarreo normal de oxígeno y de líquidos nutritivos al corazón.

A las enfermedades infecciosas crónicas tenemos que añadir la acción crónica de los venenos.

Hay un gran número de profesiones que, en caso de ser en ellas defectuosa la higiene correspondiente, pueden perjudicar al obrero y a su aparato circulatorio. A medida que progresa la industrialización y el tecnicismo del trabajo, pueden producirse en éste nuevas sustancias venenosas. Antes, los venenos clásicos eran el plomo, el arsénico y el mercurio; pero ya hace muchísimo tiempo, que los cuadros clínicos producidos por estos venenos han dejado de exponerse en las aulas universitarias, debido a las medidas de precaución a que obliga la legislación. A medida que se hagan nuevos descubrimientos, puede aparecer el día de mañana un nuevo veneno, que ahora llamaremos «X» y que quizás resulte peligrosísimo para el aparato circulatorio.

Como es sabido, el veneno más fuerte que existe, es el cianógeno, el cual, en el transcurso de pocos minutos, paraliza el proceso fisiológico que se conoce con el nombre de respiración de los tejidos. Y no sabemos qué sustancias tóxicas pueden aún descubrirse que resulten todavía más venenosas.

Entre las intoxicaciones crónicas, representan un importante papel las que tienen su origen en el metabolismo intermediario. Como ejemplo, citaremos las sustancias tóxicas que se producen en la *gota*, que con toda seguridad, no están representadas únicamente por el ácido úrico de la sangre. Bajo la influencia de la *gota*, aguda o crónica, que clínicamente se manifiesta como una enfermedad articular y en la que tienen importancia los depósitos de ácido úrico en las articulaciones, al mismo tiempo que se destruyen las superficies articulares, se produce un corazón gotoso; pero además hay un riñón gotoso y una forma de hipertensión que está en relación con la *gota*.

Esto constituiría un ejemplo de una acción tóxica de naturaleza crónica, originada por el metabolismo intermediario.

Algunas mujeres enferman a consecuencia de un *mioma*. En esta afección se trata de un crecimiento anormal de las células musculares del útero de naturaleza benigna, crecimiento que a veces toma proporciones enormes y que hace el efecto de un embarazo crónico. *El corazón miomatoso* y la presión arterial aumentada por efecto del mioma, es otro ejemplo de la acción tóxica crónica de que hablamos.

Y como tercer ejemplo de ella, tenemos la degeneración de la *glándula tiroides*. A veces vemos que en la tireotoxicosis se presentan molestias cardíacas con taquicardia, y se comprueba un soplo sistólico claro de carácter funcional, producido por cambios en el tono del corazón, y no por alteración inflamatoria en las válvulas. Y otras veces encontramos un choque de la punta impulsivo y un aumento de tamaño en la silueta cardíaca, y por existir un bocio, hacemos el diagnóstico de *corazón bocioso*.

De lo dicho hasta aquí se desprende, que en realidad, el corazón nunca enferma de un modo primario.

Pero en cambio, se afecta muy a menudo secundariamente después de haber sufrido el individuo una enfermedad infecciosa aguda, grave o leve. Respecto de este punto, la experiencia nos hizo ver que en lo que al corazón se refiere, las enfermedades infecciosas agudas y graves, se comportan muchas veces en forma más benigna que las formas subagudas y ligeras. Pero al lado de las enfermedades infecciosas agudas, vimos también actuar las infecciones crónicas, de curso muchas veces latente.

Y finalmente, a éstas seguían las formas patológicas primarias que ni siquiera corresponden al grupo de las enfermedades infecciosas—*venenos, gota, mioma y bocio*—y que a su vez amenazan secundariamente al corazón. Para terminar, citaremos el alcohol como veneno de acción crónica, que no solamente puede destruir el hígado y los riñones, sino que puede también dar lugar a una degeneración

genuina del miocardio. En estos casos representa un papel decisivo la resistencia individual del organismo o su hipersensibilidad. Pero esta predisposición que es hereditaria, tiene probablemente también gran importancia para decidir la suerte que ha de caberle al corazón ante las infecciones agudas o crónicas.

Por último, hay que pensar que un corazón que ha sido ya una vez afectado por una enfermedad infecciosa, seguirá siempre siendo un «*locus minoris resistentiae*» para el correspondiente individuo. Esta afirmación podemos incluso aplicarla en el caso de que éste se conserve completamente sano durante varios decenios. Este individuo se hallará siempre expuesto a que cualquier nueva infección vuelva a atacar el corazón, ya anteriormente lesionado.

Al decir esto, damos por sentado que el mismo hombre en el presente caso, no hubiera enfermado si no hubiera sido dañado con anterioridad.

Y aquí recogeremos de nuevo la idea antes expuesta, de que desgraciadamente, con nuestro examen anamnéstico, averiguamos menos de lo debido, con respecto de las llamadas *enfermedades de los niños*. En efecto, lo natural es pensar *que una infección grave, padecida en la primera infancia, perjudica al corazón, todavía muy delicado y no acostumbrado a sufrir influencia alguna, sin que nadie se dé cuenta de ello.*

Esto constituiría un plausible modo de explicar el hecho esencial y cotidiano de que al lado de los individuos con el corazón sano, veamos también tan gran número de cardiópatas.

Esta explicación es valedera si se tiene en cuenta que un determinado individuo adulto que esté sometido a iguales condiciones de vida que sus semejantes, y que por lo tanto, se halle expuesto a los mismos peligros que éstos (*enfermedades gripales, inflamaciones de la garganta, etc.*) *pueda a pesar de todo mantenerse con el corazón sano.*

Cada día estamos expuestos a las infecciones, sin enfermar del corazón o del aparato vascular. Pero, en mi concepto, cuando durante la primera infancia el corazón ha sido dañado por alguna de las llamadas enfermedades de la infancia, en lo sucesivo, a pesar de que en apariencia esté completamente sano, queda como un *órgano accesible a toda clase de infecciones*.

Quizás esté justificado admitir, que los individuos especialmente dañados constitucionalmente o por efecto de una infección sufrida en la primera infancia, sean propensos a enfermar de endocarditis lenta. Como es sabido, la infección por los estreptococos viridans constituye para el corazón, la enfermedad infecciosa más grave y que permite concebir menos esperanzas. Estos enfermos mueren después de estar padeciendo durante 1 ó 2 años.

Por lo tanto, nos atenemos por nuestra parte a la idea de un *locus minoris resistentiae* para el corazón adquirido en la infancia, y que está en *relación causal con las enfermedades infecciosas*.

Y para terminar, y con objeto de evitar cualquier equivocación insistiremos en el tratamiento de la circulación en las enfermedades infecciosas, diciendo unas pocas palabras sobre este punto.

Hemos dicho, que recientemente en la literatura, se recomienda dar grandes cantidades de estrofantina, p.ej., en la tifoidea. Realmente, en toda enfermedad infecciosa de larga duración, cualquiera que sea la causa que la produzca, el más importante deber que tiene que cumplir el médico, es siempre el de auxiliar a la circulación. Esto lo mismo puede decirse respecto de una neumonía crupal que de un tífus abdominal. Cuanto más tiempo dure la enfermedad infecciosa, tanto más cuidado deberá ponerse en vigilar la circulación.

Pero en la edad juvenil y tratándose de las alteraciones agudas del miocardio y del endocardio, hasta ahora no he visto nunca resultados favorables de un tratamiento digitálico mantenido du-

rante mucho tiempo. Y es que la mayoría de las veces, lo que domina en el cuadro clínico es la debilidad vaso-motora, o cuando se trata de una endocarditis inicial (septicemia), un pulso pequeño y muy frecuente, fracasando la digital en estos casos.

En cambio, deben imprescindiblemente usarse toda clase de analépticos. Entre ellos, ocupa los primeros lugares el Cardiazol, alcanfor, cafeína, siendo el Cardiazol el predilecto de esta serie por la facilidad con que puede aplicarse, junto con la cafeína y con el aceite alcanforado. Muchas veces obtenemos también excelentes resultados con la combinación Cardiazol-Quinina, porque la quinina es un febrífugo que goza de fama desde la antigüedad, siendo muchas veces necesario hacer bajar un poco la temperatura. Para esto tenemos a mano un medicamento sencillo y muy activo como es el *Cardiazol-Quinina* «Knoll».

Otra cosa sucede cuando en individuos de edad avanzada se presenta una enfermedad infecciosa acompañada de fiebre alta y se empieza muy pronto con un tratamiento prolongado con la digital, porque es posible que en este caso se trate al mismo tiempo y con oportunidad, una alteración o una debilidad del miocardio que existiera con anterioridad.

*El cardiópata desde el punto de vista de sus relaciones
con el clima, medio ambiente, accidentes, y también con
sus costumbres y vida de relación*

El cardiópata se halla bajo la dependencia de sus costumbres; y es que precisamente son las costumbres las que determinan la suerte del cardiópata. Al decir «costumbres» no nos referimos únicamente a la alimentación, sino que con tal nombre designamos también la manera de repartir cada individuo su trabajo, de distribuir las horas del día, de satisfacer en grado suficiente su necesidad de dormir, de su comportamiento en cuanto a lo sexual, y de que sepa o no mantenerse apartado de las influencias nocivas.

Todo ello depende en gran manera del carácter que tenga el cardiópata, de su criterio y de su fuerza de voluntad, pero también depende mucho del médico de cabecera y de los deudos del enfermo. Muchas veces las personas que rodean al cardiópata no tienen criterio o carecen en absoluto de sentido común, sucediendo con frecuencia que las prohibiciones del médico son excesivamente severas o lo son demasiado poco.

Tiene gran importancia el grado de confianza que el enfermo tiene en su médico. Este por su parte debe estudiar y comprender la personalidad de cada uno de sus enfermos, y no debe obligarles a aceptar como reglas de vida, los preceptos dogmáticos sacados de los libros de texto.

A un cardiópata que tiene que cuidar de su corazón no se le

formularán prohibiciones de orden general, y no se le dirá p. ej.: «de ahora en adelante no debe V. inclinarse hacia delante», «no debe V. excitarse», «no debe V. cansarse»; «manténgase tranquilo y tenga cuidado consigo mismo».

Todas éstas son frases completamente vacías, y verdaderas imposibilidades que se exigen a un enfermo.

El médico debe averiguar cuáles son las diversas influencias nocivas que actúan en la vida del enfermo. Ningún enfermo atenderá a las frases generales que se le dirijan, sino que por ejemplo, a un enfermo cardíaco que esté amenazado de una angina de pecho, se le prohibirá llevar objetos pesados, correr para coger un tranvía eléctrico, tomar duchas de vapor ruso-romanas, beber vinos fuertes, y se le aconsejará cuando sea necesario, que se haga quitar las botas por otra persona.

Estas son prohibiciones concretas, que tienen su sentido y que pueden ser atendidas. Pero de todos modos, deben ser siempre adaptadas a las costumbres de cada enfermo.

En cuanto a la clase de alimentación, es más conveniente dar a los enfermos una nota en la que sólo conste lo que les está rigurosamente prohibido, diciéndoles que todo lo demás les está permitido. Este modo de proceder es sencillo para el médico y para el enfermo. A los cardiópatas debe siempre incitárseles a que tomen poca sal y pocas especias en las comidas, y a que coman poco. No se hace bien al limitar a todos los cardiópatas la ingestión de líquidos, diciéndoles: «no beba V. más de un litro al día». Generalmente tal prohibición resulta del todo innecesaria y es causa de que algunos enfermos se vuelven hipocondríacos; se pesan diariamente, miden cuidadosamente las cantidades de orina que emiten, y esperan el momento de ponerse «hidrópicos». Los consejos que se den a los cardiópatas deben adaptarse en absoluto a cada caso.

Respecto al régimen de vida de los cardiópatas constituye un punto importante la reglamentación de su alimentación. Al médico le incumbe el averiguar cuáles son los hábitos del cardiópata en lo que a la comida se refiere, y el corregirlos con buen criterio. El cardiópata debe comer con frecuencia y en poca cantidad cada vez, con objeto de no llenar demasiado su estómago. La elevación del lado izquierdo del diafragma, después de las comidas, puede producir un ataque de angina de pecho en un individuo predispuesto. Y tan importante como el control de la alimentación, es el reglamentar la evacuación intestinal que ha de ser diaria y abundante.

Pero constituye un proceder completamente erróneo establecer el régimen alimenticio de los enfermos dogmáticamente, basándose en determinadas asociaciones de ideas. La ideas de «cardiópatas» y «limitación en la ingestión de líquidos» no siempre deben ir asociadas. En los últimos diez años, la dietética ha tomado un carácter científico; y en la actualidad, se deben evitar a toda costa las exageraciones. El médico debe pensar que lo juicioso es transformar un régimen alimenticio equivocado en uno acertado. Valiéndonos de una comparación, diremos: una estufa vieja no puede repentinamente cargarse con combustible moderno. Y realmente, no es conveniente que un cardiópata antiguo, sea alimentado repentinamente con vegetales, basándose para hacerlo, en que quizás intervenga en él un componente gotoso. Y aún peor que ésta es la idea de la alimentación cruda. A un enfermo no puede alimentársele durante mucho tiempo con sustancias crudas. Tampoco puede decirse que el jugo de ajo sea una panacea contra la arterioesclerosis. Una cocina vegetariana cuidadosa es más cara que una mixta burguesa, ya que exige de la cocina mucho más de lo que el médico se figura. Asimismo constituye un dogma equivocado el de comer mucha fruta. Por lo que a este punto se refiere, los nuevos conoci-

mientos relativos a las vitaminas resultan más perjudiciales que beneficiosos.

Lo que sucede en la práctica es que el enfermo cree que la fruta es una cosa sana, y por este motivo se toma 1 ó 2 libras de fruta, además de su comida, sobrecargando de este modo su estómago y su circulación, en lugar de procurarles descanso. Completamente diferente es lo que sucede con el día a régimen exclusivo de fruta, estando el individuo necesariamente en cama, o también el día a régimen exclusivo de té, o el día de verduras. Estos sí que son días de verdadero descanso para el enfermo.

En lo que se refiere a las prescripciones dietéticas, no sabemos muchas veces en la actualidad, *donde empieza el criterio puramente filosófico y donde acaba el científico—y viceversa.*

En cuanto al médico, yo le aconsejaría que se mantuviese siempre en un justo término medio: *¡in medio tutissime ibis!*, ya que los enfermos tienden siempre a los extremismos.

Por el contrario convendrá siempre (como antes se ha dicho) que al paciente se le dé poca cantidad de sal y pocas especias.

Por el hecho de encontrar una ligera alteración de la orina no se le obligará al cardiópata a comer sin sal por espacio de meses enteros. Téngase en cuenta lo que diría el médico si a él le prescribiesen tal régimen. En cambio resulta factible en la práctica, el intercalar 3 ó 4 días seguidos sin sal en un espacio de tiempo de 10 a 14 días, ya que con ello el enfermo se va poco a poco acostumbrando a la prohibición. Pero, de todos modos, la cuestión relativa a la alimentación debe siempre reglamentarse de un modo individual. En el domicilio del cardiópata debe haber una báscula de precisión. Generalmente basta pesar al enfermo *una vez por semana.*

Algunos cardiópatas, especialmente los que tienen una miocarditis crónica arterioesclerósica, y sobre todo sin tendencia a la hi-

dropesía, suelen adelgazar en el estadio final de su enfermedad, en cuyo caso tiene especial importancia la vigilancia del régimen dietético. Basándome en mis experiencias, creo que de todas las prescripciones destinadas a cambiar las costumbres del cardíopata, la más importante en caso de empeoramiento, es el hacerle guardar cama y el someterle a una alimentación suave.

Pero en principio, resultan equivocados todos los procederes que, como si fueran una «confección científica», y no precisamente «hecha a medida», le sientan al enfermo como un vestido mal hecho.

Cuando mayor responsabilidad tiene el médico, es al decidir si un cardíopata debe o no abandonar su trabajo habitual.

Si el cardíopata es algo prudente, por mi parte le dejo que siga trabajando el mayor tiempo posible. Son muchos los médicos que no piensan en que el cardíopata sin trabajo se convierte en un inepto para la vida. En todo caso, el mismo enfermo se encargará de dejar el trabajo cuando el trastorno circulatorio alcance un grado elevado.

En principio, el médico deberá lo mejor que sepa, hablar del pronóstico con un miembro de la familia, que sea de su confianza.

Pero esto debe hacerlo una sola vez, expresándose muy severamente y con gran sinceridad. Si no lo hace así, hay el peligro de que los deudos del cardíopata se asusten, y esperen que de un momento a otro, le pase al enfermo algo desagradable. Esta tesis podemos también enunciarla del siguiente modo:

Supongamos el caso de que el estado grave del cardíopata obligue al médico a hacer un pronóstico absolutamente pesimista. Este pronóstico pesimista se basa en los conocimientos científicos del médico; y estos conocimientos relativos a la Patología del corazón y de la circulación, los comunica el médico *una vez* a uno de los deudos. Pero por otra parte, en cuanto a su comportamiento ulterior ante el enfermo, el médico independientemente de tales conocimientos,

deberá tratar a los enfermos con optimismo, ya que sin él no se puede prestar auxilio a ningún enfermo. Y este optimismo nace de la misma personalidad del médico y del modo como éste ve las cosas del mundo. También los deudos del enfermo deberían tener este optimismo.

Centenares de veces he observado que para guiar a los enfermos cardíopatas, es necesario tener en cuenta este doble punto de vista.

Si después se produce la muerte inesperadamente, el deudo del enfermo se acordará perfectamente de la exposición severa que se le hizo y que él, quizás a pequeñas dosis, transmitió a los demás miembros de la familia. Pero de este modo se evitó que toda la familia pasara meses enteros, esperando un día tras otro, la muerte del enfermo.

Precisamente en lo que se refiere al tratamiento del cardíopata y a los consejos que deben dársele, tanto el médico como la familia reconocerán que *hay una gran diferencia entre tener miedo y ser prudente.*

El cardíopata debe ser *prudente*, lo mismo que deben también serlo el médico y los deudos, pero ni aquél ni éstos deben *tener miedo*, y tampoco debe tenerlo el cardíopata.

Con sólo fijarnos en las peculiaridades de cada uno de los cardíopatas deduciremos desde luego el plan diario a que deben someterse. Además de asegurarnos de la alimentación, deberemos procurar ante todo, que el cardíopata descanse durante la noche. Por mi parte, me he acostumbrado a hacer que el enfermo siga trabajando mientras esto sea posible.

Al principio se suspenden sin la menor consideración, todas las obligaciones honoríficas, y después todas aquellas que no corresponden incondicionalmente al trabajo.

La primera máxima a que hay que atenerse siempre, es la de conservar al enfermo para su familia, para su trabajo y para sí mismo.

Como se comprende, a un cardiópata grave se le privará de conducir su auto. Y asimismo se comprende que deberán prohibírsele las aficiones desmesuradas, los ejercicios gimnásticos y los procedimientos hidroterápicos efectuados indebidamente, la natación, las duchas frías, las duchas calientes, etc.

El cardiópata que está amenazado de una forma grave de angina de pecho, deberá abstenerse de los placeres sexuales. Constituye para uno de los cónyuges un hecho terrible la impresión de ver morir al cónyuge después del coito.

En cuanto a esta cuestión, el médico debe ser prudente y severo y tiene que hablar con sinceridad al matrimonio.

Al médico le toca resolver una importante cuestión en caso de que el cardiópata quiera emprender un viaje: un enfermo en período de descompensación no deberá nunca emprender un viaje largo. Yo mismo he tenido ocasión de ver por dos veces, en viajes hacia América del Sur, enfermos con grave descompensación que únicamente toleraron el viaje por mar después de haberse instituido un severo tratamiento clínico con la estrofantina. *Los enfermos no sospechaban en lo más mínimo la gravedad de su enfermedad y el peligro a que se exponían.*

El cambio de clima que presupone un gran viaje por mar desde América del Sur a Europa, o viceversa, representa un esfuerzo para la circulación enferma. Los trópicos pueden constituir un peligro directo, como pude ver cerca de Bahía, en una señora de 68 años de edad en la que se produjo un edema pulmonar gravísimo, estando afecta de una insuficiencia con estenosis mitral hipertónica, consecutiva a un reumatismo articular, padecido durante la juventud.

Sin embargo, la enferma pudo abandonar en buen estado el barco, en Hamburgo, por haber sido sometida a un tratamiento clínico sumamente cuidadoso.

Los médicos de cabecera deben tener muy en cuenta que todo viaje por mar que dure de 14 a 21 días, puede ser decididamente peligroso para la vida del cardíopata. En todo caso, es necesario que antes de salir el vapor, el enfermo tenga una entrevista con el médico de a bordo.

Nada hay tan peligroso como el hecho de que el enfermo no conceda importancia a su afección. En cambio, p. ej. a los enfermos con hipertensión grave, pero perfectamente compensados, que previamente hayan aprendido a adaptar su circulación enferma a los hábitos de su vida, se les puede tranquilamente permitir que efectúen un viaje por mar.

Una señora de 65 años, a quien conozco desde hace ya muchísimo tiempo, ha hecho por dos veces el viaje desde Alemania a Borneo, llevada por el deseo apasionado de ver a un hijo suyo que vivía allí, y debo confesar que esta señora, que era muy inteligente, se constituyó en el mejor médico de sí misma, y durante el viaje no necesitó ni una sola vez el auxilio del médico de a bordo. A pesar de todas las seducciones de la cocina del barco, esta señora vivía tan juiciosamente, que las dos veces volvió a su casa en perfecto estado de salud.

Al cardíopata deben dársele instrucciones exactas para el viaje. No debe tomar diariamente baños de mar muy calientes, y debe saber, que en caso de estar el mar agitado, ha de meterse en cama, sin necesidad de que nadie se lo diga. Pero también debe saber que los baños de sol pueden perjudicarle mucho.

Como importante cuestión, hay que decidir si un cardíopata grave puede hacer o no un viaje en Zeppelin, por ejemplo. Es in-

dudable que la brevedad del viaje disminuye el peligro. Si el cardiópata es sensato y está debidamente preparado, con toda seguridad resultará para él, el viaje corto en Zeppelin menos peligroso que un largo viaje por mar.

Un viaje en avión puede resultar peligroso para el cardiópata cuando el que dirige el avión se vea obligado a subir hasta una gran altura. El cambio de presiones es peligroso para el sistema vascular. Por efecto de él, el corazón derecho puede dejar de funcionar repentinamente, y es posible que se produzca un edema pulmonar y una debilidad genuina grave, del miocardio. En el avión, las posibilidades de ser asistido por el médico, generalmente quedan reducidas al *mínimum*, ya que es imposible un aterrizaje imprevisto.

En principio, las condiciones geográficas de la América del Sur hacen, que sea necesario efectuar viajes en los cuales el viajero debe pasar, sin transiciones y rápidamente desde la costa hasta la montaña a una altura de 1000-3000 metros. Esto sucede allá p.ej., en todos los grandes viajes desde la costa oriental hasta la occidental. O un viajero se ve obligado a ir, p.ej., con frecuencia de Santos a São Paulo, y al efectuar este viaje, no sólo se encuentra con una diferencia de alturas, sino también con un notable cambio del clima. En tales viajes, incluso el individuo sano se halla expuesto muchas veces, al peligro de enfriarse.

Como es natural, resultará muy perjudicado el cardiópata que por su profesión, se vea obligado a efectuar estos viajes varias veces por semana. En América del Sur es muy frecuente ver formas graves de edema pulmonar agudo, lo cual se explica atendiendo a que, lo mismo que en Europa, también hay muchos enfermos con hipertonía grave. Basta pensar en los cardiópatas con hipertonía y nefroesclerosis maligna, para que acuda a nuestra memoria la frecuencia con que estos enfermos siguen trabajando, a pesar de que en ellos,

encuentra el médico un ritmo de galope a la auscultación. Ahora bien, el ritmo de galope y el edema pulmonar están muy próximos entre sí y el edema pulmonar puede producir la muerte.

Si se le puede prestar al enfermo auxilio inmediato, muchas veces podrá salvarse del peligro agudo de muerte; sangría, grandes dosis de Cardiazol, e incondicionalmente, morfina o Dilaudid, o bien Pantopón. A veces es necesario dar un poco de estrofantina y una abundante cantidad de líquidos en forma de champagne o de café. Este tratamiento me ha dado muy buenos resultados. Nunca será demasiado pronto para practicar la sangría y para administrar medicamentos. Los estertores traqueales y la expectoración rosada espumosa, en el pañuelo, aseguran el diagnóstico. Cuando la temperatura exterior es alta es decir en los días muy calientes y bochornosos, y quizás después de un gran esfuerzo corporal o de una emoción moral, esta debilidad circulatoria que amenaza al enfermo, se produce más fácilmente que en un individuo de vida tranquila y rodeado de cuidados, sometido a pocas variaciones de la temperatura exterior.

Constituye un hecho curioso el de que en un individuo con la correspondiente predisposición, pueda el edema pulmonar ser exclusivamente producido por una excitación. Asimismo puede producirlo la carga corporal y anímica que para el individuo representa el coito.

En un enfermo, el edema pulmonar se producía cada vez que éste había tenido un violento altercado con su esposa, que era muy iracunda. Mi maestro v. Krehl, a quien llamé como médico consultor, fué quien descubrió esta relación de dependencia. Después de una severa conversación que sostuvimos con la esposa, el edema pulmonar del marido desapareció. Esta es una observación muy importante.

El médico experimentado sabe que en el cardiópata, las emociones psíquicas pueden producir *toda clase de estados agudos peligrosos*. Pero, muchas veces sucede que las personas que rodean al enfermo no aprenden nunca a prestarle los cuidados morales; esto conduce a la exigencia de que el médico sea, no solamente el consejero del cardiópata, sino que debe ser además, quien instruya con energía a los deudos del mismo. Para estos casos, es necesario muchas veces que poco a poco se busque la persona apropiada para encargarse de tales cuidados. Es de importancia que a los deudos del paciente se les enseñe y se les instruya.

Así como puede sin cuidado alguno permitirse que se vaya a viajar un enfermo bien compensado y que sea inteligente, resulta en cambio muy peligroso dar este permiso a un enfermo *no inteligente*. Al cardiópata debería dársele siempre, para llevar consigo, los medios auxiliares y los medicamentos que probablemente necesite en un momento dado. Un médico que no haya visitado al enfermo y que por tanto no lo conozca, es imposible que en un momento determinado en que el paciente lo necesite, pueda dar inmediatamente con la terapéutica que conviene emplear. Prodúcese entonces, en el médico, una inseguridad y esta inseguridad resulta perjudicial para el enfermo y para sus acompañantes.

A un cardiópata grave que quizás tenga la costumbre de dar largos paseos solo, no se le debe dejar que continúe saliendo sin que alguien le acompañe. Repetidas veces sucede que se eche de menos a uno de estos enfermos y que después de larga búsqueda, se le encuentre muerto en el camino de un bosque. El médico debe pensar previamente en tales eventualidades.

Como sucede generalmente, también en estos enfermos la *profilaxis es tan importante como la terapéutica*.

El clima y lo que rodea al cardiópata son factores de impor-

tancia para la conservación de su vida. Cuando el clima es excesivamente variable y desfavorable, demasiado caliente o demasiado húmedo, y está sujeto a cambios muy fuertes, el médico deberá esforzarse en procurar que el enfermo pueda disfrutar de condiciones climáticas más favorables.

Muchas veces es de absoluta necesidad el alejarse de un medio ambiente agitado. El médico deberá preocuparse de todas estas cuestiones. Así p.ej., un cardiópata que por sus quehaceres profesionales se vea obligado, a subir a un cuarto piso varias veces al día, no podrá cumplir con los consejos que le da el médico. En cambio, viviendo en una pequeña casita lejos de la ciudad o junto a una montaña, el cardiópata podrá desde luego encontrar el descanso que le es imposible tener viviendo en la ciudad.

Viviendo en la ciudad, los mejores consejos del médico resultan ilusorios, mientras que al enfermo que vive en el campo tales consejos no le son ya necesarios, porque con la nueva situación de su vida se cumplen ya espontáneamente todas las condiciones exigidas, sin que para ello precisen consejos.

En este asunto, con buena voluntad por parte de todos, muchas veces puede beneficiarse al enfermo, procurándole nuevos hábitos de vida, cosa que a primera vista, parecía irrealizable e imposible.

En este caso sucede como en muchos otros de la vida, que con *buena voluntad por parte de todos, y con un poquito de amor verdadero hacia el enfermo*, se hacen posibles muchas más cosas que las que el hombre sano, en sus días de salud, no cree puedan realizarse.

El médico de cabecera debe reglamentar de un modo preciso las relaciones del cardiópata con la vida pública. A medida que la enfermedad progresa, disminuyen la aptitud del enfermo para

el trabajo y su energía de tensión. Por nuestra parte pensamos que las energías del cardiópata (cada día más restringidas), deben ser conservadas a él y a su familia durante el mayor tiempo posible para ser empleadas en el verdadero trabajo: el de su profesión.

De ello se desprende que al cardiópata, cada día debe apartársele más y más de la vida pública, ya que las condiciones de la llamada vida de relación, no permiten descanso alguno.

La mayoría de las veces se tropieza con las mayores resistencias en el cardiópata. *Muchos hombres sufren una enfermedad peligrosa: la de creerse insubstituíbles*, y esta falsa creencia produce mucho daño a los enfermos. Para luchar contra ella, el médico ha de proceder con gran energía, debiendo explicar claramente al enfermo y a sus deudos, cuál es el *primer deber que tienen que cumplir*.

Y este deber consiste siempre, en conservar la aptitud que aún les queda para poder trabajar, y en conservar su vida, p.ej., la del padre de familia para sus hijos.

El cardiópata debe renunciar voluntariamente al cargo que ejerce y a la dignidad que corresponde al mismo, lo cual muchas veces implica renunciar a la ambición y a mucha gente les agrada esto muy poco. Ello proporciona al médico la ocasión de conocer el carácter de su enfermo, y al aconsejar personalmente a éste, puede convertirse en su amigo particular, lo cual constituye para el médico una tarea muy bonita y muy importante.

Teniendo en cuenta las dimensiones de esta obra, deberán bastar respecto de este punto, las breves consideraciones que acabamos de exponer. Tales consideraciones nos indican que el médico tiene muchas más obligaciones que la de ser únicamente un hombre con una buena base científica.

El destino del médico es ponerse diariamente en íntimo contacto con el sufrimiento humano, con la penuria y con las penas, con la enfermedad y con la muerte. *Su vida de médico debe convertirle en un hombre que basándose en sus conocimientos acerca de la muerte, adquiera la facultad de conservar la vida a sus enfermos el mayor tiempo posible, y en condiciones que la hagan lo más tolerable que pueda ser.*

*Manifestaciones sintomáticas poco frecuentes
pero de importancia esencial para el
diagnóstico en el cardíopata*

En sí mismo constituye una contradicción el hecho de que las manifestaciones sintomáticas raras sean estudiadas en esta obra, en que tratamos de «lo esencial y cotidiano en el cardíopata»; y sin embargo, basándonos en determinadas razones, hacemos aquí tal estudio.

La experiencia nos enseña que preferentemente los médicos jóvenes, tienen una decidida tendencia a hacer diagnósticos raros, olvidando los frecuentes y cotidianos. Y constituye una máxima algo trivial, pero que contiene una profunda filosofía médica, la que dice: «Lo que es frecuente, es frecuente, y lo que es raro, es raro», frase que nuestro gran maestro *v. Krehl* decía repetidas veces a los estudiantes.

Con una exploración detenida puede hacerse generalmente un diagnóstico decisivo, incluso en caso de tratarse de enfermos con cuadros clínicos aparentemente complicados. Como causas que explican la presentación de una enfermedad circulatoria en el sentido amplio de la palabra, hemos citado las enfermedades infecciosas tanto las agudas como las crónicas.

Entre las enfermedades infecciosas crónicas, representa la sífilis un papel especial; en ella hay que pensar siempre que en un hombre de edad no avanzada se encuentra una enfermedad del cora-

zón y de la aorta. El resultado de la reacción de Wassermann no tiene importancia decisiva ya que muchas veces esta reacción es negativa. Hay un síntoma que siempre hace sospechar una afección sífilítica de la aorta; es el siguiente: Si el médico, al auscultar la aorta, percibe en ella un soplo aórtico sistólico muy suave, al mismo tiempo que un 2° tono aórtico no muy resonante y que muchas veces está algo desdoblado, deberá sospechar la existencia de una enfermedad vascular de naturaleza específica.

Si el médico comprueba estos fenómenos en la arterioesclerosis, verá que los soplos que acabamos de citar son más cortos y algo más rudos.

Puede ser que de la anamnesis de los enfermos con una aortitis específica no saquemos nada. Hay enfermos que no se acuerdan de haber tenido nunca la manifestación primaria de sífilis, mientras que otros la recuerdan pero no quieren hablar de ella. Desde el punto de vista moral, a los enfermos les resulta muy molesto el que el médico les hable directamente de la posibilidad de que su afección cardíaca sea de naturaleza sífilítica. El enfermo no puede hacerse cargo de que una infección que data ya de 20 ó de 30 años, pueda guardar relación causal con la afección cardíaca después de tanto tiempo.

El médico deberá siempre ser muy reservado y prudente en comunicar su sospecha.

Muchos de los cardiópatas que tienen una aortitis o una miocarditis específicas, quedan con su psiquismo completamente destruido, tan pronto como averiguan (siendo padres de familia) la causa de su padecimiento.

De mi experiencia deduzco, que en general no debemos hablar de estas cuestiones, si no queremos exponernos a que por efecto de ello, resulte dificultado el tratamiento conveniente.

La otra enfermedad infecciosa que suele desempeñar un gran papel como factor etiológico es la tuberculosis, que carece de importancia en lo que se refiere al grupo de enfermedades cardíacas propiamente dichas. Pero como es natural, puede ocurrir que la tuberculosis del pulmón y de sus membranas serosas se propague al pericardio.

El diagnóstico resulta siempre fácil, porque las enfermedades tuberculosas del corazón y del pericardio, que se producen a consecuencia de una tuberculosis localizada en otros puntos, se desarrollan lentamente.

Para que el médico piense que una afección del corazón es de naturaleza tuberculosa, es necesario que en otros sistemas orgánicos del enfermo se encuentren datos seguros que le induzcan a ello. Por consiguiente, lo mejor es pensar *en último término* en una enfermedad tuberculosa del corazón.

Por el contrario, nunca se pensará lo suficiente en la lúes cardíaca. Si bien es verdad que por desgracia, (a excepción de la insuficiencia del corazón, para la cual el uso de la digital constituye un tratamiento causal) las enfermedades cardio-vasculares sólo pueden ser tratadas sintomáticamente, también es cierto que muchas veces no hacemos lo que se debe cuando combatimos sólo en tal forma una enfermedad específica luética del corazón y de los vasos.

La cuestión respecto de si una enfermedad cardio-vascular luética debe o no ser siempre tratada con el Salvarsán, ha sido juzgada de un modo muy diverso por diferentes médicos experimentados. Por lo que a mí se refiere, debo decir que en el transcurso de los años, me he convencido de que el tratamiento de la aortitis luética con las inyecciones intravenosas de Salvarsán, no está desprovisto de peligros. Con ellas, el proceso anatómo-patológico en la túnica media de la pared vascular puede ser activado en forma tal, que se pro-

duzca una muerte repentina; y por otra parte, no he observado nunca que con su uso se produjeran cambios notables en el cuadro morfológico producido por la lúes. Un tratamiento específico suave—preparados de mercurio por vía intramuscular—y otro intensivo con el yoduro potásico, por vía bucal, no son peligrosos, y pueden esperarse de ellos buenos resultados. Pero lo que más importancia tiene es que el tratamiento antilúético no sea motivo de que se olvide el tratamiento con la digital.

*

Vamos a dar un resumen de las formas patológicas cardíacas que se observan rara vez:

Las lesiones valvulares congénitas que alguna que otra vez tiene ocasión de ver el médico, suelen ser fáciles de diagnosticar atendiendo a que las anomalías que en ellas se comprueban por la exploración, (a veces muy considerables) no guardan proporción con la insignificancia de las molestias que el enfermo acusa.

Lo único que ofrece dificultades es el diagnóstico anatómico exacto, ya que para hacerlo, se requieren conocimientos embriogénicos respecto de la constitución del corazón. Para solventar estas dificultades, lo que en la práctica resulta más sencillo es tomar nota exacta de lo que se encuentra en la radiografía y en el electrocardiograma, y consultar después en algún libro didáctico, en el capítulo sobre «lesiones cardíacas congénitas».

En estos casos, un «diagnóstico relámpago» resulta casi siempre equivocado, y sólo causa impresión en las personas inexpertas. No hay por qué querer impresionar a los oyentes exponiéndoles conocimientos que no son para ellos cosa corriente. Lo importante para el diagnóstico es saber que si en un niño que hasta entonces se había sentido bien (generalmente los padres se asustan por los resultados de

un examen practicado por el médico de la escuela) se encuentran por la auscultación ruidos anormales y rudos en la mayoría de los casos éstos son debidos a la existencia de una lesión congénita en el niño. El trastorno más inofensivo es la falta de tabique, que los franceses designan con el nombre de *Enfermedad de Roger*.

Otra anomalía congénita es la llamada por los franceses, enfermedad a azul, que consiste en una combinación de diferentes anomalías congénitas. La principal de entre ellas es la unión de la aorta y de la arteria pulmonar en el cono arterioso, por efecto de la cual, ya en el mismo corazón tiene lugar la mezcla de la sangre venosa con la arterial. Estos niños apenas sí pasan de la edad de 10 ó 12 años, y generalmente mueren a consecuencia de una enfermedad del pulmón.

Entre estas dos formas, levísima una de ellas y gravísima la otra, se encuentra la anomalía que corresponde al diagnóstico de persistencia del conducto de Botal, que muchas veces se halla asociada a la enfermedad azul. Como es sabido, el conducto de Botal representa la unión intrauterina del arco aórtico con la arteria pulmonar, que se ocluye en el momento del nacimiento. Los grados ligeros de esta afección pueden ser compatibles con una vida prolongada. Su síntoma cardinal está constituido por el fenómeno descrito en la literatura francesa como soplo continuo con refuerzo sistólico, que se oye a nivel del 2° espacio intercostal izquierdo.

La estenosis pulmonar congénita a nivel de la raíz de la arteria pulmonar es siempre un trastorno de mediana gravedad o grave. Si debido a una estancación retrógrada, o por efecto de los progresos del proceso patológico se va haciendo lentamente insuficiente el corazón derecho, se produce también en estos enfermos una evidente cianosis.

Expresamente hemos dado una breve descripción de estas lesiones, descripción que no tiene la menor pretensión de ser comple-

ta, para que el lector pueda formarse concepto respecto a la importancia que tiene el que estas enfermedades raras sean diagnosticadas con el mayor cuidado. Incluso el especialista experimentado, sólo tiene ocasión de ver un número muy limitado de tales formas patológicas en toda su larga práctica y cada vez que vea una de ellas, deberá tomarse la molestia de volver a leer en el libro de texto, las particularidades que conciernen al caso de que se trate.

Es conveniente que el médico no crea que la principal tarea que le incumbe es la de hacer siempre un diagnóstico firme desde el primer momento. El médico no debería, asegurar el juicio que forme respecto de las alteraciones anatómo-patológicas y del diagnóstico clínico, en la primera visita. Al practicar la segunda visita, al médico le será más fácil comprobar el diagnóstico. Algunos de los síntomas encontrados en la primera visita, que se habían producido por ejemplo por efecto de la emoción, han desaparecido en la segunda visita, y en cambio en ésta, otros signos de la enfermedad se presentan al médico con mayor claridad.

El médico facilita su trabajo, si en cada una de las visitas, toma notas de lo que observa, y sobre todo, si consigna aquellos síntomas en los que quiere fijarse especialmente en la visita siguiente.

Es preferible obtener un diagnóstico exacto de un modo lento, después de haber explorado al enfermo dos a tres veces, que el hacer un diagnóstico equivocado desde la primera vez que se le ve. Si el médico se afirma en el diagnóstico ya desde la primera exploración, consigue trastornar su propia receptividad para nuevos síntomas, porque lo que sucede es lo siguiente: Al médico van a encontrarle dos clases de personas, los unos son verdaderos enfermos cardíacos, y los otros creen serlo. Y teniendo en cuenta que entre estas dos clases de personas hay una completa serie de grados intermedios,

convendrá que se haga poco a poco el diagnóstico, siempre que ofrezca alguna dificultad.

Las mayores dificultades se presentan tratándose de individuos que siendo de constitución grácil, tienen una circulación que en realidad está sana, pero que no es muy apta desde el punto de vista funcional. En el corazón pequeño, en el corazón en gota y en el Cor gracile puede suceder que anatómicamente esté todo en orden, y que en cambio, exista una debilidad funcional.

En tales casos, la vida presenta una combinación peculiar: *un síndrome que tiene importancia en la práctica.*

Una jovencita que quizás en su período de crecimiento haya estado clorótica o haya tenido una ligera afección apical, hace ya mucho tiempo que está asténica, y tiene un Cor gracile. Mediante un deporte moderado, la astenia corporal se mejora mucho y en el matrimonio sale bien de varios partos. Pero ya en los diversos embarazos se va comprobando cada vez más la formación de varices. Muchas veces estas mujeres, por efecto de la sobrealimentación que hacen durante el tiempo en que lactan a sus hijos, se ponen excesivamente obesas, y en el cuarto decenio de su vida, se produce súbitamente en ellas, lo que el médico de cabecera califica con el nombre de «*debilidad cardíaca*». Tal estado constituye a lo sumo, una debilidad del corazón y no una verdadera insuficiencia cardíaca. El síndrome puede reducirse a tres componentes: *Cor gracile constitucional, adiposidad, y sistema venoso flácido con formación de varices.* Como cuarto síntoma, se añade casi siempre a los antedichos, una presión arterial marcadamente baja, una *verdadera hipotonía*. En caso de que a consecuencia de un puerperio febril, se produzca una embolia pulmonar, o de que después de una simple angina se presente una tromboflebitis, uno queda sorprendido al ver lo resistentes que son estas mujeres en lo que a su circulación se refiere, y el modo como

toleran la producción, a veces repetida, de pequeñas embolias pulmonares. Verdad es que muchas de estas enfermas mueren de un modo trágico, como heridas por un rayo; pero con todo, al médico necesariamente le llamará la atención, la frecuencia con que tales personas tan bien dotadas por la naturaleza, resisten una enfermedad por espacio de meses enteros, y salen victoriosas de ella.

Con esto queremos decir, que además de la debilidad funcional del corazón, debemos siempre pensar, en primer término en la debilidad congénita del sistema venoso, y el hacerlo tiene aún más importancia si se tiene en cuenta que en realidad, no hay más que una sola terapéutica: una gimnasia médica muy prudente y empezada muy pronto, con ejercicios respiratorios y fortalecer toda la musculatura de los enfermos. A ello hay que añadir los medios dietéticos generalmente usados para disminuir o evitar la adiposidad.

Del tratamiento medicamentoso y sobre todo de la digital, no puede esperarse nada, ya que estos corazones, que en sí tienen la musculatura sana, son refractarios a la digital. No sabemos el por qué la célula cardíaca sólo cuando está enferma responde a la acción curativa de la digital.

Como se comprende, las mujeres así constituidas, pueden ser afectadas por una arterioesclerosis hipotónica al envejecer. Y en tal caso, el corazón que para estas mujeres resulta hipertrofiado, examinado con los rayos Röntgen presenta la silueta de un corazón de tamaño normal. Pero ello es debido a un error, ya que este corazón que parece de tamaño normal, resulta ser para estas mujeres, un corazón con miocarditis arterioesclerósica, acompañada de hipertrofia. Es preciso pensar en esto, y ateniéndose a tal criterio, cambiar fundamentalmente el tratamiento. Entonces, y no antes, es cuando resultarán justificados los cuidados y la digital. Muchas veces, es también en este momento cuando la presión, que era notablemente baja,

sube hasta llegar a tener valores aparentemente normales. Pero para semejante enferma, una presión sistólica de 130 mm representa ya una verdadera hipertensión, de modo que en una exploración superficial, no se comprueba dato alguno objetivo, y una mujer que realmente está enferma es considerada como sana, afirmándose que no se le encuentra nada.

Además, en los jóvenes se encuentran corazones flácidos, en los que hay que admitir que el tono de la musculatura cardíaca está disminuido. Estos corazones flácidos dan lugar a catástrofes, p. ej., en el esfuerzo final de un entrenamiento para las regatas. Estos son los estados patológicos en los que puede suceder que un joven hasta entonces sano, que estaba entrenándose, se le encuentre tendido en la yola, en colapso gravísimo con una verdadera dilatación del corazón, pálido como la muerte y con el pulso casi desaparecido. Generalmente no pasa nada, pero para el médico que aconseja al paciente, debe constituir este suceso una enérgica señal de alarma, para graduar en lo sucesivo, las exigencias a que se puede someter la circulación. Este hecho, que se produce al aumentar la actividad deportiva, resulta mucho más peligroso para las personas que se encuentran en el tercer y en el cuarto decenio de la vida. Si esta dilatación aguda se produce en un corazón—o en un sistema vascular—que probablemente estaba ya algo dañado, puede suceder, que el mejor gimnasta caiga muerto desde el trapecio. En relación con esta incapacidad de la circulación, de la que sólo hemos dado un esquema, debemos hablar otra vez de la importancia práctica de la *técnica de la respiración*. Un modo de respirar equivocado e inconveniente, en caso de que el corazón se vea sometido a mayores exigencias, puede dar lugar a estancaciones graves, y facilita el cansancio del corazón. En el deporte, la capacidad funcional depende mucho de que la técnica respiratoria sea acertada.

El individuo que trabaja en una profesión, y el que trabaja intelectualmente, se habitúan en general a una respiración diafragmática tan superficial, que la fuerza aspirante del diafragma, que favorece el retroceso venoso, va desapareciendo cada vez más. En los estados de enfermedad que se manifiestan por una repleción de la parte alta del vientre, en individuos que se están poniendo algo gordos, pero que por lo demás están sanos, es frecuente que la gimnasia, los ejercicios respiratorios y el entrenamiento tengan más importancia que los medicamentos.

En principio, en todo cardiópata, especialmente mientras sólo él se tenga por tal, (sin tener manifestaciones orgánicas a la exploración) deberán analizarse cuidadosamente en todos sentidos, la constitución, las predisposiciones viciosas y las exigencias equivocadas a que se ve sometido el aparato circulatorio. Procediendo así se pueden evitar errores y reforzar la circulación, sin que con un tratamiento medicamentoso se favorezca innecesariamente el desarrollo (en germinación) de un estado de conciencia de la enfermedad.

Según mis observaciones, los individuos con una presión arterial marcadamente baja deben siempre ser incluidos en el grupo de los hombres poco aptos desde el punto de vista de la circulación.

En el gran grupo de los individuos que después de la pubertad son afectados, más o menos rápidamente, por un aumento de volumen del cuerpo de la glándula tiroides, se producen frecuentemente molestias cardíacas. En su forma desarrollada, tales fenómenos parecen ser de origen tireotóxico; y si en estos enfermos se practica oportunamente una eustrumectomía, puede conseguirse que cese en ellos la taquicardia de un modo definitivo. Estos fenómenos cardíacos de origen tireotóxico los ve el médico mucho más frecuentemente en las regiones montañosas que en la llanura. La enfermedad de Basedow genuina no tiene absolutamente nada que ver con estos

casos, y con excesiva frecuencia se hace erróneamente el diagnóstico de «basedowiano».

Los trastornos cardíacos de naturaleza tireotóxica los encontramos también en individuos con incapacidad de la circulación, y en estos casos no suelen obtenerse resultados con un tratamiento cardíaco a base de digital.

En otro sitio hemos hablado ya de la estenosis mitral. En la actualidad, la forma de estenosis mitral que describió *Duroziez*, no puede ya ser considerada como congénita, como lo era entonces, sino que hay que considerarla como el resultado de una infección sufrida por el feto durante el embarazo o en la primera infancia.

Hay que atenerse a la regla de que en caso de diagnóstico difícil y raro, éste únicamente deberá hacerse si lo que suele observarse en concepto de manifestaciones patológicas, no se adapta en lo más mínimo al cuadro morboso que tenemos ante nosotros.

Los diagnósticos raros son verdaderamente raros. El médico joven es aficionado a hacer diagnósticos complicados, apartándose a veces, de las normas terapéuticas sencillas. El médico que al hacer el diagnóstico, se acostumbre a pensar desde el punto de vista patológico-funcional y no se deje llevar únicamente por las ideas anatómo-patológicas, será muy raro que haga un diagnóstico que se salga de los límites de lo cotidiano y esencial.

Según mi experiencia, y en relación con lo dicho, las únicas afecciones que presentan dificultades para el diagnóstico exacto (aún para el médico experimentado), son las lesiones cardíacas congénitas. El diagnóstico somero es también fácil en estos casos.

Insuficiencia aguda y crónica en el cardiópata

Debe considerarse como regla general, que el individuo afecto de una enfermedad grave del corazón o del aparato circulatorio ha de descompensarse más o menos tarde en el transcurso de su vida. Muchas veces vemos, que a pesar de la mayor vigilancia por parte del médico, la capacidad para el trabajo va disminuyendo poco a poco, pero sin interrupción. Con frecuencia, disminuye la capacidad para toda clase de trabajos, de modo que lo único que en lo sucesivo puede hacerse, es mantener a los enfermos bajo los más exquisitos cuidados, con el fin de procurarles una existencia tolerable hasta el momento de su muerte.

La parálisis crónica del cardiópata suele manifestarse por el hecho de que éste va limitando cada vez más su participación en el trabajo y en las cosas de la vida, debiendo los deudos del enfermo estar preparados para todo lo que pueda ocurrir.

Por el contrario, la parálisis súbita del cardiópata se presenta con frecuencia, estando el individuo trabajando y completamente sano en apariencia, con gran sorpresa del enfermo y de los que le rodean. Debido a ello, el enfermo y la familia a la vez que el médico de cabecera, se encuentran repentinamente ante problemas gravísimos respecto de los consejos a dar, del diagnóstico y del tratamiento.

Empezaremos por citar unos pocos ejemplos dramáticos, de casos de insuficiencias agudas sobrevenidas en los cardiópatas mientras conducían su coche. Si comenzamos por describir estos casos es

porque se refieren a individuos que son atacados por su enfermedad de un modo inesperado en el curso de su existencia, mientras se encuentran en una situación de la vida que para la mayor parte del público, tiene gran importancia.

Desde todos los puntos de vista, es algo diferente el caso cuando se trata de un individuo que atacado de parálisis cardíaca, cae muerto dentro del marco limitado de su actividad profesional, en su despacho, o mientras se dirige a pie, al sitio donde trabaja, o estando en un tren, y cuya muerte únicamente asusta o trastorna a las personas a él afectas; este caso es algo diferente de cuando tal hecho ocurre a un individuo que vive en plena actividad como si estuviera sano, y conduzca además su propio auto.

Este caso es bastante distinto del otro, ya que si el destino, al correr tras el individuo, le alcanza en el momento en que está al volante de su coche yendo a gran velocidad, pasa repentinamente a amenazar a personas que son en absoluto extrañas al conductor del auto, y en caso de que éste salga del accidente con vida, *le pone en inmediato conflicto con el juez criminalista.*

Tratándose de una época en que el automóvil domina tanto en la vida pública, citaré algunos ejemplos sacados de mi experiencia.

No puedo dejar de relatarlos al pie de la letra y detalladamente, *porque el problema referente al cardiópata que conduce un automóvil es cada vez más importante, tanto para los médicos como para los juristas.*

El médico joven debe ponerse al corriente en esta cuestión, ya que tiene la obligación de aconsejar juiciosamente a los enfermos en cuanto a la misma, de amonestarles a su debido tiempo, y de evitarles de antemano, los infinitos males que les pueden sobrevenir.

Al leer estas breves historias clínicas, el médico se hará cargo de cuál es la clase de afección cardíaca de tales enfermos. A esta

lectura no hay que añadir comentario alguno. Como se comprende, las consideraciones médicas que hagamos al citar estos ejemplos que hacen referencia principalmente al automovilista, en principio resultarán igualmente aplicables a todas las personas que guíen vehículos de motor y que desarrollen un gran número de H.P. (locomotoras, aviones, autos).

I

Un enfermo de 58 años de edad, se hace edificar una casita en una pequeña ciudad de provincia, y con objeto de estar en más fácil comunicación con la capital, decide además, «aprender a conducir un auto». En 1933, consultó a un médico internista, respecto de su presión arterial elevada. Verdad es que en aquel entonces se le disuadió de su propósito de aprender a conducir, pero en 1934 insiste en el mismo asunto.

El enfermo dice sentirse completamente bien. Contestando a repetidas preguntas, asegura taxativamente no haber tenido nunca vértigos ni cefalalgias, ni tampoco molestia alguna. Dice que también otros camaradas de su edad tienen la presión elevada, y que sin embargo, siguen conduciendo desde hace muchos años. «Me siento como el pez en el agua» y «puedo aún trepar hasta tejados de 18 metros de altura» (su oficio era el de hojalatero); «no veo, por tanto, el por qué yo no he de poder conducir».

Por la exploración, se comprueba un corazón con alteraciones típicas de arterioesclerosis, la presencia de albúmina en la orina, arterias periféricas duras, y una presión sistólica de 260 mm de mercurio, por una diastólica de 110; por consiguiente, al mismo tiempo que la arterioesclerosis, había una hipertensión grave.

A este individuo se le aconsejó decididamente que no aprendiera a conducir porque si en un plazo más o menos próximo, le

acontecía algún percance, no podría alegar ignorancia de su enfermedad.

Es indudable que un hombre como este, puesto en el volante, representa un gran peligro para él y para los demás.

Completamente aparte de su afección vascular, extraordinariamente grave y que se acompaña de una considerable elevación de la presión arterial, el enfermo es muy sordo. «Esta sordera sería producida por su profesión de hojalatero y no tiene importancia alguna.» En realidad, el enfermo produce la impresión de un hombre especialmente ágil y sano, de modo que a todos los profanos que le ven y que quizás no se den cuenta de su sordera, les parece perfectamente creíble lo que dice el hombre, y que también la mujer subraya con gran energía.

A pesar de todas las razones que en el tono más amistoso y persuasivo posible se exponen al enfermo, no es posible convencerle, de modo que sale del despacho del médico protestando violentamente, y todavía más que él, su mujer: «¡Sí que estaría bien—dicen—, todos nuestros amigos tienen la presión excesivamente alta y conducen auto, y nadie se mete con ellos!»

II

Comerciante de 24 años de edad, afecto de estenosis e insuficiencia mitral gravísimas, recientemente compensadas, de corazón bovino y de arritmia perpetua, etc.; se encuentra desde hace años bajo la observación y los consejos médicos. Este señor ha aprendido a conducir el auto sin haberme preguntado si le convenía o no, y se encuentra perfectamente en el volante. Del mismo modo que muchos otros cardiopatas orgánicos graves, este individuo es un inconsciente y mientras no tiene molestias, no hay quien pueda obligarle a tener la necesaria noción de estar enfermo. «Cuando estoy en mi barco de vela y

al volante de mi coche, me siento perfectamente bien.» Se le hace ver que en un momento dado podría peligrar su vida; y él riéndose, asegura una y otra vez, que no lo cree y que sólo se trata de exageraciones del médico. La equivocación en el concepto que el enfermo tiene de sí mismo, llega al extremo de que en una demanda civil contra sus socios en el negocio, exige que se le extienda un certificado para hacer constar ante el Tribunal su completa capacidad para el trabajo. Y como tal petición debe rechazarse, deja de escuchar los consejos médicos y busca otro facultativo.

III

Un chófer de automóviles de alquiler, de 47 años de edad, es admitido en la Sección destinada a cardiopatías, por encontrarse en él una miocarditis crónica grave en estado de gravísima descompensación. Hasta 2 días antes de ingresar en el Hospital, seguía aún llevando en auto a sus clientes, y yo le tenía por un conductor muy diestro. En el transcurso del tratamiento el paciente se repone mucho, y tarda en llegarle el momento de reanudar su trabajo. Se le hace ver que a causa de la grave afección cardíaca que padece, de momento no está en disposición de conducir un auto; pero él, ante la necesidad que siente de trabajar en su oficio, rehusa decididamente nuestra intervención. Cree ser el conductor más seguro que pueda existir. Durante su convalecencia y sintiéndose bien, pocos días antes de darle el alta, sale a pasearse por el jardín del Hospital; y estando en él, cae repentinamente sin sentido, con el cuadro típico de una grave embolia cerebral del lado izquierdo.

IV

Un comerciante, de 45 años de edad, se hace examinar por el médico, a causa «de su corazón y de sus nervios».

Desde hace un año, viene sufriendo accesos de vértigos, sin que sepa la causa de los mismos. Repentinamente percibe en su vista un centelleo, los bordes de los objetos que ve le resultan borrosos, y «no se siente ya seguro». El primer acceso se produjo después de haber efectuado grandes esfuerzos durante 4 semanas.

Desde hace 14 años conduce su auto, a causa de su profesión, y hace 5 meses le aconteció lo que vamos a referir:

Yendo por una carretera recta, a una velocidad de 40 kms por hora, al mirar hacia la derecha, se le paralizó repentinamente la «músculatura ocular». Perdió la facultad de dominar los movimientos de sus ojos, siéndole imposible el mirar hacia la izquierda. Ni en solo momento perdió el conocimiento. Tampoco podía mover los ojos hacia arriba ni hacia abajo. Nos dijo textualmente: «Debí dejarme guiar por completo por el subconsciente porque quise inmediatamente parar el coche y lo conduje hacia la derecha. Una vez que hubo pasado esta extraña rigidez de los ojos, que me impedía moverlos hacia la izquierda, me di cuenta de que me había parado en medio de la carretera, a una distancia aproximadamente de 1,20 m del borde derecho de ésta. Pero yo estaba completamente convencido de que durante el tiempo que duró el trastorno visual, había acercado convenientemente el coche hasta dejarlo junto al borde de la carretera. El acceso duró un minuto o un minuto y medio, y en el transcurso de 5 meses se ha repetido 4 ó 5 veces.»

La última vez que se produjo un acceso parecido fué el día 9 de Junio 1934, mientras el individuo estaba comiendo. Su mujer notó que los ojos se le ponían absolutamente rígidos, y le aconsejó que se echara en la cama. Tampoco este acceso duró más de 1 ó 2 minutos, pero después del mismo el individuo tuvo «dolor en el cráneo», desde el 9. 6. hasta el 12. 6. 1934, por la mañana. Los accesos se

presentaban incluso estando el individuo completamente echado tranquilamente en un sofá, o mientras leía un periódico.

Por el examen único, llevado a cabo en el despacho del médico, no fué posible hacer un diagnóstico preciso; y con objeto de decidir si se trataba de una epilepsia, de un tumor cerebral o del principio de una enfermedad orgánica grave del sistema nervioso central, se le pone al enfermo en observación en una clínica de enfermedades nerviosas.

V

De la prensa diaria:

8. 1. 1934. Una noche, en la calle de Hardenberg, de Berlín, a los ocupantes de un auto de alquiler les aconteció un hecho emocionante. Poco antes de llegar a la plaza, el conductor del coche pareció perder el dominio del volante, y fué a chocar contra uno de los postes del alumbrado que había en la acera. El coche sufrió poco daño. Los ocupantes del mismo no tuvieron que lamentar más que el correspondiente susto, pero en cambio, al conductor, que era un ruso de 55 años de edad, llamado Boris Tkatschenko, se le encontró sin conocimiento junto al volante. Fué inmediatamente llevado a la casa de Socorro más próxima, sin que en ella el médico pudiera hacer más que certificar la defunción del individuo, que había ocurrido durante el traslado, probablemente a consecuencia de un ataque al corazón.

VI

24. 2. 1933. En la locomotora del tren rápido de Berlín, poco después de haber éste salido de la Estación D.E., el maquinista cayó muerto en la cabina, a consecuencia de un ataque al corazón. El fogonero que estaba de servicio, corrió inmediatamente a ocupar su sitio, y condujo el tren a poca velocidad, hasta Osterode.

VII

Finalmente, añadiremos a lo dicho una breve noticia publicada por el «Times», en Noviembre de 1934, que contribuye a ilustrar más, las explicaciones que acabamos de dar.

Muerte de un Doctor en un automóvil.

El Dr. John H. Bowie, médico muy conocido de Edimburgo, falleció ayer, a consecuencia de un ataque al corazón. Iba conduciendo su auto, cuando repentinamente se sintió indispuesto y falleció. Antes de morir, tuvo la presencia de ánimo de conducir el auto hasta al lado de la acera.

Estos son los hechos que el médico observa en sus enfermos. A lo dicho, podría objetar el conductor entusiasta de automóvil que tales hechos no tienen importancia en la práctica. Pero a esta objeción es muy fácil quitarle valor, y para probarlo voy a estudiar el otro aspecto del problema, basándome para ello en mi experiencia de perito:

Si la cuestión en su conjunto no tuviera para el público tanta importancia como hemos dicho que tiene, habríamos podido renunciar a citar ejemplos. Pero cada día va teniendo mayor importancia, tanto para la sociedad como para los individuos, el resolver *si verdaderamente, un conductor de automóvil—sobre todo si es un individuo ya entrado en años—mientras está al volante de su coche, se halla o no bajo la amenaza de una afección interna crónica, de la que quizás él no tenga conocimiento.* Verdad es que al tratar esta cuestión, sólo lo hacemos por egoísmo, porque a su vez, el conductor enfermo amenaza a los demás conductores de automóviles y a las personas que transitan por las aceras.

Si partimos del hecho de que un conductor de automóvil sufra un grave accidente y lo cause a la vez a otras personas, por sufrir

una breve obnubilación de la conciencia o una pérdida del conocimiento, se explica que hasta hace poco tiempo, basándose en la legislación alemana, fuera frecuente que el médico perito pudiera librar al paciente de la pena de prisión.

En caso de que el enfermo no tuviera ninguna culpa en el sentido del código penal, por haberse reconocido en él una irresponsabilidad transitoria, el Tribunal daba un veredicto de inculpabilidad. Pero el Tribunal Supremo, esto es, el más alto Tribunal alemán en Leipzig, ha enfocado esta cuestión de un modo completamente nuevo y ha aportado abundante luz sobre el modo de entender la *idea de imprudencia en lo que respecta a los cardiópatas que llevan el volante*.

El más alto Tribunal alemán parte de la suposición, perfectamente natural, de que es necesario que el conductor de un vehículo que tenga que ir a grandes velocidades, esté perfectamente sano. Si este conductor sabe que no goza ya de perfecta salud, debe inmediatamente dejar su oficio; y si no lo deja, es considerado por la ley alemana como un imprudente, y en caso de que en el porvenir le ocurra un accidente por culpa de su enfermedad, no podrá ya contar con que se le dé un veredicto de inculpabilidad.

Esta nueva decisión jurídica tiene importancia para el público alemán; se adapta plenamente al modo de sentir del pueblo y encuentra su mayor justificación cuando se piensa cuántas desgracias puede ocasionar la ligereza de un hombre que se empeña en no darse por enterado de que está enfermo, o que quizás se olvida de ello o que hasta se engaña a sí mismo.

Un particular, R. J., de H., de 60 años de edad, en el mes de Agosto de 1926 produjo un grave atropello de auto, y a su vez sufrió las consecuencias del accidente:

En una carretera recta y completamente despejada, mientras conducía su auto, sucedió que sin motivo explicable alguno, después

de desviarse el coche un poco hacia la derecha, cruzó rápidamente la carretera hacia la izquierda, despeñándose por un declive. El carruaje voló 14 metros por el aire, dió una vuelta de campana, y se precipitó en el suelo con las ruedas hacia arriba. Tres de los ocupantes quedaron muertos, otro presentaba ligeras heridas, y el conductor sufrió una ligera conmoción cerebral. El coche apenas sufrió desperfectos.

En 1929, el conductor del auto fué condenado, *en 1ª Instancia*, a 7 meses de prisión, por muerte por negligencia, y por traumatismos corporales graves también por negligencia. Habiendo presentado un recurso, en 1931 se tuvo una nueva sesión en 2ª Instancia. Los técnicos declararon que el accidente era completamente incomprensible.

Para la 2ª sesión se hizo un llamamiento extraordinario de peritos técnicos y médicos.

El acusado no sabía explicarse la desgracia ocurrida, y la atribuía a habersele obscurecido momentáneamente la conciencia. En la sesión, que duró varios días, se entablaron entre los peritos médicos, discusiones dignas de llamar la atención y que distaban mucho de ser siempre bien enfocados, tomando parte en ella lo mismo el Tribunal que el público. La Audiencia de H. anuló el juicio emitido en 1ª Instancia, y *el acusado fué absuelto*, basándose en que no podía demostrarse su culpabilidad; si bien es verdad que al fundamentar la sentencia, lo que en último término decidió no fué la arterioesclerosis del acusado (que realmente existía) ni el dictamen emitido por los peritos médicos en sentido del § 51 (impunidad por irresponsabilidad).

El Ministerio público presentó recurso. El 27. 1. 1933 volvió a celebrarse sesión, en 3ª Instancia. *El acusado fué condenado a 3 meses de prisión* y al pago de las costas, basándose en que en 3 casos,

había causado la muerte por negligencia, y en un caso, también por negligencia, había producido traumatismos graves.

Al fundamentar esta sentencia se hacían, entre otras, las consideraciones siguientes:

Según la prueba, resulta demostrado que la causa del accidente no está ni en el coche ni en la carretera, sino en el mismo conductor.—Y de este modo, se terminó por fin un proceso grave, con una decisión del Tribunal Supremo, tan inesperada como extraordinariamente importante. En efecto: *a la pregunta relativa a la negligencia, el Tribunal contestó afirmativamente*, y en la sentencia se consignaron las siguientes consideraciones:

«Realmente, debía excluirse toda culpabilidad a contar desde el momento en que el acusado había sido sorprendido por una ofuscación o por una pérdida del conocimiento. De lo único que cabía hablar era de si poniendo cuidado en ello, no habría quizás debido o podido evitar la zona peligrosa a la cual fué llevado en un estado de pérdida transitoria del conocimiento. Según la jurisprudencia vigente del Tribunal Supremo, el solo hecho de tomar a su cargo una actividad profesional puede ya fundamentar el reproche de imprudencia contraria al deber, en casos en que el que hizo el daño hubiera debido o podido decir previamente, que no estaba en disposición para poder cumplir con las exigencias que llevaba consigo la actividad profesional que tomó a su cargo.»

El enfermo, después de un largo período de enfermedad, pasó años enteros sin solicitar el auxilio del médico, y dijo ante el Tribunal, que se había considerado sano y apto para conducir su auto sin peligro alguno. Respecto de este punto, el Tribunal Supremo adoptó el criterio siguiente:

«El hecho de que los fenómenos que en él se presentaban no ofrecieran especial peligro para su salud y para su vida, y de que no

se hubiera visto obligado a llamar al médico, *no le eximían del deber de comprobar*, si atendiendo a tales fenómenos, *podía aún arriesgarse a conducir un automóvil*; y precisamente su imprudencia puede consistir en que el individuo haya dejado de practicar esta comprobación y por este motivo, no haya dado la menor importancia a aquellos fenómenos, *en lo que se refiere a su actividad como conductor de auto.*» «Para aceptar que hubo *negligencia*, basta pensar que si el chófer hubiera puesto más cuidado, hubiera previsto que dado su estado de salud, podría quizás no estar en situación de solventar cualquier obstáculo que inopinadamente sobreviniera, produciéndose por efecto de ello, un accidente con sus consecuencias de herida corporal o de muerte de personas; pero una previsión de tal naturaleza la ha de tener un conductor de automóviles que esté espiritualmente bien dotado y que sufra de nerviosidad creciente y de accesos de vértigo.»

Por esta concepción del Tribunal Supremo, que acabamos de exponer en forma resumida, ha llegado a ser de gran importancia, para médicos y juristas en su modo de comportarse con el enfermo, el concepto de negligencia al ser aplicado a un individuo que no goza de salud perfecta (hecho que sabe o debía saber por su modo de comportarse y que *no debe olvidar*).

En el 2º accidente tratábase de un individuo de 56 años de edad, cervecero, que se encontraba ante el tribunal de 1ª Instancia, acusado por haber dado muerte y causado lesiones graves por negligencia. Los antecedentes que del accidente se tenían, eran los siguientes:

En una tarde de Enero de 1933, el acusado conducía su coche Opel por una carretera perfectamente recta y despejada, llevando en él a tres pasajeros. Yendo a una velocidad de unos 40 kilómetros por hora, y sin que pudiera saberse el porqué de ello, repentinamente dirigió el acusado el coche hacia la izquierda, describiendo

un gran arco y despeñándose por un declive, yendo a parar a un jardín. El coche dió una vuelta de campana y los tres ocupantes fueron lanzados al vacío. Una mujer murió inmediatamente y los otros dos ocupantes sufrieron traumatismos graves. Ni el coche ni la carretera habían dado motivo alguno para que se produjera este accidente. Al acusado se le imputó el que por hallarse bajo la acción del alcohol, había producido la muerte y las lesiones graves de los que le acompañaban.

El precisar hasta qué punto el haber tomado una cantidad moderada de una bebida alcohólica, pudo haber contribuido a que ocurriera este grave accidente de auto, es una cuestión muy difícil de resolver, y aquí no trataré de ella, sino que me limitaré a exponer el fundamento de la sentencia:

La sala de lo Criminal *absolvió* al acusado, a pesar de ser sumamente probable que había conducido mal debido a un error; pero, por otra parte, también podía ser que teniendo el individuo una calcificación de las arterias, el accidente hubiera sido producido por una ofuscación transitoria de la conciencia. Aunque antes de ocurrir el accidente, se había quejado el enfermo en el seno de su familia, de centelleos en la vista y de accesos de vértigos, es lo cierto que hasta dicho momento, había tenido la fortuna de no necesitar ni una sola vez el consejo o el auxilio del médico.

Por consiguiente, es, a todos los chóferes a quienes interesan en primer lugar estas explicaciones. Por muy duro que a los individuos que no disfruten de buena salud les resulte el verse privados de conducir, es de todos modos de absoluta necesidad, que mediante la prescripción de reglas severísimas, sean alejados de su profesión. Esto aparte de que tampoco el chófer enfermo está interesado en poner en peligro su propia vida o la de los que van con él en el auto, y la de las personas que transitan por la calle.

No es necesario que la insuficiencia aguda del cardiópata se produzca siempre en individuos que consideramos como «enfermos de la circulación o del corazón», directamente por los resultados de la exploración.

En un momento dado puede paralizarse también el aparato circulatorio en sí intacto, de los individuos muy jóvenes, después de lo cual hace el enfermo la impresión de ser un cardiópata, sin que por la exploración se encuentre alteración alguna en su circulación. Al decir esto nos referimos a los trastornos genuinos del funcionalismo en el sentido de Bergmann, en los que se produce transitoriamente una distribución patológica de la sangre, p.ej. en la irrigación del cerebro. Estos trastornos circulatorios funcionales que se presentan en los individuos muy jóvenes, tienden también a producir una parálisis súbita.

Citemos de ello un ejemplo muy dramático: Un aspirante a aviador de 29 años de edad, que en los últimos meses se había puesto muy gordo por falta de ejercicio, antes de efectuar su examen se pone nervioso. De vez en cuando tiene punzadas en el corazón, y siente que su energía decrece. Hallándose en tal estado, se ve obligado a realizar, como tema del examen, un vuelo de una hora, a 4.000 m de altura. Al encontrarse solo con su aparato a tal altura, pierde de pronto el conocimiento, volviendo a recobrarlo a una altura de 1.800 m. Al preguntarle qué le había sucedido al avión mientras él estaba con el conocimiento perdido, dijo «seguramente el aparato entró en barrena». Este suceso ocurrido en el aire, le produce después de haber aterrizado felizmente un grave estado de agotamiento acompañado de molestias cardíacas. El aviador se ha acobardado y ha perdido mucho de su sensación de seguridad en el avión. En el enfermo se comprueba una hiperexcitabilidad vaso-motora, sin que se encuentre alteración alguna en su

corazón, comprobándose además una elevación del diafragma y adiposidad considerable, habiéndose puesto excesivamente gordo en los últimos meses.

Tampoco esta observación, recogida en el despacho del médico, requiere comentario alguno. Hay que pensar que por efecto del cambio en la presión atmosférica, el enfermo sufrió un grave trastorno vaso-motor—trastorno funcional—, que fué causa de la pérdida del conocimiento. Según se me dijo, a estas grandes alturas se produce en los aviadores un intenso meteorismo; y puede suponerse que tratándose de un aviador ya gordo de por sí y que tenía meteorismo con elevación del diafragma, la repentina ascensión a una altura de 4.000 metros le produjo desviación del corazón que dificultó gravemente el funcionalismo de la circulación.

Para que el conductor de un vehículo, al encontrarse ante un peligro súbito, proceda de un modo intachable verdaderamente automático, es condición previa que su aparato nervioso esté del todo intacto y su cerebro muy bien irrigado. Lo que en estos casos importa no es el grado de confianza que el aviador tenga en sí mismo, ni su buena voluntad, ni su conciencia despierta, sino que lo importante es la rapidez con que lleve a cabo un acto reflejo inconsciente.

Como es natural, puede suceder que el corazón sufra una insuficiencia aguda en todos aquellos cardiópatas en que existe un trastorno orgánico grave en el miocardio o en el aparato valvular, una tromboflebitis crónica, una nefroesclerosis maligna, o cualquier otra forma de hipertensión producida por la arterioesclerosis, una esclerosis coronaria, etc. Llama la atención el hecho de que los enfermos con una grave lesión mitral congénita combinada y acompañada de arritmia perpetua (generalmente en estos casos la radiografía muestra la existencia de un cor bovinum) en comparación con la frecuencia con que los observamos, sea tan raro que mueran súbitamente a consecuen-

cia de una embolia, y, que en general, el miocardio y el aparato valvular gravemente alterados ocasionen la parálisis del corazón y la muerte súbita mucho más rara vez de lo que las produce en forma del todo característica, la esclerosis inicial de las coronarias.

Incluso en caso de que un enfermo con nefroesclerosis maligna o con arterioesclerosis hipertónica grave, sufra un edema pulmonar o un ataque de uremia, dichos signos morbosos agudos no se presentan nunca tan súbitamente como lo hacen los trastornos en caso de esclerosis de las coronarias, que pueden producir la muerte cardíaca de un modo fulminante.

Asimismo sorprende la poca frecuencia con que en la tromboflebitis crónica de las piernas se observan embolias pulmonares. Otra cosa sucede con las embolias de las púerperas afectas de fiebre puerperal, que son causa de su muerte. Realmente, en este caso se trata de grandes trombos que pueden producir inmediatamente la muerte bajo el cuadro de una embolia pulmonar.

La insuficiencia cardíaca aguda puede producirse en enfermos con estenosis mitral grave no acompañada de trastornos del ritmo, pero en la literatura es muy poco conocido este hecho. Trátase generalmente de muchachas o de mujeres jóvenes. Entre los muchos casos de esta clase que he podido observar, ni uno solo se refería al sexo masculino, y por mi parte ignoro en absoluto cuál es el motivo de que así suceda. Ya describimos el cuadro clínico de la estenosis mitral pura como un trastorno especialmente grave del funcionalismo del corazón. He tenido ocasión de observar casos en los que se producía sin más ni más, una ceguera brusca de un ojo debida a una embolia de la retina en personas aparentemente sanas y también he visto un caso de hemiplejía con trastornos del lenguaje y casos de muerte súbita, producidos también por embolia.

La aurícula izquierda y el proceso inflamatorio en la mitral, tratándose de un proceso inflamatorio crónico de curso solapado, proporcionan suficiente material de embolias para dar lugar a estos casos desgraciados.

Asimismo puede presentarse la insuficiencia aguda en todos los pacientes con una afección sifilítica del corazón y especialmente de la raíz de la aorta. Y sobre todo, debe consignarse que en el curso de un tratamiento por el Salvarsán llevado a cabo con todo cuidado, puede suceder que un enfermo con insuficiencia aórtica luética muera repentinamente en el período de convalecencia. En tales casos se comprueban procesos anatómo-patológicos análogos a los de la esclerosis coronaria con trombosis e infarto del miocardio.

Por desgracia, la insuficiencia cardíaca crónica representa el destino fatal de todo enfermo que por efecto de una lesión irreparable del corazón o de los vasos, poco a poco va perdiendo su capacidad para el trabajo. Cuanto más inteligente sea el enfermo, tanto mayor cuidado pondrá en procurarse una vida que le resulte tolerable; pero, en general, no es posible detener en su curso la insuficiencia crónica. En estos casos el médico se encuentra ante una grave cuestión moral: es la de si debe o no prolongar a toda costa la vida de sus enfermos cardiópatas graves, para lo cual precisa tener con ellos toda clase de cuidados, o si al cardiópata que se le confía debe dejarle, por lo menos, un poco de libertad para gozar de la vida y para moverse, aunque con tal proceder se corra el peligro de que se le anticipe en algunos meses su muerte. Como se comprende, ello dependerá por completo de las relaciones de amistad existentes entre el paciente y su médico, y del criterio de éste respecto de las cosas del mundo.

Nuestra tarea es disminuir los dolores y los padecimientos y hacer en lo posible, que al enfermo grave le resulte aún tolerable la

vida. El fundador de la estrofantinoterapia *A. Fränkel*, dice que el médico haciendo uso de todos los medicamentos de que pueda disponer, tiene la obligación de procurar a los enfermos una muerte dulce. Y esto, si se pone en ello algún cuidado, es posible en muchos casos, aunque desgraciadamente, no en todos. Pero con toda seguridad *Fränkel* está en lo cierto cuando dice que, si entre los médicos se generalizara todavía más el tratamiento digitálico mediante las técnicas más modernas y basado en las últimas experiencias, constituiría el terrible achaque que la hidropesía representa para el cardíopata, un cuadro trágico menos frecuente para el enfermo y para sus deudos.

Yo mismo he visto repetidas veces, en cardíopatas sumamente graves y con cuya muerte sus deudos habían contado desde hacía mucho tiempo, producirse repentinamente la parálisis cardíaca y la muerte, en el transcurso de un tratamiento crónicamente intermitente con la estrofantina o con la digital y encontrándose el enfermo relativamente bien, sin disnea molesta y sin hidropesía.

En los casos de insuficiencia cardíaca crónica el médico tiene que cumplir la importante tarea de alejar de los enfermos lo antes posible, las influencias dañinas más relevantes, apartándoles de su actividad profesional, siempre que ésta resulte incompatible con el cambio que en el género de vida del enfermo impone necesariamente la enfermedad del corazón. En efecto, la insuficiencia crónica del enfermo cardíaco, en lo que se refiere a la actividad profesional de éste, resulta muchas veces tan funesta para la dirección de los negocios y para el trabajo ordenado de una explotación, que en tales casos, el médico podrá evitar grandes desgracias si a su debido tiempo se le quita al enfermo un trabajo y una responsabilidad que éste no puede ya soportar.

Respecto de este punto diremos que el médico, actuando como

consejero del cardiópata crónico, ha de tener en cuenta una cosa que puede ser de la mayor importancia para el enfermo y para su familia. Y es que no rara vez sucede que un enfermo con hipertonia grave y con miocarditis arterioesclerosa, presenta al mismo tiempo que ésta y sin que apenas se den cuenta los que le rodean, alteraciones arterioesclerósicas en el cerebro que dan lugar a hemorragias puntiformes y a pequeños focos encéfalomalácicos.

Entre los dueños de fábricas, los directores, los comerciantes o las personalidades que tienen empleos de responsabilidad, son muchos los que según el lenguaje empleado por los que les rodean, sufren un pequeño ataque «apoplético», y muchas veces, hasta varios pequeños ataques de esta clase. La mayoría de las veces no se trata de grandes apoplejías con hemorragia, es decir de una verdadera hemorragia cerebral, sino de procesos encéfalomalácicos, de hemorragias puntiformes, o de pequeños focos de reblandecimiento, sin que por efecto de ello deban necesariamente producirse fenómenos de parálisis en las extremidades; estos enfermos experimentan grandes cambios en su carácter y en su personalidad: se vuelven irritables, muchas veces iracundos y sobre todo (y esto es lo más importante para lo que estamos diciendo), cambian mucho en lo que se refiere a energía de decisión y a potencia memorística. Y teniendo en cuenta que en último término, son ellos los que han de tomar las decisiones en el negocio, muchas veces resultarán responsables de actos que en un momento dado, pueden llevarles a controversias jurídicas, a pleitos y a catástrofes en el mismo. Estos hechos hacen ver al médico que un enfermo cambiado de tal modo, detiene o pone en peligro el sano desarrollo de la marcha del negocio.

Asimismo, debería siempre pensarse que un enfermo cardíaco en el cual existan antecedentes luéticos como causa de su enferme-

dad, puede también enfermar en el sentido de una tabes o de una parálisis progresiva, hecho éste que no es tan raro observar.

Refiriéndonos a las dos principales ramas de la Medicina, la Cirugía por un lado, y la Medicina interna por otro, podremos juzgar en este capítulo, cuán diferente es la tarea que incumbe al cirujano y la que corresponde al internista. Todo lo contrario que al cirujano, le toca al internista arrostrar constantemente una responsabilidad en lo que se refiere a un gran número de pequeñas cuestiones que tiene que resolver ante sus enfermos. Al internista rara vez le concede el destino, el poder prestar al enfermo un auxilio tan enérgico como el que le presta el cirujano. Y esto explica que todo médico de alguna edad cuya actividad profesional se refiera a enfermos de Medicina interna, deba convertirse en un director y un educador de sus enfermos, en mucho mayor grado que el cirujano.

Pero al mismo tiempo explica que la línea de conducta filosófica que el médico adopta ante la vida y ante sus enfermos, deba ser cada vez más para el internista, un instrumento imprescindiblemente necesario para su actuación terapéutica, instrumento del cual puede prescindir muchas veces el cirujano. Sin un enfoque mundano de sus ideas respecto de la vida y de la muerte, el médico no podrá cuidar a los cardiópatas.

El cardiópata y su tratamiento

El tratamiento del enfermo del corazón comprende por una parte, una terapéutica *medicamentosa*, y por otra numerosas reglas y medios terapéuticos de los que no puede prescindir el médico que presta sus cuidados a un cardíaco.

En la terapéutica medicamentosa nos es indispensable conocer los resultados de la investigación en Farmacología experimental; y si bien es cierto que la investigación farmacológica no nos basta *por sí sola* para poder determinar la acción de un medicamento y calcular de antemano sus efectos con exactitud, no puede desconocerse que la Farmacología de los últimos 30 años ha establecido en nuestros conocimientos terapéuticos y en el manejo de los medicamentos bases mucho más sólidas.

Así como los conocimientos teóricos no bastan para formar al médico práctico, no existe tampoco ningún médico que se confíe *solamente a su experiencia*, prescindiendo en absoluto de la doctrina adquirida en los estudios académicos.

Los conocimientos teóricos adquiridos en la Universidad constituyen los fundamentos de los que necesariamente tendrá que servirse el médico en su vida profesional, para construir desde un principio el edificio de su actividad práctica.

La intuición y la experiencia no bastan por sí solas, así como los conocimientos de por sí, tampoco son suficientes. Sólo la cultura teórica fundamental acompañada de una experiencia práctica siempre creciente, harán que el médico vaya perfeccionando su propio

arte. Y lo mismo podemos decir de la Industria químico-farmacéutica, que sólo debe su fama mundial al hecho de que en los últimos decenios haya podido desarrollarse fundamentalmente sobre el terreno de la Farmacología experimental. Los que se dedican a practicar investigaciones en la Industria farmacéutica, necesitan aparte de los conocimientos teóricos de la Farmacología experimental, poseer también una experiencia práctica siempre creciente y la intuición necesarias para inventar nuevas preparaciones medicamentosas.

Los medicamentos así elaborados, (entre los que menciono por ejemplo al *Cardiazol*) disfrutan hoy de fama mundial, y han llegado a constituir para el médico un arma terapéutica esencial e imprescindible.

El número de dichos medicamentos, cuya preparación debemos agradecer los médicos de todas las partes del mundo, exclusivamente al trabajo de la Industria químico-farmacéutica, ha llegado a ser tan considerable, que el médico hoy día, puede estar provisto de medicamentos siempre equivalentes y de gran eficacia para numerosos casos de enfermedad, tanto en los ventisqueros de las tierras heladas, como en los trópicos, en la floresta virgen y en el desierto, en su tierra natal y en los viajes por mar.

Antes de bosquejar a grandes rasgos la terapéutica medicamentosa del enfermo del corazón, hemos de expresar con claridad un pensamiento que puede aplicarse a todo tratamiento terapéutico, pero muy especialmente a la terapéutica del cardíopata.

El médico joven tiende a ensayar muchos medicamentos y a dar siempre la preferencia al más nuevo, renunciando con ello a adquirir una experiencia de la que no se puede prescindir, sobre todo en los enfermos cardíacos y cuya falta ha de ejercer para el día de mañana, una influencia desfavorable en la seguridad de su actuación.

Importa poco *cuál* sea la preparación de digital elegida por el médico; lo que importa es que éste vaya adquiriendo diariamente una mayor seguridad en su manejo mediante la acumulación de sus experiencias y al emplear la digital siempre de la misma manera.

Son muchos los médicos jóvenes que ya no saben recetar las preparaciones de digital en la forma de infusión de hojas, o en la de polvos, que eran habituales a fines del siglo pasado. Para estos médicos resulta natural, el valerse de un preparado digitálico de valor siempre constante, proporcionado por la Industria farmacéutica, para la terapéutica por vía oral, intravenosa o rectal. Pero existe hoy todavía una generación de médicos de alguna edad que sigue aún fiel al empleo de la digital en forma de infusión o de polvo de hojas, que era habitual a fines del pasado siglo, prefiriéndolo al de los preparados manufacturados en la fábrica.

El médico que haya seguido la marcha de las investigaciones y de la literatura en los últimos 40 años (el conjunto de las experiencias sobre este punto se hallan consignadas en los libros didácticos) se decidirá hoy basado en sus estudios científicos, a elegir para su terapéutica un preparado digitálico de acción siempre uniforme, de igual eficacia y cuya composición le sea bien conocida.

Pero sólo podrán abandonarse los métodos antiguos de la terapéutica digitálica, cuando los nuevos, además de una mayor sencillez, garanticen éxitos mejores y más seguros; *sólo* estas consideraciones podrán justificar el abandono de una terapéutica hasta ahora empleada y su substitución por un nuevo plan. Con todo, al intentar el médico este cambio, jamás obedecerá a sus impacencias e inseguridades, y *por esta razón, en el manejo de sus medios terapéuticos y en la elección de sus medicamentos, deberá ser conservador en el buen sentido de la palabra.* El médico debe saber el por qué en un

caso prescribe un glucósido total, p. ej. el *Digipurátum* en tabletas, gotas o supositorios, o el por qué en otro caso se decide a administrar, por vía intravenosa durante cierto tiempo, este preparado cuyo grado de eficacia le es bien conocido.

Pero en un tercer caso, comprende que para él tiene quizás especial importancia el componente gitalina, que caracteriza al *Vero-dígeno*, si bien es cierto que con éste hay que renunciar a la posibilidad de la administración intravenosa. Pero cuando el médico quiera practicar un tratamiento digitálico preciso, no prescribirá ya a sus enfermos una tintura de digital o una tintura de estrofantó, pues sabe muy bien que la tintura de estrofantó y la estrofantina, no tienen nada que ver entre sí en cuanto a su grado de eficacia. No hemos de decidir aquí si en los estados patológicos leves, las soluciones débiles de cualquier cuerpo digitálico o de estrofantina, pueden o no combatir una debilidad del músculo cardíaco en sus comienzos; pero es lo cierto que con esta clase de prescripciones no se puede pretender, en cuanto a sus efectos, lo que ha reivindicado para sí la terapéutica digitálica moderna y científicamente comprobada.

La cuestión relativa a cuál sea el preparado digitálico estandarizado que escoja el médico para el tratamiento del enfermo del corazón, es mucho menos importante que el hecho de que elija uno bueno y se atenga siempre al mismo.

En los 20 años que llevo de práctica, no he tenido motivo alguno que me indujera a ensayar uno tras otro, los innumerables preparados de digital que durante este plazo de tiempo han aparecido en el comercio, ya que basándome en mis conocimientos científicos, veía que no me ofrecían nada nuevo. Cuando quería emplear el *glucósido total* en mi actuación terapéutica, he recurrido siempre al *Digipurátum* «Knoll». Además, mediante la experimentación clínica

y en estudios electrocardiográficos efectuados por mí, he comprobado durante años enteros, que al *Verodigeno* (gitalina) le corresponde ocupar una posición distinta de la del *Digipurátum*.

En efecto, sabemos que el *extracto frío* de las hojas se caracteriza sobre todo por el *componente gitalina*, en contraposición a lo que sucede cuando la droga es tratada por el calor.

Hasta hace poco los esfuerzos de la Industria farmacéutica se han dirigido casi siempre a poner a nuestra disposición un glucósido total, obtenido de las hojas de la digital purpúrea lo más tolerado posible por vía oral, y titulado en unidades rana; recientemente se han estudiado las sustancias extraídas de la digitalis lanata, pero las experiencias sobre ellas no están aún terminadas. *El tratamiento por la estrofantina* ocupa una posición especial en la terapéutica del cardiópata, y *Alberto Fränkel* fué quien instituyó y perfeccionó el estudio práctico y científico de la terapéutica estrofantínica.

Muchas veces, en el cardiópata descompensado *constituye la terapéutica estrofantínica intravenosa, el método de elección*, pero desde luego hemos de indicar que, *para el cardiópata, la estrofantinoterapia intravenosa y la digitaloterapia no resultan ser absolutamente idénticas.*

La estrofantina es un cuerpo cristalino puro, que corresponde a los glucósidos; los preparados de digital, p. ej., el *Digipurátum*, son glucósidos totales. Es un error el considerar y usar como sinónimas la estrofantina y la digital. En la terapéutica cardíaca, ningún médico experto renunciará a la estrofantinoterapia intravenosa, con la que se pueden obtener frecuentemente éxitos que no son alcanzables con ningún glucósido total; pero el manejo de la estrofantinoterapia intravenosa, aparte de las condiciones técnicas, requiere una gran experiencia y una indicación perfectamente establecida.

La estrofantina por vía intravenosa, puede ser peligrosa en manos del médico poco versado, a causa de errores en la dosificación. Ninguna otra terapéutica reclama, por parte del médico, un juicio crítico tan preciso como la estrofantinoterapia intravenosa. Pero para el médico que se ha acostumbrado a establecer su criterio basándose en los conocimientos aportados por la Farmacología experimental, no solamente es este tratamiento un medio terapéutico de valor extraordinario, sino que constituye precisamente un guía pronóstico para formar juicio acerca de la gravedad del cardíaco en quien se emplea el tratamiento.

Estoy conforme con *Alberto Fränkel* en que la estrofantinoterapia intravenosa constituye en los cardiópatas, una terapéutica fundada en el experimento, y resistente a una crítica científica severa; *pero no es pura y simplemente la terapéutica cardíaca.*

Con las experiencias que respecto de la estrofantinoterapia, he llevado a cabo en el Instituto de Farmacología de la Universidad de Viena, he podido demostrar experimentalmente, que son suficientes dosis mucho más pequeñas de *estrofantina*, cuando ésta ha sido mezclada con *Cardiazol*.

Se ha demostrado que la asociación de estrofantina y Cardiazol produce un verdadero refuerzo de su acción, en sentido farmacológico. Los ligeros fenómenos secundarios que pueden presentarse con el empleo intravenoso del Cardiazol-Estrofantina, se hallan descritos en la literatura y consisten preferentemente en vértigos de poca duración.

Pero con este preparado, dispuesto para el uso en forma de ampollas y designado con el nombre de *Estrofantina compuesta*, nunca se han observado acciones secundarias perjudiciales.

Según mis experiencias, el que estas acciones secundarias carezcan de importancia se explica por el hecho de que usando hoy

el Cardiazol-Estrofantina, basta, p. ej., un cuarto de milígramo de estrofantina para obtener mediante la adición de Cardiazol, el mismo efecto terapéutico que hasta ahora se alcanzaba con medio milígramo de estrofantina sin Cardiazol.

Mis ulteriores experiencias demuestran que ni siquiera es preciso que la estrofantina y el Cardiazol se hallen reunidos en una ampolla, sino que basta dar la dosis reducida de estrofantina por la vía habitual intravenosa y administrar a la vez por vía oral o subcutánea, 1 c. c. de Cardiazol tres veces al día aproximadamente. Y la experiencia ha demostrado asimismo, que la administración simultánea del Cardiazol durante un tratamiento digitálico, hace posible la obtención del efecto terapéutico con una cantidad mucho menor de digital.

De las observaciones de la práctica diaria se deduce, que los enfermos leves de insuficiencia cardíaca que se tratan por la cura ambulante, se alivian con mayor rapidez si se les administran *simultáneamente el Cardiazol y el Digipurátum*, que si sólo se les hace tomar 3 veces al día 20 gotas de Digipurátum, sin Cardiazol.

El modo de instituir el tratamiento, es, por ejemplo el siguiente: en la forma habitual, se entrega al enfermo una receta, cuya solución básica esté constituida por 10, 20, 30 ó 40 gramos de tintura de valeriana, a la cual se añaden 10 gramos de Digipurátum líquido «Knoll» y según los casos, 10 ó 20 gramos de Cardiazol líquido «Knoll».

De esta mezcla que prepara el farmacéutico, el enfermo toma p. ej., 30 gotas, 3 veces al día durante 8 días; en los 8 días siguientes 20 gotas 3 veces al día; en los 8 días siguientes 10 gotas 3 veces al día; durante las 4 semanas siguientes 10 gotas 2 veces al día y termina el resto tomando 5 gotas 2 veces al día.

Usando este procedimiento, el enfermo no sólo dispone de medicamento para mucho tiempo, sino que además, se ejerce con él sobre el miocardio una acción digitálica *tan* suave, que *sólo* da lugar

a los efectos acumulativos que estrictamente se desean, y los fenómenos de insuficiencia ligera desaparecen casi siempre con esta dosis de digital prescrita en una sola vez. Con este modo de administración del medicamento se comprueba el *refuerzo que en la acción de la digital se produce al asociar a ésta el Cardiazol.*

Si a uno de estos cardiopatas leves se le obliga a que durante este tratamiento digitálico abandone un género de vida reconocidamente dañoso—gimnasia innecesaria, deporte supérfluo además del trabajo profesional, régimen alimenticio inadecuado—, se conseguirá muchas veces sin el menor esfuerzo, el sustraer a un cardíaco leve al destino reservado a un cardíaco grave. La receta mixta que hemos citado como ejemplo, no obedece a una idea caprichosa, sino que es el resultado final de conocimientos básicos de la Farmacología experimental, referentes al problema aquí tratado.

¡*Tan sencilla puede llegar a ser la terapéutica de un cardíaco!*

Según mis experiencias, empleando dosis quizás aún más pequeñas, se lleva con éste medicación decididamente a cabo una terapéutica crónicamente intermitente, en todos los enfermos cardíacos que sufren seriamente de hipertonía; y es de precisión llevar a cabo ésta terapéutica, ya que en toda hipertonía, va poco a poco produciéndose un estado de debilidad del músculo cardíaco hipertrofiado, en el transcurso de los años. Nunca será demasiado pronto para combatir esta debilidad latente del miocardio.

Para simplificar la exposición, creemos conveniente detenernos aún un momento en la terapéutica del cardíaco que tenga su presión arterial aumentada en mayor o menor grado. Conozco incluso enfermos que desde hace años tienen una presión arterial sistólica que llega a 300 mm de Hg., medida con el Riva Rocci modificado por Recklinghausen con brazal ancho y controlada después con el Korotkow. Tampoco estos enfermos han de estar constantemente

pensando en la posibilidad de una apoplejía, pero en cambio para poder sentir un relativo bienestar necesitan usar siempre pequeñísimas dosis de digital-Cardiazol. Según mis experiencias, que no pueden documentarse científicamente, le corresponde una gran importancia al principio activo de la tintura de valeriana. En efecto: la tintura de valeriana no es sólo el medicamento de compromiso de que tantas veces se vale el médico para combatir síntomas morbosos únicamente de carácter «nervioso» o «histérico».

En el tratamiento del cardiópata desempeña un papel predominante la elección de los medicamentos que han de rebajar la presión arterial con objeto de luchar con la «enfermedad de la presión arterial». Ya en el año 1925 consigné mis experiencias relativas a las oscilaciones diarias de la tensión y me dediqué con preferencia a la observación de este síntoma. No creo juicioso el rebajar artificialmente la presión arterial aumentada, y sobre todo no lo creo así porque yo jamás he logrado rebajarla. Aún prescindiendo en absoluto de que la «enfermedad de la presión arterial» ha llegado a constituir para médicos y enfermos una psicosis de angustia, los esfuerzos para rebajarla sólo podrían ser racionales si fueran continuados obstinadamente durante años, con objeto de mantener siempre al enfermo a una presión baja, lo cual no sería soportable ni para su estómago ni para su bolsillo. Conozco enfermos que habían tomado cien tubos de tabletas y que a pesar de ello al producirse en ellos una excitación psíquica, tenían la presión arterial alta. En lo que concierne a la intervención terapéutica, sólo considero como aumento de presión las crisis que Pal de Viena, ha descrito como «extraelevaciones», que pueden llegar a ser muy peligrosas para los enfermos y requieren un tratamiento inmediato. El médico que conoce a su enfermo, comprueba estas «extraelevaciones» no solamente con el aparato para medir la presión arterial, sino que los deduce de las molestias

de su paciente: sensación de peso en la cabeza, fenómenos oculares, vértigos, y de sus múltiples quejas, que expresa empezando con las palabras «como si»; por ejemplo: como si la habitación oscilara, como si los raíles del ferrocarril se doblaran, como si al subir escaleras la escalera viniera contra él, como si sufriera un semi-desvanecimiento, etc.

En el tratamiento de estos estados he evitado siempre los medicamentos de acción enérgica, como el Luminal y otras sustancias análogas. Como medicamentos de elección indicaremos los preparados de teobromina (véase Meyer-Gottlieb: Experimentelle Pharmakologie, 8ª edición) y entre dichos preparados he empleado siempre, desde hace dos decenios, la Diuretina «Knoll», la Yodo-Calcio-Diuretina o la Rodán-Calcio-Diuretina «Knoll». Aparte de la eufilina, carezco de experiencia respecto de otros preparados de teobromina.

Si hay que tratar una «extraelevación» empleo también en este caso una receta reglamentariamente formulada, y administro durante un período de 8 a 14 días grandes dosis de Diuretina, suspendiendo luego el uso del medicamento. La Yodo-Calcio-Diuretina o la Diuretina en polvo (1 g de estas sustancias) mezclado con 0,6 de Bromural «Knoll» en polvo, se han acreditado como mezclas excelentes. Si el insomnio es acentuado, se pueden añadir además, 0,25 ó 0,5 de Evipán «Bayer». La toxicidad de este polvo (por cierto algo voluminoso) es mínima, y su efecto es brillante. De todos modos, en las extraelevaciones graves es preciso que el enfermo guarde cama, y en caso necesario, *se le administra durante los 3 primeros días, una de las papeletas indicadas 3 veces al día*. Después de estos 3 días, se podrán enséguida rebajar las dosis, dejando sin temor este polvo en manos del enfermo, para que pueda recurrir a él, si más adelante se produce una agravación en sus molestias.

Fuera de estos casos, todavía no he tratado nunca la presión arterial como un síntoma aislado, y no creo haber incurrido ante mis enfermos cardíacos en el pecado de omisión.

Según una frase de un sabio francés, los preparados de teobromina son para la aorta y los vasos, lo que la digital es para el corazón.

Después de lo dicho, expondremos en pocas palabras algunas ideas fundamentales relativas al empleo de tóxicos en el tratamiento del enfermo del corazón.

En la «Revista Médica Latino-Americana», año XVII, Octubre de 1931, bajo el epígrafe «Experiencias Clínicas sobre el tratamiento del cardíaco descompensado», publiqué mis experiencias sobre el Digipurátum, el Verodígeno y la estrofantina. Este trabajo contiene extensas y numerosas tablas, en las que el lector que se interese por esta cuestión puede sobre todo, seguir el cambio de uno u otro de los glucósidos de la digital.

Al exponer las consideraciones relativas al empleo de tóxicos en el cardíaco, no podemos renunciar a tratar de los glucósidos de la digital, ni de otras substancias análogas. Muchos pacientes recelan tomar durante largo tiempo medicamentos que ellos tienen por tóxicos, y que en realidad lo son.

Pero no existe ningún tratamiento de una cardiopatía verdaderamente orgánica en el que pueda renunciarse en principio, al empleo de la digital en alguna de sus formas. Un considerable número de médicos y enfermos *homeópatas*, rechazan el tratamiento digitálico, o bien emplean la digital en sus clásicas diluciones débiles, por efecto de lo cual una insuficiencia cardíaca grave se va empeorando aún más de día en día; y por la gran simplicidad de las fórmulas usadas para los cardiópatas leves, se ve que también el alópata, puede verse a veces obligado a emplear las dosis homeopáticas.

peor es la prescripción de medicamentos enérgicos sin atenerse a una indicación absolutamente precisa.

La asociación de ideas: dolores—y morfina, Dilaudid o Pantopón; disnea, tos—y codeína o Dicodid; insomnio—y Veronal, y muchos otros ejemplos, descubren más bien una ligereza en los juicios del médico, ligereza que con frecuencia es peligrosa para el enfermo.

En principio, basándome en una experiencia de veinte años, me atengo al punto de vista de que la administración de medicamentos tóxicos requiere que el médico posea el más alto sentido de su responsabilidad. Seguramente mediante el empleo de estupefacientes y venenos se debilitan las fuerzas curativas normales del hombre enfermo, y estas fuerzas naturales radican lo mismo en la substancia corpórea que en propiedades psíquicas, no definibles; por lo tanto, una y otras han de ser vigorizadas, pero no paralizadas.

Se comprende que en el enfermo del corazón *no* pueda prescindirse transitoriamente del empleo de la morfina y sus derivados, y muchas veces se requerirá también el administrar un hipnótico de acción segura. Pero desde el instante en que el médico da uno de estos medicamentos enérgicos y también tóxicos, tendrá que pensar constantemente en el momento de pasar lo antes posible a una terapéutica más inofensiva. Con excesiva frecuencia ocurre que el médico cede en un cardíaco grave ante los deseos del paciente, hecho comprensible y justificado desde el punto de vista humanitario, y al hacerlo se encuentra con que en lo sucesivo, además de a un enfermo del corazón, ha de tratar a un morfínómano.

No hay nada tan peligroso como el que el enfermo diga al médico, que no puede ya «vivir» sin este o aquel medicamento.

Entre los medicamentos que el cardíaco necesita en primer término en determinados estadios de su dolencia, se encuentra el alcanfor. Muchas veces el aceite alcanforado en solución fuerte es impres-

cindible en el tratamiento de los enfermos del corazón; pero desde que, con el Cardiazol «Knoll» poseemos un analéptico perfectamente soluble en agua y de acción sorprendentemente rápida, podemos evitar en muchos casos, las inyecciones de aceite alcanforado, que son desagradables para el enfermo. Hoy en el tratamiento de los cardíacos no se puede ya renunciar al Cardiazol—(pentametilentetrazol); teniendo en cuenta que este medicamento, siempre de calidad inalterable, se ha acreditado, no sólo como analéptico sino también como tónico circulatorio, con absoluta independencia de las influencias climatológicas, lo mismo en los rigurosos fríos del invierno que en los trópicos, y lo mismo empleado en forma de gotas que en la de tabletas o en la inyección intramuscular, subcutánea o intravenosa o por la vía rectal; teniendo esto en cuenta se comprende que para todo médico que lo haya usado una vez, constituirá en lo sucesivo un recurso esencial de su arsenal terapéutico.

En casos en que el médico, además del efecto estimulante del alcanfor necesite también utilizar una acción calmante sobre el centro respiratorio o la corteza cerebral, y quiera evitar las acciones secundarias de la morfina, encontrará en el *Cardiazol-Dicodid* y en el *Dilaudid*, auxiliares de gran valor.

Hace algunos años, un internista experto me dijo que él apreciaba el valor de un médico por el número de sus recetas de morfina. «Un médico que constantemente recete morfina, nunca es un buen médico», decía, y este consejo prudente ha influido tanto en mi actuación terapéutica, que en la actualidad constituye una rareza el que en mis recetas prescriba la morfina y otras sustancias análogas, de igual modo que los hipnóticos enérgicos y los numerosos purgantes, aparentemente tan inofensivos.

Sin renunciar a la ambición de alcanzar buenos éxitos en mis enfermos cardíacos, logro con mucha frecuencia mi objetivo de un

modo sorprendente con los llamados medicamentos inocuos. Personalmente empleo desde hace muchos años las *tabletas de Paracodina* «Knoll» como medio calmante, y también *Bromural* «Knoll», haciendo muchas veces que el farmacéutico prepare y entregue al enfermo en polvo la mezcla de ambas sustancias, que contenga cada una de ellas en las proporciones adecuadas al caso.

La técnica de que el médico moderno se vale para combinar en forma de una receta apropiada, los medicamentos puros que le proporciona la Industria farmacéutica, la consideramos como un arte especial, y que además, tiene gran importancia.

No es lo mismo que se prescriban a un enfermo cuatro tubitos, o que con el contenido de estos tubitos se prepare una mezcla pulverulenta. El factor psíquico desempeña en esto un gran papel; pero además sabemos también, que asociando varios medicamentos se refuerza la acción de cada uno de ellos.

Finalmente, en ningún caso podemos renunciar al empleo de los *preparados de teobromina* en las enfermedades cardíacas y vasculares, y tampoco al de la *nitroglicerina*, en el ataque de angina de pecho. De los medicamentos respecto de los cuales tengo experiencia, citaré la *Eufilina* y la *Diuretina*, y esta última ha sido aún reforzada en su acción, por habersele añadido los componentes yoduro potásico y cálcico, constituyéndose el producto *Yodo-Calcio-Diuretina*; pero ya hemos indicado que los medicamentos de esta clase, correspondientes al grupo de la teobromina, que actúan por su acción diurética, no deben ser administrados inconsideradamente durante meses «sólo porque un cardíaco tenga una presión arterial demasiado elevada». Antes hemos hablado ya de esto así como también de las combinaciones de mezclas pulverulentas, de gran valor terapéutico, que yo con frecuencia amplío, prescribiendo, p. ej., 1 g de *Yodo-Calcio-Diuretina* con 1 ó 2 tabletas de *Paracodina* ó 1 ó 2 tabletas de Bro-

mural, para preparar una mezcla pulverulenta. Según sea el estado del enfermo, se le hace tomar una papeleta mezclada entera o media papeleta.

En muchos casos, no debe prohibirse a los cardiópatas el uso del café, basándose en que tiene *cafeína*. Pero antes de decir algo respecto de este medicamento, que corresponde ya a las bebidas de placer, hemos de señalar en primer término, el *Salirgán*, sin cuyo empleo, en combinación con una terapéutica digitálica, se hace imposible muchas veces la deshidratación del organismo y con ella, el restablecimiento de la compensación.

Con lo antedicho, sólo he podido bosquejar en forma muy resumida la terapéutica medicamentosa del enfermo del corazón. He dejado de mencionar muchas contingencias; he olvidado algunas cosas, y otras no he podido decirlas porque no las sé; es decir, porque sobre ellas me falta la experiencia práctica.

Dice un proverbio que «*por todas partes se va a Roma*», y tal proverbio resulta especialmente aplicable a la terapéutica del enfermo del corazón; pero, siguiendo con la metáfora, diré que «*realmente hay que llegar a Roma*», y el camino que he indicado conduce a este objetivo. Ciertamente, es éste un camino exclusivista y también es cierto que otros colegas, empleando otros medicamentos, han obtenido resultados muy diversos; pero yo tenía que proponer, los míos, porque en ellos se han fundado mis experiencias médicas.

La terapéutica no medicamentosa del cardiópata la encontrará el lector dispersa en los distintos capítulos de este libro.

Pero antes de dar por terminada esta sección relativa al tratamiento medicamentoso, consideramos conveniente hablar de la *terapéutica digitálica rectal*.

En sus fundamentos, esta terapéutica fué introducida por *Eichhorst* en Zürich, a fines del siglo pasado. Después *Erich Meyer*, en

Goettingen, la ha perfeccionado mucho y la ha puesto definitivamente al servicio de los médicos; y yo, al mismo tiempo que él, vengo coleccionando desde el año 1920 mis observaciones respecto de ella.

A causa de los fenómenos de estasis que sufre el cardiópata crónico, los procesos de reabsorción gástrica se realizan en él en malas condiciones; y a ello hay que añadir que todos los glucósidos de la digital, empleados durante mucho tiempo por la vía oral, irritan la mucosa del estómago y tienden a producir anorexia.

Con objeto de respetar las funciones del estómago y mejorar las condiciones de reabsorción, se ha estudiado con todo esmero el modo de emplear los preparados digitálicos por la vía rectal. Con la administración rectal, las sustancias activas llegan inmediatamente al corazón sin pasar por el hígado, y sobre todo quedan excluidos los molestos síntomas gástricos, que a veces pueden hacer ilusoria la medicación por vía oral.

La Industria farmacéutica reconoció muy pronto las grandes ventajas de la terapéutica digitálica rectal, y así, también la Casa Knoll ha presentado al comercio su Digipurátum en forma de supositorios, dispuestos para el uso inmediato. En los países, en que los supositorios de Digipurátum no están de venta, se puede llevar a cabo la terapia digitálica rectal mediante el uso de micro-enemas, que se preparan con el Digipurátum líquido; también *Eichhorst* lo ha hecho así en un principio.

Con ello el médico tiene a mano el Digipurátum «Knoll», como preparado digitálico sólidamente estandarizado y siempre de igual valor, para emplearlo lo mismo en forma de tabletas, que en la de gotas o por la vía rectal. Y finalmente, se halla también en situación de usar el mismo preparado Digipurátum en ampollas para la inyección intravenosa, dispuestas para su inmediato empleo.

En el tratamiento del cardíaco crónico es de gran importancia que el médico pueda cambiar la forma y modo de administración de un determinado preparado digitálico, para adaptarlo a las condiciones clínicas del caso. Así por ejemplo, ante un estado amenazador, puede emplear el médico sin peligro, 3 veces al día 0,1 g de substancia digitálica activa por vía intravenosa; pero desde el momento que se produce el primer efecto favorable y deseado en la circulación, en vez del empleo intravenoso, siempre prolijo y, sobre todo que requiere su presencia, podrá prescribir al enfermo 3 veces al día un supositorio de Digipurátum, que contenga la cantidad equivalente de digital.

Una vez que el efecto de la digital se ha obtenido ya, p. ej., después de la administración de 1,5 a 2,0 g de substancia digitálica activa, el médico puede empezar con la administración de 10 ó 20 gotas de Digipurátum, 3 veces al día, que se hacen tomar disueltas en gran cantidad de agua, después de las comidas.

Después de corregida en principio, la insuficiencia cardíaca, podrá conservarse la suficiencia alcanzada, administrando una dosis muy pequeña de Digipurátum por vía oral, dosis que se puede ir reduciendo cada vez más. Y con objeto de respetar en lo posible el estómago, puede también darse la preferencia a la vía rectal, y en tal caso se procederá asimismo lentamente, a la reducción de la dosis. Pero en principio, no se suspenderá en absoluto la administración del medicamento.

Así p. ej., después de corregida la descompensación, se prescribe al enfermo la aplicación de un supositorio cada 2 ó 3 días; y conozco enfermos, que a pesar de conservarse en buen estado durante meses y años, siguen aplicándose con toda regularidad 2 supositorios por semana, lo cual representa una dosis de Digipurátum muy pequeña, pero que sin embargo, resulta completamente eficaz, ya que con ella

se conserva la suficiencia, una vez alcanzada. Después se intercalan también algunas semanas en las cuales se aplica sólo un supositorio, pero si el estado del enfermo empeora, es preciso aumentar de nuevo la dosis.

También podemos en un determinado momento, interrumpir completamente durante uno o dos meses, el uso del medicamento, con lo cual se ve hasta qué punto el enfermo tiene o no tiene necesidad de la digital.

Alberto Fränkel, en sus investigaciones sobre la estrofantina practicadas en clínica, dice con razón, que la cantidad de digital necesaria, (o la dosis de estrofantina respectivamente) constituye un sutil punto de apoyo para el pronóstico. Cuanto mayor es la necesidad de digital en el sentido admitido por *Fränkel*, tanto más desfavorable será el pronóstico y tanto más acentuada la lesión del miocardio.

Para interrumpir la terapéutica rectal, bastará como antes hemos indicado, administrar durante algunos meses unas pocas gotas de *Digipurátum*.

En las líneas que acabamos de bosquejar está contenida una afirmación científica muy importante para la terapéutica digitálica: cuando existe en el cardíaco la necesidad de la digital, es equivocado intercalar en el tratamiento digitálico una pausa demasiado prolongada ante el temor del uso crónico de un «veneno», pues en principio, el cardíaco se halla sometido durante toda su vida a la necesidad de tomar digital.

Eichhorst, Kussmaul, el gran clínico de fines del siglo XIX, y *J. Grödel*, de *Bad Nauheim*, aceptaron y practicaron el tratamiento digitálico crónicamente intermitente del cardíaco. Hoy sabemos que es mucho más importante el que un cardíaco cuya lesión ha podido ser bien compensada, se mantenga en lo posible compensado para el

resto de su vida, que el intervenir repetidamente cada vez que una nueva descompensación grave requiere nuestro auxilio.

El gran arte de la terapéutica digitálica consiste en prevenir en nuestros cardíacos, la aparición de nuevas descompensaciones, pero esto sólo es posible si el médico se ha familiarizado con el tratamiento digitálico crónicamente intermitente. Y por lo que a éste se refiere, el arte del médico consistirá en obtener los mejores efectos con las dosis más pequeñas de digital.

El empleo rectal de la digital ha simplificado mucho la práctica de este tratamiento crónicamente intermitente tan importante para nuestros cardíopatas, ya que no se puede tratar durante años enteros a uno de tales enfermos por la vía intravenosa, y su estómago tampoco podría tolerar durante tanto tiempo los glucósidos de la digital. En cambio, el tratamiento digitálico rectal casi nunca produce fenómenos de irritación de la mucosa del recto, por lo cual no fracasaremos jamás si lo empleamos.

Y sobre todo, en el tratamiento crónicamente intermitente con la digital se pueden intercalar pausas, que han de ser vigiladas con el mayor cuidado, no pudiendo prolongarlas mayor tiempo que el tolerado por el estado del cardíopata.

He consignado gráficamente todas estas experiencias en el trabajo español antes citado, que es la relación escrita de una conferencia que tuve el honor de dar en el Gran Congreso de Medicina Interna celebrado en Buenos Aires, el año 1931.

Debemos hacer notar taxativamente, que el arte del médico en este tratamiento, consiste en cambiar con oportunidad la terapéutica, eligiendo la intravenosa, la oral o la rectal, de acuerdo con la situación del cardíaco.

He reunido mis experiencias personales, practicadas con el *Digipurátum*, que es adecuado para todas las formas de empleo aquí

descritas, y además de esto, he adquirido una experiencia especial respecto del Verodígeno Boehringer.

Y lo que aquí, en principio digo del Digipurátum «Knoll», tiene su aplicación a todos los preparados digitálicos de la Industria farmacéutica que en la actualidad están estandarizados y en cuya acción se puede confiar; pero lo que importa es que el médico tenga mucha experiencia respecto de un preparado determinado, y no que hoy ensaye este y mañana aquel, contando con que han de ser algo nuevo y más eficaz que lo anteriormente usado.

Desde hace unos 10 años la terapéutica digitálica crónicamente intermitente ha experimentado una mejora esencial, gracias a la introducción del Cardiazol por Knoll.

En concordancia con otros investigadores, he podido comprobar la acción sinérgica del Cardiazol, o sea el aumento de acción que el Cardiazol produce en las pequeñas dosis de Digipurátum; por consiguiente, con pequeñas cantidades de éste se podrá obtener el efecto deseado, si se administra simultáneamente un poco de Cardiazol.

En las enfermedades del aparato circulatorio hemos de tener casi siempre en cuenta dos factores: el motor enfermo y el sistema vascular, arterial y venoso por él provistos. Pero el corazón y el sistema vascular constituyen un todo cerrado y solamente podemos considerarlos separados bajo un punto de vista teórico al hacer el análisis de la Patología circulatoria. En la terapéutica hemos de tener simultáneamente en cuenta el fallo en el sistema vascular y la debilidad del motor. Aún considerándolo bajo un punto de vista teórico, la debilidad pura del motor conduce siempre inmediatamente a una alteración en la vía circulatoria y viceversa, una dilatación brusca de un amplio territorio vascular (p. ej. el terreno del esplácnico) conduce a una especie de vaciamiento del corazón.

No podemos separar en la práctica el sistema vascular del sistema cardíaco vivo. Este es el motivo del por qué un medio tan activo como el Cardiazol tiene con derecho el atributo de «medio circulatorio».

En la práctica ha quedado reducido a una cuestión de palabras de si al Cardiazol se le reconoce una acción sobre el corazón.

Las debilidades cardíaca y vascular dependen causalmente entre sí de tal modo, que la mejoría en el sistema vascular se manifiesta también sobre el corazón, así como el aumento de la potencia cardíaca se expresa inmediatamente y del mismo modo sobre el estado de los vasos periféricos. Precisamente por esto, se combinan el Cardiazol y el Digipurátum con especial preferencia.

Este es también el motivo del por qué tratamos las alteraciones del ritmo cardíaco (que también pueden producir un empeoramiento de la masa circulante en la periferia) no solamente con quinina o quinidina, sino en combinación con un analéptico como p. ej. el *Cardiazol-Quinina*.

No entro en la cuestión de si se debe intentar quitar a cualquier precio una arritmia cardíaca mediante una terapia intensiva a base de quinina. La experiencia enseña que en estos casos se dan muy frecuentemente de un modo unilateral, grandes dosis de estos preparados que desde luego actúan muy activamente, pero que se olvida la unidad del sistema cardiovascular y no se da digital. Precisamente por esto es importante que al querer combatir una arritmia como tal, se administre desde un principio la combinación de Cardiazol-Quinina y simultáneamente Digipurátum.

En los trastornos extrasistólicos ligeros que no conducen a una alteración de la potencia cardíaca ni a trastornos circulatorios serios y que la mayoría de las veces solamente inquietan mucho al enfermo, empleamos desde hace muchos años una receta clásica: Alcanfor 3,0,

Clorhidrato de quinina 2,0, Valerianato de cinc 1,0, h. s. a. p.
1 píldora iguales N°. 60, para tomar 1 píldora tres veces al día.

Esta receta introducida hace treinta años para las arritmias por el clínico *Kussmaul* y después por *Groedel*, se ha acreditado extensamente para las alteraciones de naturaleza arriba indicada.

En el desarrollo de la electrocardiografía y la experiencia sobre la arritmia, se ha elaborado después la terapia por la quinina (v. *Bergmann*).

Si se recurre a esta antigua receta en una forma de aplicación mejor y más moderna, es evidente que se pueden combatir del modo más sencillo lesiones leves con Cardiazol-Quinina y algo de Digi-purátum.

Ya hace tiempo que no renunciamos a la quinina en esta combinación en semejantes estados patológicos y que hemos aprendido a ganar para la quinina un nuevo e importante campo de aplicación: la terapéutica cardíaca. Con esto ha venido la quinina al tesoro farmacológico del médico sobrepasando su empleo en las enfermedades infecciosas.

Pero mientras que yo quisiera más bien prevenir sobre el empleo *unilateral* y *único* de los preparados de quinina y quinidina en las alteraciones cardíacas y circulatorias, se puede recurrir con el mejor resultado a la terapéutica por el Cardiazol-Quinina o Cardiazol-Quinina-Digipurátum en la más variada dosificación.

Ello ha conducido también al empleo de la Estrofantina compuesta «Boehringer», en la forma antes descrita, en la cual la dosis de estrofantina fué reducida desde $\frac{1}{2}$ mg a $\frac{1}{4}$ mg mediante la adición de 1 c. c. de Cardiazol, obteniéndose a pesar de ello el mismo efecto. Estas ampollas se encuentran en el comercio preparadas para el uso inmediato.

Si en principio, el médico se acostumbra a asociar axiomáticamente el Digipurátum y el Cardiazol, le bastará emplear como dosis total, cantidades muy pequeñas de Digipurátum.

Antes de que la Industria farmacéutica hubiera ofrecido a la clase médica los preparados digitálicos uniformemente estandarizados, había una generación más antigua de médicos que estaba sujeta a tener que prescribir la digital como infusión de hojas, a modo de té, o bien empleaba las hojas en forma de polvo. Pero la eficacia de esta fórmula oficial presentaba grandes oscilaciones ya que la droga digital tenía un grado de acción muy distinto según la época del año y el sitio de su cultivo.

Para los médicos antiguos, 3 g de polvo de hojas de digital era la cantidad que solía darse a un cardíaco grave; esta era la cantidad que se daba a los cardiópatas gravemente descompensados, repartida en el transcurso de 4-8 días.

Hoy, con las preparaciones digitálicas bien tituladas, podemos obtener buenos resultados con cantidades totales mucho más pequeñas. No debe olvidarse que la Farmacología experimental, en cooperación con los laboratorios científicos de la Industria farmacéutica, ha facilitado extraordinariamente al médico el manejo de la terapéutica para los enfermos del corazón al mismo tiempo que le da mayor seguridad. Y este constituye el gran mérito de la Industria farmacéutica de nuestro siglo.

Finalmente, por lo que a la Terapéutica medicamentosa se refiere, debo decir al médico a modo de consejo, que no es prudente que influido por el temor que siente por el cardíopata, le prescriba simultáneamente demasiadas sustancias medicamentosas confundidas y mezcladas entre sí, *sobre todo al principio del tratamiento*, puesto que en este caso sería muy difícil conocer, a qué medicamento se ha debido en realidad el efecto terapéutico.

La terapéutica ha de ser clara y precisa. Ordinariamente significa ésta en el cardiópata: tratamiento directo del corazón mediante la digital, y su tratamiento indirecto por medio de la vigilancia cuidadosa de la circulación periférica.

Precisamente el cardíaco con descompensación grave necesita no sólo medicamentos cardíacos en el sentido más estricto, p. ej. Digipurátum o estrofantina, sino que exige un tratamiento circulatorio en el más amplio sentido de la palabra.

Para este tratamiento necesitamos todos los medicamentos que se conocen con la denominación de analépticos: alcanfor, Cardiazol, caféina, y por esta razón es por lo que frecuentemente prescribimos también el champán.

En la elección de los medicamentos que actúan por su efecto analéptico tendremos en cuenta que la acción del Cardiazol, semejante a la del alcanfor, puede ser considerablemente aumentada si se hace uso del *Cardiazol-Efedrina*. Nos es bien conocida la gran influencia de la adrenalina sobre el estado de los vasos sanguíneos; para actuar sobre éstos, utilizo con gran ventaja el Digipurátum y el Cardiazol o el Cardiazol-Efedrina, además del gran número de medicamentos antes mencionados que están a nuestro servicio para mejorar la circulación general, sin apartarme con ello de la orientación terapéutica.

El Digipurátum tiene la ventaja de que podemos administrarlo sin peligro alguno dos o tres veces al día por vía intravenosa al comienzo de la descompensación, es decir en el estadio más grave de la misma, pudiendo pasar después a la terapéutica rectal con el mismo medicamento, en cuanto se manifiestan los primeros signos de mejoría. O bien el médico se decide por la estrofantina. Y es que, realmente, puede también prestarse auxilio a los enfermos con otros valiosos preparados, e incluso con preparados digitálicos correspondientes a la misma clase.

Pero conviene que la orientación terapéutica quede siempre clara, y no resulte borrosa por el hecho de haberse empleado simultáneamente desde un principio demasiados medicamentos.

Asimismo no considero indicado que una bronquitis grave por estancación sea tratada como si fuera una neumonía, con altas dosis de quinina o de quinidina. En ella debemos seguir de momento una conducta expectante, fijándonos solamente en lo que sucede en el aparato circulatorio, que es el que por su insuficiencia ha provocado el conjunto del cuadro patológico.

Es muy frecuente que en los primeros días no podamos prescindir de los preparados de morfina; pero incluso cuando así suceda, hemos de obrar con prudencia y emplear los derivados débiles de morfina que se encuentran en el comercio, en lugar de recurrir siempre a la inyección de morfina. Muchos enfermos no toleran la morfina, y otros muchos reaccionan también con vómitos a la acción del Pantopón. En cambio con el Cardiazol-Dicodid o el Dilaudid, se puede obtener muchas veces el mismo efecto terapéutico que incondicionalmente se requiere, sin que se deban tener en cuenta las desagradables acciones secundarias de la morfina. Desde el momento en que se manifiesta una mejoría, bastará administrar en muchos casos por la noche, una pequeña dosis de Cardiazol-Dicodid, ó 2 ó 3 tabletas de Paracodina.

Con este consejo, basado en el criterio biológico y en un gran número de experiencias, se pretende hacer que las sustancias medicamentosas de acción tóxica, de las cuales con frecuencia nos es imposible prescindir del todo, sean empleadas con la mayor moderación posible y se atenúan lo más pronto que se pueda por medio de la disminución de las dosis o del cambio del preparado. Pues con seguridad lo importante para los enfermos del corazón y para todo enfermo crónico, es el respetar las fuerzas curativas de la Natur-a

leza, evitando que éstas sean dañadas o paralizadas durante demasiado tiempo por la acción de los venenos. En los estados de mayor gravedad, con la administración de estos tóxicos podemos ejercer una acción protectora sobre dichas fuerzas, pero desde el momento en que las fuerzas curativas se manifiestan por una mejoría se hace preciso comenzar enseguida a dejar de lado los medicamentos narcóticos.

Para terminar, hemos de decir aún algunas palabras sobre un nuevo preparado digitálico que se obtiene de la *digitalis lanata* y no de la *digitalis purpúrea*; y al hablar de este preparado nos referimos lo mismo al *Pandigal* que al preparado comercial que la Casa Sandoz ha elaborado exactamente, dándole el nombre de *Digilanid*. Sin embargo, las experiencias relativas a este preparado no están aún terminadas, y si lo mencionamos en este lugar es porque precisamente el médico joven se forma con facilidad la ilusión de que todo nuevo preparado digitálico del comercio, aporta consigo una transformación fundamental de la terapéutica digitálica, hecho éste que no se confirma en la realidad.

Fundándome en mis experiencias, he de consignar expresamente que además del *Digipurátum «Knoll»* en todas sus formas de empleo, existen en gran número, otras importantes marcas comerciales de valiosos glucósidos totales de la digital. Pero hasta ahora, entre los productos aparecidos en los últimos 25 años, sólo puede considerarse como nuevo el *Verodígeno* por el principio en que se funda y algo completamente distinto es la *estrofantina*. En los próximos años tendrá que verse si al *Digilanid* le corresponderá o no el papel de novedad entre los cuerpos digitálicos.

No creo necesario describir aquí detalladamente el tratamiento no medicamentoso del cardíopata; la experiencia médica por una parte, y los sentimientos humanitarios ante el enfermo por otra, han de constituir su principal fundamento.

Esta actitud humanitaria ante el cardíaco forma parte integrante de la mundología del médico al cual el enfermo se confía. Aquél que se atiene rigurosamente a la letra de los textos y se deja conducir por sus divagaciones teóricas, actúa en forma poco práctica; y el que sea conocedor de la vida y haya llegado a comprender la espiritualidad del enfermo, no permanecerá apegado al dogma.

Un médico prohíbe al enfermo el café, el vino, la cerveza y el tabaco, y le dice además, que no puede ni agacharse ni esforzarse, y que no se debe excitar; en cambio otro médico cree que el mantenimiento de tantas prohibiciones constituye una molestia, y a veces hasta una imposibilidad para el enfermo. En el tratamiento del cardíaco, el arte ideal consiste en servirle de guía afectuoso pero prudente, que procure conservar en el enfermo no sólo la energía cardíaca, sino también el resto de su alegría de vivir, acompañándole como amigo y consejero hasta una muerte sin sufrimientos.

Con respecto a los medios no medicamentosos que corresponden fundamentalmente a la terapéutica del cardíaco, lo que es de empleo esencial y cotidiano lo encontrará el lector expuesto, en forma de breves indicaciones, en las distintas secciones de esta pequeña obra.

Terminamos este capítulo recordando un pensamiento del célebre clínico alemán *Kussmaul* que ejerció a fines del siglo pasado.

Este autor dijo: Es mucho mejor, más juicioso y más digno del médico, el hacer que con cierta tolerancia en el trato del cardíaco, se le ponga en situación de poder gozar, p. ej., seis años más de una vida soportable, terminada por una muerte tranquila y sin sufrimientos, que el sujetarle a prohibiciones excesivamente severas, convirtiendo el tiempo de la enfermedad en un suplicio para el enfermo y para sus deudos, aunque con dichas prohibiciones se logre tal vez prolongar un par de meses más, una vida tan penosa.

CAPITULO IX

El cardiópata: su imagen radiológica y su electrocardiograma

El médico que quiera formarse un criterio preciso respecto de un enfermo cardíaco, no puede renunciar a la radiografía ni al electrocardiograma. Hoy el instrumental de ambos medios de exploración se ha reconstruido y simplificado de tal modo, haciéndose tan manejable y seguro en su uso, que el internista debería, por lo menos, estar capacitado para la técnica de la radioscopia de los órganos del tórax y para la obtención de un electrocardiograma en el gabinete de consulta. Estos dos instrumentos diagnósticos son más importantes que muchos aparatos terapéuticos que adornan el despacho del médico.

Un aparato Röntgen y un electrocardiógrafo, en el gabinete de consulta, son, para el médico, más importantes que un aparato de diatermia y un aparato para sol de altura. Al elegir sus aparatos, el médico debería tener en consideración la máxima «*Divide et impera*». Es importante que sea el mismo médico el que practique las radioscopias y se encargue de llevar a cabo las observaciones electrocardiográficas de sus enfermos; por muchas razones no es conveniente encomendar estas investigaciones a personas ajenas. No precisa siempre la obtención de un film del corazón, que resulta caro. El médico se puede acostumbrar al uso de una placa de celofán superpuesta a la pantalla radioscópica, y obtener un calco fluoroscópico usual. Muchas veces, en el gabinete de consulta, el médico tendrá que prescindir de exactitudes matemáticas, y también tendrá que renunciar a la obtención de una teleradiografía. Los pequeños errores a que puede dar

lugar el calco fluoroscópico usual carecen en absoluto de valor, porque con el transcurso del tiempo y con la experiencia que le proporcionan las radioscopias practicadas por él mismo, el médico va adquiriendo una *percepción segura de la forma del corazón*—y precisamente esto es lo que importa. En cambio, no tiene importancia alguna, el que los calcos fluoroscópicos tengan pequeñas incorrecciones en el dibujo, porque, considerados en conjunto, los calcos dan, para los diferentes enfermos, imágenes que resultan exactas para cada médico. Este procedimiento de los calcos tiene, además, la ventaja de la economía para los interesados. La radioscopia seguirá inmediatamente al examen físico, y muchas veces constituye el mejor maestro para el médico.

Si es necesario obtener un electrocardiograma en el gabinete de consulta, podrá ser técnicamente ejecutado por un ayudante, sin que el médico tenga que interrumpir su trabajo; enseguida se revela, y es examinado por el médico, antes de que éste tenga su conversación final con el enfermo.

Con el análisis de la orina y la medida de la presión arterial, que mientras tanto se han practicado, queda completo, en el marco de lo posible, el examen de la circulación de un enfermo, realizado en el gabinete de consulta.

Con respecto al instrumental para obtener electrocardiogramas en el hombre, fundándome en mis propias experiencias, puedo recomendar, en definitiva y hasta para el médico exigente, el aparato transportable de Siemens-Reiniger-Weifa, desde hace algunos años introducido en el mercado con el nombre de «Electrocardiógrafo».

En 1913 llevé a cabo mis estudios con el descubridor del galvanómetro de cuerda, *Einthoven*, hoy ya fallecido, que fué, quien hizo posible, por primera vez, la obtención del electrocardiograma

en el hombre; mi objeto fué introducir definitivamente en la clínica de Heidelberg esta técnica de exploración diagnóstica. Durante años enteros, trabajamos con los modelos del galvanómetro de cuerda, que son sumamente complicados y muy sensibles; y yo, en el transcurso del tiempo, he trabajado con todos los instrumentos de uso corriente. El principio del galvanómetro de cuerda y el del electrocardiógrafo construido para la práctica por Siemens-Reiniger-Weifa, desde el punto de vista físico, no tienen nada que ver el uno con el otro. El fisiólogo experimental que quiera investigar las corrientes de acción en el tétanos producido por la estricnina, no podrá prescindir de un gran galvanómetro de cuerda.

Pero aquél que, ateniéndose a su cultura adquirida en la clínica, quiera llevar a la práctica la serie de ideas basadas en una experimentación exacta y que vienen admitiéndose desde tiempos antiguos, resultará un teórico y jamás llegará a ser un médico práctico. Yo me he ido distanciando poco a poco de la «exactitud matemática» de la clínica y de sus laboratorios, y he sentido, muchas veces con la sensación acerba del renunciamiento, cuáles son las verdaderas necesidades de la vida práctica.

Para los internistas o los especialistas del corazón (éste, como se comprende, ha de ser un buen internista) constituye una necesidad perentoria el obtener electrocardiogramas *humanos* irreprochables. La obtención de derivaciones no debe producir dolores al enfermo, y ha de ser sencilla y limpia. La introducción de agujas de platino para obtener un electrocardiograma a la cabecera del enfermo, es impracticable. La habitación de los enfermos y el gabinete de consulta no deben ser considerados como una estación accesoria de una clínica guiada por fundamentos científicos o de un establecimiento de investigación. Las necesidades del enfermo son las que han de decidir. Sin embargo, el que en este punto se atenga dema-

siado a costumbres viejas por las cuales siente apego, con el tiempo, sufrirá decepciones.

Debemos pues preguntarnos: *¿qué valor tiene el electrocardiograma en la práctica y en la clínica?*

La cuestión relativa al valor que corresponde a la radioscopia, al calco del corazón y a la radiografía, tiene menos importancia, por ser ya conocida por muchos, y puede ser tratada muy brevemente al fin de este capítulo.

En cambio, la importancia de la electrocardiografía para la patología cardíaca, requiere una exposición breve que resuma en forma crítica su doctrina.

La introducción de la electrocardiografía como método de investigación en la clínica, ha esclarecido definitivamente el conocimiento y la doctrina de la arritmia cardíaca.

Ya antes de la introducción del galvanómetro de cuerda por *Einthoven*, especialmente los investigadores ingleses *Mackenzie* y *Lewis*, y con ellos, *Wenckebach*, valiéndose de métodos *mecánicos* de registro, y sobre todo por la inscripción gráfica del pulso venoso, habían aportado a la clínica extensos conocimientos que permitieron una amplia comprensión de las irregularidades del corazón. La inscripción de los pulsos carotídeo y yugular, practicada por expertos especialistas, había ya contribuido a esclarecer la doctrina de las arritmias, cuando, aproximadamente en 1909, un *método completamente nuevo* hizo posible fotografiar directamente, en una curva eléctrica, *la producción y la conducción del estímulo*.

Todas las imágenes hasta entonces obtenidas, incluso la *esfigmografía de espejo* de las curvas del pulso venoso, introducida por *Frank*, registraban procesos mecánicos. La técnica para obtenerlas era difícil, y las imágenes de las curvas, de indudable valor para la clínica, no podían ser obtenidas en la práctica.

La doctrina de las irregularidades cardíacas era ya teórica y prácticamente un hecho, cuando, mediante la Electrocardiografía, se abrió un campo de trabajo completamente nuevo en la patología del corazón.

Para los médicos de la generación joven, los antedichos métodos de registro son ya desconocidos, y para ellos el electrocardiograma ha llegado a ser un medio diagnóstico auxiliar esencial. Pero tales médicos, al consultar la correspondiente literatura, chocan aún con la distinta nomenclatura en ella adoptada, la cual tiene sus raíces en la época del comienzo de la Electrocardiografía, por haber ésta buscado su apoyo en las observaciones obtenidas con los métodos mecánicos de registro. El ritmo «*nodal*», la «*parálisis de las aurículas*», y el «*concepto del taponamiento de las aurículas*, de Wenckebach», son denominaciones que proceden de la «era mecánica», y es por esta razón por lo que, en la Electrocardiografía clínica, aún hoy la nomenclatura usada sigue siendo absolutamente heterogénea, lo cual, ciertamente, no facilita la comprensión, sobre todo entre los que trabajan en esta rama.

Desde el año 1909 he seguido paso a paso el desarrollo integral de la Electrocardiografía clínica. Mis propios trabajos y mis experiencias en la Clínica han demostrado que, en relación con los cuadros clínico-patológicos, la forma de exposición de la Electrocardiografía, y la interpretación de ésta, son, para el médico práctico, aún demasiado complicadas. La Electrocardiografía clínica ha llegado a convertirse, como muchas otras ramas de la Medicina, en una víctima de la «*superespecialización*». Pero, en principio, el médico práctico deberá en lo posible dejar de lado lo teórico, dando la preferencia a lo prácticamente importante, que a nuestro juicio es lo esencial y cotidiano, lo cual no impide que la Electrocardiografía conserve su rango como ciencia especial. Así, pues, intentaremos resumir en po-

cas palabras lo fundamental respecto de este asunto, y al hacerlo, intencionadamente dejaremos de lado hechos raros, que sólo son interesantes desde el punto de vista teórico.

*

La Electrocardiografía es el método de elección para analizar una irregularidad cardíaca.

La cuestión esencial que hay que resolver en el análisis de un trastorno del ritmo es la de si la producción y la conducción del estímulo, normales, se hallan conservadas o bien están fundamentalmente excluidas y destruidas.

Partiendo de este dilema, las arritmias del corazón pueden clasificarse en dos categorías. Normalmente, la producción del estímulo tiene su origen en el nódulo sinusal, y la excitación, pasando por el nódulo atrio-ventricular y a través del fascículo de His, llega a los ventrículos, por las ramas de Tawara.

El electrocardiograma normal muestra la producción y la conducción del estímulo normales, y su forma es absolutamente típica; pues si bien es verdad que en cada individuo presenta sus pequeños rasgos característicos, con todo, su forma fundamental, en lo que se refiere a la producción y a la conducción del estímulo, normales, es siempre semejante.

En el electrocardiograma puede leerse directamente si ocurre todavía o no ocurre ya, la producción normal del estímulo. Todos los estímulos que se produzcan prematuramente en el nódulo sinusal, pueden interrumpir el ritmo; y todas las estaciones del sistema de conducción del estímulo, incluso los falsos hilos tendinosos, pueden tomar parte en la producción de éste.

Pero, en principio, nosotros llamamos «*arritmia extrasistólica*» a todas aquellas arritmias en las cuales el nódulo sinusal sigue actuando como «Pacemaker».

Ateniéndose a este criterio resulta que, aparte del simple extrasístole sinusal, serán también de naturaleza «extrasistólica» todos los trastornos complicados del ritmo en los cuales esté conservado el funcionalismo del «Pacemaker».

Se admite que el nódulo sinusal, como centro primario, el nódulo atrio-ventricular, como centro secundario, y las ramas de Tawara, como centro terciario, toman a su cargo transitoriamente la producción del estímulo. Entonces el nódulo sinusal pierde, por así decirlo, transitoriamente su predominio, pasando a ocupar un lugar secundario, y otras estaciones del sistema de conducción del estímulo toman a su cargo la dirección del ritmo.

Esto puede ocurrir sin que el corazón esté orgánicamente afecto. Cuando se halla destruido el equilibrio entre el nervio vago y el nervio acelerador, que tan íntimamente relacionados están con el sistema de conducción del estímulo, puede producirse el cuadro de una arritmia extrasistólica grave. Entonces en el electrocardiograma se encuentran siempre porciones en las cuales puede verse que el nódulo sinusal no está completamente excluido.

Hoy sabemos que la onda P corresponde a la excitación de la aurícula y que la línea horizontal P-Q muestra el tiempo de conducción por el manójo de His. Las restantes ondas R-S-T son la expresión del curso de la excitación en los ventrículos.

El descubridor del galvanómetro de cuerda, *Einthoven*, ha designado intencionadamente a estas ondas con letras que en las ciencias naturales no se habían aún empleado, y ha querido con esta nomenclatura evitar toda tentativa de interpretación en lo que a su descubrimiento se refiere. Por lo tanto la elección de las letras es, en sí misma, arbitraria.

Sólo con la investigación clínica y experimental que en Electrocardiografía se ha llevado a cabo desde *Einthoven*, (1909), han ad-

quirido significación en el electrocardiograma las ondas y grupos de ondas designados con estas letras. La nomenclatura de las ondas y grupos de ondas introducida transitoriamente en las obras didácticas por la clínica de Berlín (Nicolai-Kraus-Brugsch) ha sido nuevamente abandonada. Estos autores intentaron dar de antemano una significación a las ondas, mediante el empleo de otras letras.

El concepto de la extrasístolia ha sido llevado desde la Fisiología a la Clínica.

El extrasístole con pausa compensadora, producida experimentalmente, es un hecho que fué observado en el animal, y hoy sabemos que en el corazón de un mismo enfermo pueden producirse lo mismo extrasístoles *con* pausa compensadora que *sin* ella.

El extrasístole *sin* pausa compensadora se llama interpolado. En clínica nos atuvimos durante demasiado tiempo a los ensayos experimentales fisiológicos practicados en los animales, que en sí son muy importantes; y esto hizo que, en los primeros años de la Electrocardiografía *clínica*, las afirmaciones resultantes de la experimentación animal se aplicaran una y otra vez como norma en el electrocardiograma humano. Pero, por mi parte, creo que la Electrocardiografía clínica del corazón humano puede ser construida para sí misma, independientemente, como una ciencia basada en la experiencia y que no tolera las conclusiones que se sacan por analogía de lo que sucede en los experimentos en los animales.

Es cierto, que, experimentalmente, se provocan en el animal extrasístoles y arritmias extrasistólicas, y que hasta se producen estados semejantes a la fibrilación de las aurículas y a la arritmia perpetua. Pero en tal caso se trata de alteraciones patológicas en la producción y conducción del estímulo, siempre poco duraderas y que no resisten la comparación con los procesos que ocurren en el corazón humano, pues lo que en el experimento obtenemos durante

horas y días, se nos muestra en la naturaleza humana extendido a años y decenios. Y, sobre todo, en el experimento animal no es posible imitar un cuadro que corresponda a la arritmia perpetua. Respecto a esta afección, se comprueba una impotencia ostensible al querer transportar a la patología circulatoria humana los resultados de la experimentación en los animales.

*

Pero si el ritmo fundamental está conservado, es indiferente que sea el centro primario, el secundario o el terciario, o todos ellos, los que transitoriamente se conviertan en productores del estímulo. En principio, se produce siempre el mismo trastorno, o sea que el ritmo fundamental queda más o menos intensamente interrumpido.

Sería lógico designar a todas las arritmias correspondientes a este grupo con la denominación de «*arritmias extrasistólicas*», ya que, si bien es indudable que, su cuadro clínico puede variar por completo, sin embargo, el electrocardiograma hace posible su interpretación.

Así como el simple extrasístole con o sin pausa compensadora es ya reconocible por la auscultación, en cambio, muchas veces una arritmia extrasistólica complicada sólo puede ser analizada en el electrocardiograma.

A la «*arritmia extrasistólica*» se opone fundamentalmente la *arritmia perpetua*, llamada también «*Pulsus irregularis perpetuus*».

En este trastorno del ritmo el nódulo sinusal está fundamentalmente anulado como «*Pacemaker*», y en la imagen del electrocardiograma queda impresa la excitación auricular acompañada de taquisistolia, de trémolo o de fibrilación.

La *arritmia perpetua* es el trastorno del ritmo más esencial y más frecuente que se produce en un cardíopata.

En principio, su forma de alta frecuencia y su forma bradicárdica se confunden teórica y clínicamente. Los cuadros que en ella se presentan en virtud de transiciones, son multiformes, y esta variabilidad sindrómica ha hecho que en la literatura se diferenciaron numerosos estados que dan la impresión engañosa de procesos independientes. Sin embargo, según mi experiencia, la arritmia perpetua es un cuadro morboso que, desde el punto de vista electrocardiográfico, es homogéneo y clínicamente unívoco, sin que nosotros sepamos cómo se produce el trastorno que facilita o dificulta la conducción y da lugar a la arritmia del ventrículo.

Pero lo que sabemos con toda seguridad es que, lo mismo a consecuencia del proceso morboso anatómico-patológico, que por efecto del tratamiento por la digital, en cualquiera de estos pacientes, durante el curso de su enfermedad, pueden obtenerse toda clase de imágenes electrocardiográficas, todas ellas producidas a base del trastorno fundamental: la arritmia perpetua.

A lo dicho con respecto de la extrasistolia, hemos de añadir que la nomenclatura que corrientemente se emplea en clínica para designar las extrasistolias en el corazón humano, procede de la Fisiología y de la época anterior a la Electrocardiografía.

En la Clínica, la extrasistolia y con o sin pausa compensadora sigue desempeñando un gran papel, más que por su importancia práctica, por el interés que despierta desde el punto de vista fisiológico-teórico.

En la era electrocardiográfica hemos aprendido que en un determinado individuo que no presente el más pequeño indicio de enfermedad, en virtud de acciones desconocidas, a las que muchas veces se califica de «nerviosas» y que modifican el equilibrio vago-acelerador—y por consiguiente el aparato nervioso extracardíaco—, pueden producirse, lo mismo a partir del nódulo sinusal que desde

más allá del fascículo de His, extrasístoles, acompañados unas veces de pausa compensadora y otras veces sin ella.

Ni siquiera para un determinado individuo (ya que no puede calificársele de enfermo) es posible encontrar una regla que explique el porqué éste sufre unas veces extrasístoles *con* pausa compensadora y otras veces *sin* ella, bajo la forma de una fuerte sensación de suspensión del latido cardíaco.

En efecto, lo característico es que estos individuos sientan la suspensión del latido cardíaco y, debido a su estado psíquico, se vuelvan muy pronto hipocondríacos y palpen con temor su pulso; y como que en éste, por influencia del estado moral del enfermo, se producen marcadas interrupciones, se comprende que, al darse el enfermo cuenta de ellos, acuda sobresaltado al médico.

Y convendrá que el médico no dé a tal fenómeno el exagerado valor que le da el enfermo. La extrasistolia como *síntoma único* puede carecer en absoluto de importancia e indicar simplemente la labilidad nerviosa del individuo que la sufre.

El concepto y la doctrina relativos a la extrasistolia en el corazón humano, han hecho que las reglas conocidas en lo que respecta a la experimentación animal, hayan sido también aplicadas a los conceptos clínicos relativos a las irregularidades del latido cardíaco humano, lo cual ha sido causa de una gran confusión en la nomenclatura.

Aparte de los trabajos de *Wenckebach*, hay que citar los de *R. Kauffmann*, uno de los más conocidos investigadores de la arritmia y el «creador» de la «Policlínica para cardíacos» en Viena, quien ha dedicado precisamente la labor de su vida al hallazgo de una regla, o, mejor aún, de la regla que pueda guiarnos para descifrar la irregularidad en la arritmia perpetua; pero no ha sido posible encontrar ninguna.

La doctrina de la arritmia perpetua, en sí homogénea, en cuanto a su cuadro clínico, ha sido completamente embrollada por el hecho de haberse introducido en ella las ideas relativas a la extrasistolia.

Por mi parte he mantenido la división simple aquí esbozada. Esta división, en principio, tiene su origen en la idea de que sólo puede ser considerada como extrasístole la excitación que, conservándose el *ritmo fundamental*, es decir siendo normal la producción y conducción del estímulo, interrumpe en un momento dado esta conducción y da lugar a una excitación ventricular de distinta naturaleza. Esto ocurre cuando en la producción y la formación del estímulo algún otro centro se superpone transitoriamente al nódulo sinusal, pudiendo el centro superpuesto encontrarse en cualquier sitio del tejido muscular cardíaco. Así, pues, existen en el corazón innumerables sitios de producción del estímulo, si bien nosotros ordinariamente contamos sólo con un centro primario, un centro secundario y un centro terciario.

Existen también extrasístoles auriculares, que, a veces, no siguen su camino por el puente del fascículo de His, debido a que, según lo que sabemos por Fisiología, el ventrículo se halla todavía en la fase refractaria juntamente con el haz atrio-ventricular. Pero tal concepción teórico-fisiológica se adapta bastante mal a lo que acontece en la arritmia perpetua.

La simplificación y unificación en el examen de los *cuadros clínicos* en el cardíaco con ritmo alterado, se ha hecho muy difícil, debido a que las concepciones teórico-fisiológicas han sido hasta hoy el punto de partida del análisis.

Si nos apartamos de ellas, en principio rechazaremos para la arritmia perpetua, la idea del extrasístole.

Clínicamente, ya antes de la Electrocardiografía, se habían definido con precisión lo mismo el extrasístole que la arritmia per-

petua; pero cuando después, en el electrocardiograma, se estudió, por un proceder completamente nuevo, el proceso eléctrico *verdadero* que antes se había registrado *mecánicamente*, se encontraron en la curva de la arritmia perpetua ondas que parecían corresponder a las de las extrasistolias auriculares.

Antes nos veíamos forzados a definir al extrasístole como un latido precoz en el ritmo fundamental normal. El electrocardiograma demostró el verdadero modo de producirse los fenómenos: el mismo cuadro clínico del latido precoz llamado extrasístole, podía ser debido a una excitación originada en los más diferentes centros, y, con ello, a la definición clínica, se le han añadido experiencias electrocardiográficas, sin renunciar a antiguas experiencias ni introducir en éstas, transformaciones ingeniosas.

Así, p. ej., en la arritmia perpetua se fué constantemente en busca de extrasístoles, y con ello no se hizo más que embrollar su cuadro clínico. Los médicos persistieron durante largo tiempo en la idea de que la extrasistolia auricular representa la causa fundamental de la arritmia perpetua.

Tal idea se basaba en el corto número de observaciones de taquisistolias auriculares rítmicas con una frecuencia, p. ej., de 2-400 por minuto y estando arrítmicos los ventrículos. Pero en el cuadro clínico que correspondía a la arritmia perpetua se comprobaba casi siempre la fibrilación de las aurículas; y por ello fué por lo que se sostuvo largo tiempo la idea de que la fibrilación auricular quizás procedía de la taquisistolia de las aurículas; lo cual, sin embargo, no ha sido clínicamente confirmado, pues nosotros, p. ej., en el electrocardiograma de la miocarditis arterioesclerósica hipertónica casi nunca vemos taquisistolias auriculares, pero sí durante años la fibrilación de las aurículas.

A nuestro juicio, con la idea de la extrasistolia nada se adelanta en el análisis del importantísimo concepto de la arritmia perpetua.

En este supuesto, la idea de extrasístole deberá reservarse a los extraestímulos que interrumpen el ritmo fundamental normal y que dan lugar a una excitación ventricular extraordinaria y de distinta clase que las demás; pero en tal caso la arritmia sinusal deberá ser considerada también como trastorno extrasistólico. El extrasístole auricular aislado puede leerse desde luego en el electrocardiograma y carece prácticamente de importancia. Pero en el electrocardiograma pueden también analizarse con precisión trastornos extrasistólicos complicados del ritmo que ni por la auscultación ni por el pulso pueden separarse de una arritmia perpetua de carácter transitorio.

Con estos precedentes puede afirmarse que la verdadera arritmia perpetua transitoria se diagnostica con excesiva frecuencia, y ello explica que algunos médicos tengan exageradas ilusiones terapéuticas y crean en la posibilidad de curar esta enfermedad.

Pero, en el porvenir, a las excitaciones ventriculares que discrepen de la imagen electrocardiográfica tampoco deberá llamárseles ya extrasístoles *en* la arritmia perpetua, sino excitaciones *anormales*; y con esta interpretación la doctrina de los trastornos del ritmo se simplifica—lo cual es indispensable para la práctica.

Así, pues, según *las consideraciones expuestas se distinguen trastornos extrasistólicos del ritmo, al lado del conjunto de los cuadros clínicos multiformes correspondientes al grupo de la arritmia perpetua*. Y después de esto, queda aún el verdadero trastorno parcial de la conducción,—con mayor dificultad de la misma, prolongación en el tiempo de la conducción y parálisis de la sístole ventricular—y el verdadero bloqueo del corazón.

Aquél que mediante un ejercicio prolongado durante años enteros haya aprendido a leer el electrocardiograma, reconocerá las distintas imágenes correspondientes a la arritmia perpetua con taquisistolia, y a la fibrilación auricular.

Ahora es preciso intercalar aquí una cuestión teórica: No sabemos con seguridad—por lo menos en el hombre—si el nódulo atrioventricular con el fascículo de His, en realidad desempeña, en la producción autónoma del estímulo, un papel tan considerable en concepto de centro llamado secundario. Quizás esta parte que se destaca con especial claridad en el sistema de conducción del estímulo, sea sólo una especie de *punte* entre las aurículas y los ventrículos. Si este puente se interrumpe, en el electrocardiograma se verá el automatismo ventricular: el bloqueo del corazón, en el cual se destaca el hecho de que, en el electrocardiograma, aparecen las excitaciones auriculares por completo disociadas de las excitaciones ventriculares (las más de las veces bradicárdicas) y con un número de latidos dos o tres veces mayor que el de éstas.

O bien, el proceso morboso-patológico, anulando el nódulo sinusal, ha dado lugar a excitaciones de fibrilación en las aurículas. Antes, a este estado se le daba el nombre de parálisis auricular. En él, el puente está absolutamente interrumpido y los ventrículos siguen su ritmo originado en las excitaciones de las ramas de Tawara, en forma de una bradicardia rítmica o arrítmica. Tal fenómeno puede ser producido por una dosificación excesiva de la digital; pero en este caso el puente no se halla completamente interrumpido, sino casi paralizado por la digital. El proceso puede ser reversible y aparecer de nuevo el cuadro ordinario de la arritmia perpetua. Pero si el puente está completamente interrumpido, entonces, se presenta el cuadro del bloqueo total del corazón.

Con el nombre de bloqueo *parcial* del corazón se comprende, ya sea una mayor dificultad en el paso por el puente—alargamiento variable del tiempo de conducción, y por consiguiente, una especie de ambivalencia entre la aurícula—y el ventrículo, ya sea aquel estado en el cual, de un modo constante, sólo la tercera o la cuarta

excitación auricular llega al ventrículo por la vía normal, fenómeno éste respecto del cual el electrocardiograma proporciona una ilustración absolutamente decisiva. En clínica estos estados son, con razón, muy temidos. La Naturaleza, en su proceso morboso, pone constantemente ante nosotros nuevos casos cuya intensidad varía entre la lenta interrupción de este puente y el bloqueo cardíaco total; recientemente he dado de alta en el tratamiento, y en muy buen estado, a un enfermo con sólo 26 latidos ventriculares.

Pero nuestro proceder terapéutico que pretende transformar un bloqueo parcial en uno total, resulta peligroso. Probablemente, con él interrumpimos el puente con demasiada rapidez.

No existe ningún proceso morboso localizado en este puente que no afecte simultáneamente al músculo cardíaco en totalidad, por lo cual no podemos contar con que se establezca el automatismo del modo normal. Y en esto se halla el peligro del tratamiento por la digital y, sobre todo, por la estrofantina, en los trastornos de conducción; pues, por efecto del tratamiento, el corazón se defiende a sí mismo mediante la fibrilación ventricular y esto significa las más de las veces su muerte.

Esta constituye una de las posibilidades.

Pero hay otra posibilidad, y es la de que la dosis de digital administrada interrumpa momentáneamente el puente y el enfermo fallezca. Con lo dicho pueden comprenderse mucho mejor los trastornos de la conducción, y por tanto, todas las arritmias. Incluso podemos comprender gráficamente la arritmia completa.

Las innumerables excitaciones que afluyen desde la aurícula al puente, se acumulan en éste y, de pronto, como si fuera por un disparo de ametralladora, de ellas pasan repentinamente, diez (son las «salvas» en la arritmia perpetua), y luego, también súbitamente, después de una pausa, pasen otras de una en una, con aparente

orden. El nódulo atrio-ventricular está junto a la entrada del puente, no como centro, sino como «policía regulador del tráfico»; este nódulo a veces logra hacer que pasen ordenadamente las excitaciones aisladas, pero otras veces es vencido por ellas, y entonces se produce una «salva». En este caso la digital actúa como reforzando la autoridad del policía regulador del tráfico. Así, pues, teniendo en cuenta mis experiencias clínicas, desde el punto de vista fisiológico, considero al nódulo atrio-ventricular con el fascículo de His, lo mismo que es desde el punto de vista anatómico, o sea, como *un puente entre la aurícula y el ventrículo*.

Por lo tanto, a nuestro juicio, el centro auricular está situado en el seno, o, respectivamente, en la pared de la aurícula, después de la destrucción del nódulo sinusal; el centro ventricular se encuentra en el centro automático del tronco del fascículo, y el nódulo atrio-ventricular no es más que el guardia junto a la entrada del puente del fascículo de His. El concepto que uno se forma con esta imagen simplifica el diagnóstico del electrocardiograma.

Por lo dicho se ve que el electrocardiograma constituye, en primer término, el método de elección para analizar una irregularidad cardíaca. Pero la forma y la altura de cada una de las ondas, así como la imagen de las curvas isoelectricas (con este nombre designamos el trayecto horizontal del electrocardiograma en su plano basal), dependen, además, de la situación y forma del músculo cardíaco, del cual vemos las corrientes de acción en el electrocardiograma en una imagen relativa. No es en modo alguno preciso derivar el electrocardiograma directamente del tórax; los brazos y las piernas bastan absolutamente como electrodos. En los últimos 20 años hemos aprendido a leer parcialmente, en el electrocardiograma, las modificaciones de la forma y las alteraciones del músculo cardíaco, aún en casos de ritmo cardíaco no perturbado.

El electrocardiograma normal en las derivaciones I, II y III da, dentro de ciertos límites, una constante. El hecho de que, junto con un ritmo cardíaco inalterado, veamos, en repetidos electrocardiogramas, desviaciones manifiestas de esta constante, en la actualidad nos permite, basándonos en el electrocardiograma, deducir conclusiones respecto del estado del músculo cardíaco. Esto se aplica en primer término al alargamiento del tiempo de conducción (distancia de P a Q o a R, pues la Q no siempre está marcada y puede faltar), respecto del cual puede aún considerarse como límite normal $\frac{18}{100}$ de segundo. El alargamiento de este tiempo de conducción después de una simple angina es la prueba segura de una alteración postinfecciosa del corazón. Este alargamiento quizás sea el único síntoma clínico de tal alteración cardíaca, y sólo puede ser reconocido en el electrocardiograma.

El hecho de hacerse negativa la onda T en las derivaciones I y II sólo se ha observado en el músculo cardíaco patológicamente alterado. La mayor amplitud en la elevación R, el curso grueso y ancho, las muescas y los llamados nodos, y la aparición de una onda consecutiva, antes no existente, después de una onda principal (R-S), son igualmente patológicos. Un potencial muy débil en una derivación normal y con una imagen de ondas normal, concuerda muchas veces con el diagnóstico clínico de una miopatía grave.

El electrocardiograma sólo tiene un valor clínico en manos del médico experto. Se ha convertido en un medio auxiliar imprescindible para el diagnóstico y también para el pronóstico, pero los resultados que con él se obtengan sólo tendrán verdadero valor si al mismo tiempo se tienen en cuenta todos los síntomas observados en clínica.

Nunca insistiremos bastante en esta afirmación.

No es conveniente que, sólo fundándonos en un electrocardiograma y en una alteración de las ondas, se haga al enfermo la vida

prácticamente imposible: en la clínica toda superespecialización constituye un gran peligro. También ha de prescindirse de explicar al enfermo el electrocardiograma puesto que su falta de conocimientos de éste para poder dar una interpretación adecuada respecto del modo de producirse estas corrientes eléctricas, hace que un inocuo extrasístole aislado, de las ramas de Tawara, sea tomado por él trágicamente, y en cambio, un electrocardiograma completamente patológico, constituido solamente por excitaciones de las ramas, sea considerado como un pulso vigoroso.

La Electrocardiografía clínica requiere todavía perfeccionarse más, y entonces tendrá que ser objeto de la correspondiente exposición clínica. En Alemania tenemos hasta hoy a nuestra disposición los dos libros, el de *Boden* y el de *Dressler*. Los principios fundamentales que *Boden* ha establecido para la práctica están de acuerdo con mi criterio. En mi carrera, he tenido durante años enteros ocasión de hacer un estudio teórico de la Electrocardiografía, y también de practicarla por espacio de muchos años, de modo que en la actualidad me encuentro en situación de dirigir sobre la teoría y la práctica de la misma, una mirada retrospectiva. De todos modos, el médico joven deberá hacer un estudio serio de la Electrocardiografía.

La radiografía o, respectivamente, la radioscopia, es imprescindible para formar juicio respecto del estado del corazón y del aparato circulatorio. Pero de una imagen de la forma de la sombra no se pueden deducir conclusiones demasiado decisivas sobre la fuerza y el tiempo de vida de la circulación total, siendo preciso que el médico, siempre prevenido, se guarde de hacer un juicio demasiado rápido, respecto de estos puntos, ya que constantemente se experimentan las mayores sorpresas. Un enfermo con la silueta cardíaca normal sucumbe en el primer ataque de angina de pecho; en cambio otro enfermo con la silueta de un cor bovinum que llena toda la

cavidad izquierda del tórax, con una aurícula gigantescamente dilatada hacia la derecha y, además, con el campo pulmonar derecho estrechado, soporta las más graves operaciones y sigue aún viviendo muchos años.

Lo mismo que en otras ramas de la ciencia, también en ésta, la creciente experiencia para poder formar juicio de las radiografías y el número cada vez mayor de electrocardiogramas que el médico obtiene, harán ver claro a éste cada vez más cuán incomprensibles y maravillosos son los medios auxiliares que la Naturaleza pone a nuestra disposición para conservar la vida del individuo, aunque éste se halle afecto de los más graves trastornos del funcionalismo de la circulación (ninguna máquina inventada por el hombre podría soportar nada semejante). Esto es lo más esencial que debemos decir respecto de la radiografía y del electrocardiograma. Los dos son medios auxiliares imprescindibles para poder hacer el diagnóstico.

Sin embargo, no debemos olvidar que el médico experto que los ha usado y estudiado durante años, también por la simple *inspección del enfermo y con sólo proveerse de un estetoscopio*, se halla siempre en situación de hacer un diagnóstico *exactísimo de una afección circulatoria*.

CAPITULO X

El cardiópata en sus relaciones con otras enfermedades

Consideraciones sobre el diagnóstico diferencial

El final de su vida y muerte

Ya el curso del embarazo y del parto, en sí normales, muchas veces significa para la mujer cardíaca una grave complicación. Además de esto, en el cardiópata, del mismo modo que en cualquier individuo sano, pueden producirse afecciones de otros órganos cuya terminación será influida por una alteración existente en el corazón y en el aparato circulatorio.

La neumonía aguda en el individuo con el aparato circulatorio sano sigue un curso distinto del que sigue la misma enfermedad en una joven afecta de estenosis mitral.

En un individuo afecto del aparato circulatorio, la práctica de una intervención quirúrgica hace temer al cirujano numerosos peligros que amenazan la convalecencia; trombosis, embolia, muerte repentina por el corazón, siendo las grandes intervenciones operatorias las que constituyen el mayor peligro para los cardiópatas.

En lo que se refiere a las intervenciones, es frecuente ver que el cirujano enfoca su criterio de un modo característico. Escogemos por ejemplo para demostrar esto, el problema que se presenta a los internistas y a los cirujanos cuando hay que practicar una estruemectomía. Sucede en estos casos, que teniendo el paciente el pulso regular y los tonos cardíacos puros, apenas vacila el cirujano en practicar la intervención; pero, en cambio, rechaza la operación en un enfermo con pulsus irregularis perpetuus, y con una miocarditis con

hipertonía. Y sin embargo, si tal enfermo se ha sometido previamente a un buen tratamiento médico, la intervención operatoria en él resultará mucho menos peligrosa que en un enfermo con tonos cardíacos flojos, si bien puros, que tenga una presión arterial baja y quizás una anamnesis que haya despertado, aunque sólo sea la sospecha de una angina de pecho.

En estos casos el internista y el cirujano han de trabajar mancomunadamente. El internista aconsejará la operación en casos en que el cirujano, fundándose en el estado del corazón, vacila en operar; y por el contrario, prevendrá encarecidamente al cirujano contra la operación, en casos en que, sin consejo del internista, proceda bastante inconsideradamente a la intervención operatoria, dándose el caso de que durante ésta o en el curso post-operatorio, el cirujano se vea quizás sorprendido por el hecho de producirse la muerte repentina de su enfermo, debida al corazón.

Se comprende que toda intervención operatoria grave es un peligro cuando la circulación está alterada. Pero no puedo dejar de hacer aquí una observación que, con carácter de certeza, me ha sugerido mi trabajo junto con los cirujanos, continuado por espacio de varios decenios. Esta observación es, que resulta incomprensible la frecuencia con que cardiópatas crónicos, muy graves, que se hallan en estado de compensación, con gran sorpresa de todos los interesados soportan operaciones gravísimas y salen bien de ellas. Por mi parte, me imagino que en el corazón hay algo, que creo podría llamarse la «adaptación a la enfermedad». Podría decirse que en el transcurso de una dolencia de larga duración, el corazón va aprendiendo todos los artificios de que la Naturaleza se vale para conservar la vida. En forma paradójica, puede decirse: cuanto más gravemente alterado esté un músculo cardíaco, más alta sea la presión sanguínea y más arrítmica la frecuencia, tanto mejor será el

pronóstico. Esta observación y experiencia se ajusta con seguridad a parte de los enfermos.

Tan pronto como el corazón se ha habituado a su enfermedad, pone en juego energías finales que nuestra inteligencia no puede en modo alguno comprender. En realidad, los cardiopatas que más pronto perdemos son precisamente aquellos cuyo corazón se «dispone» para convertirse en un «corazón enfermo». Condensándolo en una fórmula, podríamos decir:

El cardiopata muere, o bien al principio de su afección cardíaca, o bien al fin de la misma.

Pero casi nunca muere en el período intermedio; y por esta razón se le puede operar durante este período. En esta breve frase, a la cual intencionadamente se le ha dado forma de «paradoja», se encierra una experiencia cuya certeza me confirman los médicos de edad, y que quizás no sea comprensible por los médicos de la generación joven.

Así por ejemplo es frecuente, que un cardíaco con hipertensión soporte una pérdida de sangre considerada como excesiva por el cirujano, mucho mejor que un hombre joven, de corazón sano. Muchas veces, la narcosis actúa precisamente como medida terapéutica sobre la hipertensión; y en muchos casos es también favorable la acción del reposo en cama a que está obligado el paciente después de una intervención quirúrgica, reposo, que el internista con frecuencia no puede obtener.

Como se comprende, toda operación podrá constituir una grave amenaza para el enfermo, por la aparición de una tromboflebitis, una neumonía o una embolia pulmonar; pero, a pesar de esto, también respecto de este punto se comprueban los hechos más extraordinarios. Mientras que el corazón, por decirlo así, no ejercitado, del individuo sano desfallece por efecto de una embolia pulmonar, he

tenido ocasión de observar cardíacos graves que habían sufrido sucesivamente varias embolias pulmonares, después de las cuales el corazón se restablecía siempre. Y este restablecimiento era tan acentuado, que hasta enfermos que el médico creía se le morían en las manos, podían ejecutar un año después, de nuevo trabajos de jardinería.

Con esto se pone de manifiesto, en una forma de expresión algo paradójica, lo que podría designarse con la denominación de «auto-entrenamiento» del corazón enfermo.

Es de importancia para el cardíaco crónico que ha de someterse a una operación, que llegue a ésta con el corazón bien compensado, y que también después del acto operatorio, durante el tratamiento quirúrgico, quede sometido como cardíaco, al tratamiento del internista.

Entre los cirujanos se ha hecho habitual, sobre todo cuando se trata de enfermos de alguna edad, después del tercer decenio, el prepararlos para la intervención operatoria mediante un tratamiento por la digital, y realmente, tal modo de proceder resulta muy conveniente, si bien en él hay que vigilar con cuidado las dosis que se administran, porque, en principio, la digital que no surte efecto, no sólo carece de objeto, sino que a mi juicio resulta muy perjudicial para el corazón. De ello se ha hablado repetidas veces. Si bien no existe en el sentido farmacológico un acostumbramiento a los glucósidos de la digital, ocurre sin embargo, algo que equivale a un «embotamiento» para esta substancia.

Nosotros hemos visto siempre que los cardíacos que pasaban de un tratamiento homeopático al alopático—y que por lo tanto no habían sido superdigitalizados,—respondían con mucha mayor rapidez a las pequeñas dosis de digital, que los cardíacos que habían estado ya sometidos previamente a un tratamiento prolongado.

Para la administración de la digital, cualquiera que sea la forma elegida, debiera siempre existir una indicación estricta. Y el administrar la digital como medio para proporcionar al médico tranquilidad de espíritu, no es cumplir con *ninguna* indicación.

Hemos de añadir, además, como consideración de índole terapéutica, que en todos los estados colapsiformes que en el cardíaco pueden producirse por efecto de una operación o de un accidente, están indicados todos los analépticos eficaces. Considero importante que en los cardíacos se proceda con alguna mayor prudencia que la empleada por los cirujanos en los casos de colapso en individuos con el corazón sano. Muchas veces, en el cardíaco son suficientes grandes dosis de Cardiazol y alcanfor. El empleo inmediato de analépticos que contengan adrenalina no carece en absoluto de peligro, si bien se comprende, que, como último recurso, esté permitido. Pero entre los cirujanos, esta terapéutica muy activa del colapso es habitual. *Claro que lo que indicamos se refiere solamente a los enfermos cardíacos.* Después de las consideraciones hasta ahora expuestas sabemos el por qué hemos de ser prudentes en la elección de los medicamentos.

Jamás he visto perjuicio alguno empleando grandes dosis de Cardiazol, pero sí lo he visto de la inyección de una dosis excesiva de estrofantina. Tampoco produce ningún efecto nocivo el Cardiazol con la caféina y en cambio, la terapéutica intravenosa con la digital a dosis excesiva es en el colapso, una espada de dos filos. No comprendemos tampoco el por qué, en el cardíaco afecto de una lesión orgánica, una gran dosis de digital, administrada de una vez, tenga que actuar favorablemente en tales casos de colapso.

Como es natural, todo accidente de importancia significa para un cardíaco una grave complicación. Es sabido que, por efecto de un gran traumatismo del tórax pueden producirse graves heridas del

músculo cardíaco; pero ya una fractura costal grave resulta muy peligrosa para el cardíopata, a causa de su acción de shock. En estos casos sería la profilaxia la mejor terapéutica:

Un hombre que sabe que se halla seriamente afecto del corazón, ha de disminuir los riesgos a que se exponga.

En realidad, no le queda más recurso que ser prudente; siéndolo, se sustrae automáticamente a innumerables peligros (a los cuales, por desgracia, ha de exponerse el individuo sano).

Es natural que el hecho de sufrir cualquiera otra afección puede representar un peligro para el cardíopata. Así, una enfermedad infecciosa grave puede producir la muerte de un cardíopata, exactamente de igual modo que la del individuo sano, si bien, las más de las veces, con mayor facilidad.

Una enfermedad que afecte a la circulación pulmonar, y por consiguiente todas las formas de neumonía, bronconeumonía, y hasta de bronquitis crónica grave, constituye, en virtud de la carga que para el corazón representa, un peligro vital para el cardíopata. Y una fuerte emoción, que, de un modo completamente inesperado y fulminante, afecte al enfermo del corazón, constituirá para él una complicación de especial gravedad.

La muerte en escena, durante la lectura de una carta, no es solamente un producto de la fantasía del poeta: también la vida nos presenta estas tragedias.

Lo mismo el insulto apoplético que la muerte casi instantánea producida por un ataque de angina de pecho, pueden ser provocados por una mala nueva. Así pues, se obrará con prudencia no comunicando repentinamente a un cardíaco grave un caso de muerte en la familia.

Se conoce una variedad de «muerte por simpatía». Se ha podido comprobar, que esposos que han formado matrimonios muy felices

y han alcanzado una edad avanzada, mueren en muy breve plazo uno tras otro.

Y con lo dicho damos por terminado lo referente a las complicaciones que pueden presentarse en los cardíacos.

De todo esto resulta que el cardíaco, hasta el fin de su vida, requiere la más cuidadosa vigilancia por parte del médico de cabecera, pero asimismo resulta que los deudos inmediatos al enfermo *han de ir aprendiendo poco a poco el modo de comportarse con éste.*

Desempeñan un papel importante en el cardíaco, y al principio de su enfermedad, las consideraciones relativas al *diagnóstico diferencial*. Es considerable el número de individuos que son tratados durante largo tiempo a causa de un catarro bronquial rebelde, por no haberse reconocido que el corazón es el causante de tal enfermedad.

Y conviene tener en cuenta que en muchos de estos casos la digital es el mejor calmante de la tos. Pero asimismo conviene recordar que, muchas veces, la digital es el mejor somnífero. Tanto el insomnio como la tos, es frecuente que se traten sintomáticamente, sin atender a la causa que los produce. Esto se refiere sobre todo a individuos de edad avanzada, en muchos de los cuales, se ha ido desarrollando con suma lentitud una miocarditis arterioesclerósica no hipertónica, que en forma muy lenta y *latente*, es causa de fenómenos de insuficiencia.

El efecto de un tratamiento suave con el Cardiazol-Digipurátum, es muchas veces asombroso; con esta terapéutica se solucionan errores diagnósticos y se hace posible el esclarecimiento de diagnósticos diferenciales.

Se comprende que el ligero infarto crónico del hígado empeorará cada vez más, si a los enfermos afectados del mismo se les trata como a colelitíasicos, prescribiendo a estos enfermos aguas salinas e inundando su cuerpo con líquidos.

Pero si se les prescribe durante algunos días una alimentación libre de sal y se les administra una pequeña dosis de Cardiazol con Digipurátum, al mismo tiempo que, en caso de convenir, se les hace guardar cama, entonces se produce en ellos una abundante diuresis y los enfermos recobran pronto su estado habitual.

Tales consideraciones diagnóstico-diferenciales están también justificadas cuando se ha de decidir si una anorexia es producida por un catarro gástrico por estasis o bien por una afección primaria del estómago. Reconocida la causa, se podrá prestar el debido auxilio al enfermo.

Algunos días de alimentación sin sal no perjudican a nadie, y asociados con el reposo en cama, constituyen para el cardíaco un medio muy sencillo para establecer el diagnóstico diferencial.

Con mucha frecuencia nos vemos obligados a fundamentar, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, las causas de la disnea. Un enfermo que durante la noche y después de tener un ensueño, se despierta con disnea y sensación de pinchazos en la región cardíaca, que corre hacia la ventana en busca de aire y que, por sentir extrasístoles, cree tener un espasmo cardíaco, probablemente se halla afecto de una frenocardia y no tiene lesión alguna orgánica en el corazón.

Esto es cierto sobre todo cuando el enfermo afirma, que puede hacer sin molestias, ejercicios de ski y excursiones por la montaña.

El esclarecimiento de que se trata de una disnea verdadera, es decir, de una disminución en la fuerza del trabajo cardíaco, es de mucha importancia.

Para lograrlo no deberíamos fiarnos únicamente de los datos que el enfermo nos proporciona, sino que debería comprobarse la capacidad de funcionalismo del aparato circulatorio mediante la prueba de

subir escaleras. Así se puede reconocer la debilidad muscular del corazón cualquiera que sea su causa.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial es importante la comprobación de si un enfermo tiene o no tiene edemas tibiales. No ha de confundirse con los edemas de las piernas, producidos por el corazón, la tumefacción de las bolsas mucosas en los tobillos. Estos enfermos, afirman que por la tarde no consiguen ya abrocharse sus zapatos, y dicen tener las piernas «sumamente edematosas», pero en realidad, no se comprueba en ellas edema alguno. Este fenómeno producido por la tumefacción de la bolsa mucosa en combinación con los pies planos, con frecuencia lo vemos en individuos que por su profesión se ven obligados a estar en pie, que se mueven poco y que más bien son demasiado corpulentos.

También hay que tener presente que muchos individuos tienen por naturaleza las piernas gruesas, sin que ello se deba a que existan edemas.

Son importantes las ligeras estasis que se producen en caso de varices o de úlcera de la pierna. En estos casos es necesario ser muy circunspecto y no atribuir sin más ni más los edemas a la circulación, ya que los edemas pueden ser debidos a causas puramente locales. Para el diagnóstico se tendrá sobre todo en cuenta que los edemas circulatorios casi nunca se producen en una sola pierna; la mecánica de la circulación hace que aparezcan siempre en ambas piernas y que nunca sean unilaterales.

Además, es importante para el diagnóstico diferencial la reaparición de las menorragias en mujeres de edad avanzada, que se encuentran ya en la menopausia. Estas menorragias pueden ser el síntoma inicial de un carcinoma; pero también pueden ser provocadas por una hipertensión hasta entonces desconocida.

De igual modo, en una hipertonía grave pueden producirse abundantes hemorragias intestinales debidas al estallido de nódulos hemorroidales, por lo cual siempre habrá que explorar los segmentos inferiores del intestino. También las epistaxis pueden ser un importante síntoma inicial de una endocarditis, muchas veces el primero, tratándose de individuos jóvenes; así sucede sobre todo en los enfermos con estenosis mitral. En los con hipertonía grave la epistaxis es decididamente un medio de alivio espontáneo, proporcionado por la misma Naturaleza.

La aparición de síntomas generales, tales como cefalalgias, vértigos, laxitud general, decaimiento de las energías vitales y muchos otros, debiera inducir siempre al médico a practicar también, entre otros, el examen detenido del aparato circulatorio.

En los individuos de edad avanzada, un lumbago puede ser en realidad una claudicación intermitente: *claudicatio intermittens*. Las parestesias en las manos y en los pies pueden ser producidas por una causa neurológica (esclerosis múltiple en sus comienzos) lo mismo que por espasmos vasculares (arterioesclerosis hipertónica grave). Pero tales parestesias se producen también en la arterioesclerosis *hipotónica*, que tanto tiende a afectar la circulación periférica.

Exceptuando la angina de pecho, el corazón casi nunca produce dolores. No sabemos con exactitud la forma de producirse en estas enfermedades los dolores en el lado izquierdo del tórax, con sus irradiaciones al brazo del mismo lado.

Mackenzie ha hecho un estudio detallado de los mismos.

Constituye una discrepancia característica, el hecho de que los dolores se presenten sólo en determinadas lesiones cardíacas, entre las cuales las isquémicas parecen ocupar el primer lugar. La pleuro-mediastinitis y la pleuritis no corresponden al grupo de las afecciones cardíacas propiamente dichas.

Aunque el corazón aumentado de tamaño en el grado máximo, sacuda desde el interior la pared del tórax, de 60 a 80 veces por minuto, no por ello el correspondiente individuo percibe sensación alguna en la región cardíaca. Los dolores cardíacos y las «punzadas en el corazón», y la denominación generalizada entre los profanos de «calambre cardíaco», conducen frecuentemente a errores diagnósticos. Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial es importante resolver si los dolores en el lado izquierdo del tórax son de naturaleza reumática, o debidos a una neuralgia intercostal o una omartritis, o bien si son los síntomas ocultos de una angina de pecho. El diagnóstico diferencial puede ser difícil cuando ocurren ambas cosas a la vez, que es lo que con frecuencia sucede.

Es importante el hacer el diagnóstico en los casos de dolores abdominales; en individuos de edad avanzada no puede olvidarse que existe una angina abdominal, y hay el peligro de que, por equivocación, tales enfermos sean operados. Pero teniendo en cuenta que en estos casos existe siempre una arterioesclerosis grave, susceptible de ser comprobada con anterioridad en otras regiones del cuerpo, será posible establecer este diagnóstico con sólo pensar en el conjunto de los síntomas que ofrece el cuadro clínico.

Lo mismo se aplica a los casos de diarreas sanguinolentas. La trombosis venosa en el territorio de las grandes venas abdominales o la trombosis arterial, p. ej., de origen embólico, no son hechos muy raros en los cardíacos graves, y dan lugar a violentísimos dolores en el abdomen y a deposiciones sanguinolentas.

El infarto esplénico y hepático, a veces han sido causa de que se diagnosticara equivocadamente una pleuritis. El infarto a su vez, puede dar lugar a una pleuritis diafragmática secundaria, pero en este caso se trata de un proceso secundario. Muchas veces en el cadáver encontramos, en el hígado y en el bazo, grandes cicatrices co-

rrespondientes a infartos, la mayoría de los cuales no habían sido diagnosticados en vida.

El diagnóstico más difícil para el médico poco experto en Patología cardíaca, es el de un infarto en el miocardio. En este proceso anatómo-patológico se produce una trombosis de una rama importante de los vasos coronarios. Clínicamente, se observa un ataque de angina de pecho que persiste muchas horas, con los más graves síntomas de colapso en el individuo afecto.

La mayor parte de los pacientes sucumben; y un número reducido de ellos se salvan y, después de un prolongado estado veletudinario en cama, pueden alcanzar de nuevo, en su funcionamiento cardíaco, un grado de energía, a veces asombroso.

En cambio en el músculo queda una parte del tejido muscular destruida por cicatrices, pero por mi parte, he podido observar dos enfermos en los cuales, *después* de un infarto cardíaco, se había conservado durante muchos años la capacidad para el trabajo. Para quien haya podido observar a conciencia este cuadro morbosos, aunque sea una sola vez, el diagnóstico del mismo no tendrá dificultades.

Finalmente, haremos algunas importantes consideraciones destinadas a poder establecer el diagnóstico diferencial entre la pleuritis de los segmentos póstero-inferiores del pulmón y un catarro por estasis en sus comienzos. La semejanza de los fenómenos clínicos en ambos casos puede ser grande. Pero lo mismo el uno que el otro, considerados desde el punto de vista fisiopatológico, son fenómenos secundarios, y por lo tanto será de importancia reconocer su «causa». Muchas veces la disminución de la fuerza cardíaca, en individuos de edad avanzada, se revela por signos de bronquitis en los lóbulos inferiores, sin que por lo demás, se pueda encontrar en el paciente ningún otro síntoma de insuficiencia.

En los individuos jóvenes, una curva febril cuidadosamente tomada, nos proporciona datos importantes desde el punto de vista del diagnóstico diferencial. La endocarditis crónica en la mitral o en la aorta, o en ambas, da lugar a elevaciones térmicas muy ligeras. Muchas veces la curva febril, junto con el resultado de la auscultación constituyen los puntos de apoyo seguros para poder afirmar que el proceso endocárdico no ha llegado todavía al estado estacionario y a la cicatrización.

Terminaremos estas breves indicaciones con una nota de importancia práctica: muchas veces el color del rostro del cardíaco engaña a los deudos y al médico. Pero el médico experto no se dejará engañar por el aspecto floreciente de los enfermos con estenosis mitral, y tampoco considerará como del todo sano el aspecto de salud del hipertónico. El color del rostro es característico de las distintas clases de enfermedades cardíacas, y basándome en él he llegado a establecer en estas enfermedades una diferenciación que no ha sido expresamente consignada en las obras didácticas y que me permitiré señalar en este momento.

Yo distingo en los enfermos cardíacos, formas secas y formas húmedas, designando con el nombre de formas secas aquellas en las cuales la miocarditis o la degeneración cardíaca, frecuentemente combinada con una estenosis aórtica arterioesclerósica y con una insuficiencia mitral, prevalece en el cuadro clínico como la afección cardíaca primaria. Se trata, la mayoría de las veces, de individuos delgados y flacos, que nunca tienen tendencia a engordar, y que, a medida que va progresando su arterioesclerosis, adelgazan y enflaquecen cada día más hasta llegar a ponerse secos. En ellos puede producirse un catarro por estasis y un ligero infarto crónico del hígado, pero estos procesos, en tales enfermos, son ya la mayor parte de las veces estadios finales. Mientras los pacientes son capaces para el

trabajo o se consideran como tales, no son más que cardiópatas en el verdadero sentido de la palabra. He conocido a uno de estos individuos, que todavía un año antes de su muerte, movido por su entusiasmo deportista, fué a pie, en un solo día, desde Ulm hasta Stuttgart; la distancia es de 91 km. El paciente sufría una miocarditis arterioesclerósica hipertónica grave, con hipertrofia del corazón izquierdo, era sumamente flaco y medía 1,75 m de altura; era el mejor andador. Un año después sucumbió repentinamente en un ataque de angina de pecho. Estos tipos secos corresponden casi siempre a la clase de la arterioesclerosis pura, y en ellos puede existir o no hipertonía.

Los tipos húmedos son de una constitución absolutamente distinta; tienen tendencia a la producción de edemas precoces y al infarto hepático doloroso, y son los casos que mejor responden a la terapéutica clásica del corazón. Estos individuos pueden ser durante decenios cardíacos, pero para hablar con toda precisión, diremos que son *cardíacos y vasculares*, pues la variable predisposición a los edemas y el hecho de responder con los medicamentos diuréticos, necesariamente han de depender de una alteración patológica propia de la circulación periférica. El alivio de tales enfermos no puede concebirse solamente por el aumento de la fuerza cardíaca; no se obtiene únicamente por una mejora de la vis a tergo.

Estos enfermos húmedos, constitucionalmente y en cuanto al desarrollo de su síndrome patológico, se encuentran en una situación completamente distinta de la de los enfermos secos.

Si bien se comprende que entre uno y otro grupo existan transiciones y formas mixtas, con todo, creo que en el grupo de las afecciones cardíacas y vasculares pueden con razón colocarse frente a frente. Y, al hacerlo, se ve que aparte de los cardíacos hidrópicos, hay otros cardíacos, y se comprenden también mucho mejor los casos

de muerte *repentina*. Con frecuencia, para el cardiópata hidrópico y para sus familiares, la muerte representa una redención de los sufrimientos; en cambio muchas veces, la muerte del cardiópata seco, constituye una sorpresa para él y un acontecimiento terrible para sus deudos.

Terminaremos este trabajo, añadiendo a lo dicho algunas reflexiones sobre el final de la vida y sobre la muerte del cardiópata.

Ateniéndonos aquí a las dos categorías de enfermos que he establecido basándome en mi experiencia, en ambas el ideal supremo del médico será el hacer posible al cardíaco una muerte sin sufrimientos, si bien esto no ha de entenderse en el sentido de que el médico tenga el derecho de adelantar el final.

Pero en cambio, el médico puede hacer más llevadero su destino al cardíaco. En principio, el cardíaco muere de dos modos: o bien fallece repentinamente, o bien sucumbe lentamente a causa del corazón.

Refiriéndonos ante todo a la suerte que le cabe al cardíaco hidrópico, diremos que la experiencia nos enseña que muchas veces ni siquiera con la mejor terapéutica, podremos evitar que fatalmente se produzca una insuficiencia final con formación de edemas.

Pero un cardiópata que sufre muchas veces en su vida graves descompensaciones, que sale mejorado de sus estados de insuficiencia y que se descompensa de nuevo, para sucumbir finalmente, tal cardiópata es muy diferente de aquel que se mantiene en el estadio de compensación durante muchos años y después sucumbe a una insuficiencia final. Según mi experiencia, el destino que casi siempre les está reservado a estos enfermos, tratados y asistidos, es el de que, en su insuficiencia final, fallecen por verdadero colapso, a causa de una completa insuficiencia cardíaca y *de modo repentino*. Pero en

estos casos, el arte de la terapéutica ha movilizadado las últimas reservas del corazón durante períodos de tiempo en que el enfermo podía aún llevar una vida relativamente tolerable, y cuando éste llega al estadio final, la muerte se produce, las más de las veces con rapidez.

En cambio, un cardíaco hidrópico no convenientemente tratado, tiene muchas veces que soportar además, un terrible período achacoso, por el hecho de que el desgaste de las fuerzas de reserva del corazón todavía existentes, se prolonga aún por un tiempo innecesario, a causa de una larga permanencia en la cama. Esto no lo tienen en cuenta los adversarios que rechazan un tratamiento intermitente crónico digitalico, continuado durante decenios. Estos médicos no piensan en el destino que a sus enfermos les está reservado en el estadio final, en el cual el tratamiento máximo digitalico carece ya en absoluto de eficacia.

Si con un tratamiento digitalico crónicamente intermitente, practicado en debida forma, se produce en el estadio final la muerte súbita por el corazón, ello es debido a que realmente, según tenemos ya dicho, esta clase de tratamiento saca del corazón las últimas reservas. Llegados al período final, no se consigue extraer ya estas reservas, ni siquiera empleando grandes dosis de digital, pues entonces, incluso éstas son ineficaces. Y sin embargo, esto es precisamente lo que hacen sin utilidad alguna los médicos, quienes siempre esperan una grave insuficiencia para prescribir grandes dosis de digital.

En oposición a estos enfermos están los cardíacos *secos*.

Estos sucumben por efecto de la muerte aguda por el corazón, p. ej., en el ataque de angina de pecho, de uremia o de apoplejía. Un buen número de enfermos con apoplejía siguen aún durante años enteros en un simulacro de existencia, y para este grupo de enfermos, lo principal son los consejos solícitos de su médico de cabecera.

Después de lo dicho, termino este libro con la siguiente afirmación:

El médico que explora cuidadosamente a sus enfermos y que cada día va adquiriendo mayor experiencia y nuevos conocimientos con respecto al diagnóstico y a la terapéutica de las afecciones cardíacas y vasculares, llegará a ser desde los puntos de vista médico y humano, un fiel consejero para sus enfermos cardíacos.

Muchas veces al médico le es posible adivinar de antemano, cómo será el final de la vida de sus enfermos y cómo morirán, y también muchas veces ve en la muerte la redención de los sufrimientos del enfermo. Por otra parte, la muerte repentina ocurrida en uno de sus enfermos cardíacos nunca será para él una sorpresa en el verdadero sentido de la palabra.

A pesar de que el médico, se hace pesimista en el pronóstico, a medida que su experiencia aumenta, ha de ser sin embargo optimista, en su modo de comportarse ante el paciente.

Sin esta base optimista no podemos asistir a ningún enfermo.

APENDICE

Recopilación de las publicaciones del autor

I

TRABAJOS EXPERIMENTALES Y CLINICOS RESPECTO DE LA DIGITAL

- Diversas maneras de modificarse los territorios vasculares bajo la influencia de la digitalina, según se desprende de las investigaciones llevadas a cabo en órganos supervivientes.* Leipzig 1911, Tesis de Doctorado.
- Investigaciones electrocardiográficas respecto de la acción que la digital ejerce en los casos de arritmia perpetua, acompañadas de demostraciones.* Sesiones del Congreso alemán de Medicina Interna, celebrado en Wiesbaden, en 1914, pág. 377.
- Investigaciones clínicas y electrocardiográficas respecto de la acción ejercida por la digital y por la estrofantina en los casos de insuficiencia cardíaca.* Deutsches Archiv für Klinische Medizin 1916, Tomo 120.
- Tratamiento digitalico del corazón insuficiente, en caso de trastornos del ritmo cardíaco.* Ergebnisse der gesamten Medizin, Tomo 6, pág. 99.
- Reforzamiento de la acción sistólica de los glucósidos de la digital, mediante el Cardiazol (Pentametilentetrazol) y la Coramina (dietilamida del ácido piridin- β -carbónico).* Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie 1928, Tomo 129, cuad^{nos} 1-2.
- Farmacología experimental y problemas que la digital suscita en Clínica.* Wiener Medizinische Wochenschrift 1928, n° 38.
- Nuevos adelantos clínico-farmacológicos relativos al tratamiento con la digital.* Medizinisches Korrespondenzblatt für Württemberg 1927, Tomo 97, n° 46.
- Consideraciones para fomentar el conocimiento de la acción que sobre la circulación ejerce el tratamiento combinado con la digital, el Cardiazol y la Coramina.* Medizinische Klinik 1927, n° 24.

Reforzamiento de la acción de la digital mediante las substancias que actúan de un modo parecido al del alcanfor (Coramina-Cardiazol). Medizinische Klinik 1927, n° 10.

Consideraciones para fomentar el conocimiento del tratamiento combinado con la estrofantina y el alcanfor empleados por la vía intravenosa. Medizinische Klinik 1927, n° 6.

Tratamiento digitálico de los trastornos circulatorios crónicos, en el hospital y en la práctica particular. Fortschritte der Therapie 1926, cuad^{nos} 2 y 3.

Consideraciones sobre el tratamiento intravenoso de los enfermos cardíacos crónicos, mediante el uso combinado del Cardiazol y la estrofantina, empleados por la vía intravenosa. Therapie der Gegenwart 1929, cuad. 8.

II

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROBLEMA DE LA HIPERTONIA

Dos productos necesarios para el tratamiento de los enfermos con hipertonía. Therapie der Gegenwart 1931, Junio.

Curvas de la presión sanguínea en la hipertonía. Medizinische Klinik 1923, n° 18.

Valor que las curvas de presión arterial tienen para el pronóstico y para el tratamiento. Medizinische Klinik 1924, n° 6.

Hipertensión. Aumento de la presión arterial, considerado como síntoma, y tratamiento de la misma. Ergebnisse der gesamten Medizin, Tomo V, págs. 144 y sig.

Extraordinarias elevaciones de la presión arterial y datos que proporciona el examen de la orina: su utilidad para el pronóstico y para el tratamiento en los enfermos con hipertensión. Tung-Chi Medizinische Monatsschrift 1928, n°s 5 y 6.

Extraordinarias elevaciones de la presión arterial y datos que proporciona el examen de la orina: su utilidad para el pronóstico y para el tratamiento en los enfermos con hipertensión. Fortschritte der Medizin 1927, Año 6.

Hipertensión y tratamiento con los baños; contribución al estudio de la acción psicofísica alternativa, en las enfermedades acompañadas de hipertonía. Zeitschrift für wissenschaftliche Bäderkunde 1927, cuad. 10.

Importancia que, desde el punto de vista forense, tienen los trastornos del conocimiento, de corta duración, en los enfermos con hipertonía. Der Nervenarzt 1930, Año 3, cuad. 11.

III

TRABAJOS EXPERIMENTALES

Consideraciones sobre las corrientes de acción que, en el tétanos por la estricnina, se producen en el músculo de los animales de sangre caliente. Zeitschrift für Biologie 1912, Tomo 59, cuad. 9.

Consideraciones sobre las corrientes de acción que se producen, por efecto de la contracción involuntaria, en los músculos del esqueleto del hombre. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1913, Tomo 47, 18.

Consideraciones sobre un caso atípico de corea menor, acompañada de fenómenos paralíticos, y contribución al estudio del reflejo de Gordon. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1916, Tomo 45.

IV

LA CLINICA Y LA PRACTICA PARTICULAR

El electrocardiograma en la arritmia perpetua. Deutsches Archiv für Klinische Medizin 1913, Tomo 112.

Irregularidades de la actividad cardíaca, completas y de carácter transitorio, que se presentan bajo el cuadro de la arritmia perpetua, y observaciones relativas a la acción ejercida por el vago. Deutsches Archiv für Klinische Medizin 1914, Tomo 117.

Contribución al conocimiento de la arritmia perpetua transitoria, con observaciones relativas a la presión del vago. Deutsches Archiv für Klinische Medizin 1917, Tomo 124, cuad^{nos} 1 y 2.

Consideraciones sobre las palpitaciones cardíacas en los enfermos con trastornos del ritmo. Medizinische Klinik 1921, n° 21.

Paracodina para el tratamiento de la hemicrania. Klinische Wochenschrift, Año 2, n° 42.

Tratamiento de las enfermedades circulatorias crónicas, mediante el alcanfor. Medizinische Klinik 1923, n° 50.

Investigaciones clínicas relativas al problema de la escila. Deutsches Archiv für Klinische Medizin 1924, Tomo 145, cuad^{nos} 1-2.

- Observaciones clínicas llevadas a cabo con el preparado cardíaco de hormonas «Hormocardiol», según Haberlandt.* Medizinische Klinik 1929, n° 9.
- Palabras finales respecto de lo dicho por L. Haberlandt.* Medizinische Klinik 1930, n° 9.
- Investigaciones comparativas llevadas a cabo con un preparado de hormonas designado con el nombre de «Hormocardiol» y con un nuevo extracto de músculo.* Medizinische Klinik 1930, n° 2.
- Diversas maneras de modificarse los territorios vasculares bajo la acción del Cardiazol, de la Coramina y de la Escilarina.* Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie 1928, Tomo 131, cuad^{nos} 5 y 6.
- Tratamiento de las enfermedades crónicas del corazón por el médico de cabecera.* Medizinische Welt 1927, n°s 46 y 47.
- Importancia práctica de la estenosis mitral.* Ärztliche Rundschau 1926, n° 8.
- Consideraciones sobre un nuevo tratamiento de la angina de pecho mediante el uso de extractos musculares.* Ärztliche Rundschau 1931, n° 1.
- Posibilidades en la manera de producirse la arritmia perpetua.* Contribución a la clínica de la estenosis mitral. Deutsches Archiv für Klinische Medizin 1931, Tomo 170, cuad^{nos} 1 y 2.
- Deporte y carácter.* Medizinisches Korrespondenzblatt für Württemberg 1932, Tomo 102, n° 36.
- El cardíopata como chófer.* Pensamientos forenses para médicos y para abogados. Medizinische Welt 1932, n°s 37 y 38.
- El cardíopata como chófer.* Verkehrswarte 1933, Año 6, n° 6.
- La negligencia del cardíopata como chófer.* Medizinische Welt 1934, n° 40.
- Consideraciones relativas al modo de fijar la necesidad de tratamiento en los cardíopatas.* Ärztliche Rundschau 1934, n° 10.

V

OTROS TRABAJOS TERAPEUTICOS

- Hipertensión y balneoterapia.* Contribución al conocimiento de las relaciones psíquico-físicas en las enfermedades hipertónicas. Revista Médica de Hamburgo 1927, Año 8, n° 2.
- Diagnostico y Tratamiento da «Angina Pectoris».* Brasil-Medico 1934, Año XLVIII, n° 2.

- Experiencias clínicas sobre el tratamiento del cardíaco descompensado.* Revista Médico Latino-Americana. Año XVII, Octubre de 1931, n° 193.
- Pronóstico das Cardiopatias.* (Serviço do Professor Clementino Fraga.) Separata do Jornal dos Clinicos 1933, n° 12.
- O Cardíaco como Motorista.* Brasil-Médico 1934, Año XLVIII, n° 23.
- Sobre um novo Tratamento da Angina Pectoris com Extractos Musculares.* Brasil-Médico 1931, Año XLV, n° 36.
- El cardíopata.* Editorial-Hippokrates, Stuttgart 1931. V. Archivio generale di Biopsicologia, Biopsicopatologia é Biopsicoterapia 1933, Año II, Fascículos III-IV, pág. 101, y Brasil-Médico 1931, Año XLV, n° 29, pág. 668: Instituto Teuto-brasileiro.

VI

PSICOPATOLOGIA Y PSICOTERAPIA

- Condiciones psicosomáticas en el cardíopata.* Der Nervenarzt 1929, cuad. 19.
- ¿Qué es lo que el médico práctico debe saber respecto de la psicoterapia metódica?* Allg. ärztl. Zeitschrift für Psychotherapie und psychische Hygiene 1928, Tomo I, cuad. 4.
- Las acciones alternantes psico-físicas en las enfermedades hipertónicas.* Stuttgart, Editorial Hippokrates 1926.
- Hermann Scheffen:* Observaciones psicosomáticas de enfermos con complejo sintomático de Stokes-Adams y con hipertonia. Dissert. inaug., Francfort 1930. (De la Casa Madre de las Hermanas Carlotas, en los Baños de Cannstatt, médico director Dr. Fahrenkamp.)
- Pena y peligro.* Libro publicado por la Editorial Nils Kampmann, de Kampen/Sylt 1932.

En 1936, la Editorial Hippokrates, de Stuttgart, publicará:

«Lesiones valvulares acabadas y lesiones no acabadas. Homeopatía—Alopatía.»



Heist

Anexo al libro

LO ESENCIAL Y COTIDIANO

EN EL CARDIOPATA

por el Dr. Karl Fahrenkamp

