

arriba, o bien con dos, unó en dicha forma y el otro transversal, paralelo a la superficie articular. Debe evitarse en todo caso la perforación del cartilago articular.

También ha sido utilizada la reducción y atornillado por vía trans-occipital.

VIGNARD ha obtenido buenos resultados con la reducción del cóndilo fracturado.

En nuestro caso, complicado de luxación del cúbito y de rotación del fragmento condíleo, empleamos el simple atornillado previa incisión en arco sobre el cóndilo interno, reducción del fragmento y de la luxación cubital, y la colocación de un vendaje enyesado en el que se practicó una ventana para la vigilancia y curación de la herida operatoria, que nevé colocado durante 15 días, a partir de los cuales empezamos el masaje y movilización progresiva.

Los rayos X demostraron la perfecta coaptación del fragmento. (Radios y esquemas núms. 3 y 4).

Visto el enfermo a los tres años (2 de julio 1928), se puede apreciar la perfecta tolerancia del tornillo (Radios núms. 5 y 6), al propio tiempo que el buen resultado funcional de su brazo izquierdo, del que puede valerse perfectamente para su trabajo. (Fotos. núms. 1 y 3.).

RESUME

*La fracture du condyle interne de l'humérus est rare, et cela s'explique par le mécanisme d'ossification de l'épiphyse inférieure de l'humérus et les conditions de production des fractures de cette region.*

*Notre cas était accompagné d'une luxation congénitale du cubitus et d'une rotation de fragment condyléen sur lui-même; des facteurs qui difficultent et compliquent le traitement sans effusion de sang, en justifiant la réduction à ciel ouvert qu'on a fait dans ce cas, moyennant un clou à vis et un bandage de plâtre.*

*Trois années après nous avons examiné le malade et il ne présentait aucune réaction d'intolerance métallique et aucun trouble fonctionnel.*

SUMMARY

*Fracture of the internal condyle of the bone is rare and its rarity is explained by the mechanism of ossification of the lower epiphysis of the humerus and the state of fractures in this region.*

*Our case also showed luxation of the cubit and rotation of condyle fragment upon itself, which factors render diagnoses des Oberarm-knochens und durch die Bruchkonditionen open air reduction performed in this case through screw and plaster bandage.*

*Patient seen three years after shows neither reaction from metallic intolerance nor any functional disturbance.*

ZUSAMMENFASSUNG

*Der Bruch des inneren Knöchels (Knochenkopf) des Oberarm-knochens ist selten; seine Seltenheit erklärt sich durch die Art der Verknöcherung des unteren Knochenansatzes des Oberarm-knochens und durch die Bruchkonditionen die in dieser Stelle vorliegen.*

*Unser Fall war durch Ellbogenbeinverstauchung und Umdrehung des knöchelstückes um sich selbst begleitet; diese Begleiterscheinungen erschweren die unblutige Behandlung, rechtfertigen die Einrichtung unter offenen Bedingungen, welche in uns erem Falle durch Schraube und Gipsverband gemacht wurde.*

*Nachdem man den Kranken nach drei Jahren untersuchte, wurde keine Reaktion auf Grund metallischer Unduldsamkeit bemerkt, auch keinerlei Bewegungsstörungen.*

LAS INSUFICIENCIAS CARDÍACAS IRREDUCIBLES

por el doctor

L. TRIAS DE BES

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona

A pesar de las múltiples tentativas encaminadas a ampliar los límites terapéuticos de la insuficiencia cardíaca con nuevos medicamentos capaces de aventajar, o de reemplazar simplemente, a los conocidos como eficaces, lo cierto es que el tratamiento de las distintas formas de desfallecimiento del miocardio continúa basándose fundamentalmente en los dos clásicos medicamentos: digital y estrofantó.

La actividad de ambos fármacos es, sin embargo, de tal eficiencia y sus formas de administración son tan extremadamente variadas, que la escasez numérica de medios terapéuticos queda ampliamente compensada por los extensos matices de su posología. Con lo dicho queremos indicar, que si bien la cardiología cuenta con recursos limitados para hacer frente a su más importante cuadro clínico—la insuficiencia cardíaca,—la eficacia fármaco-dinámica de estos recursos es en cambio lo suficientemente marcada para que se la pueda conceptuar como uno de los sectores de la patología mejor dotados en el sentido estrictamente terapéutico.

No faltan, sin embargo, casos clínicos en los que la acción de los grandes cardiotónicos es parcial o totalmente inoperante sobre los graves fenómenos de la insuficiencia cardíaca. En estas circunstancias quedan planteados prácticamente dos extremos que interesa al médico resolver en todo momento, a saber: *¿el fracaso terapéutico depende de una equivocada forma de administración? ¿la inactividad farmacológica depende del carácter irreducible de la insuficiencia cardíaca?*

El perfecto conocimiento de ambos extremos tiene la mayor importancia clínica. En el primer caso, una rectificación en el terreno posológico puede representar la rehabilitación terapéutica del fármaco empleado y con ello la modificación de los fenómenos de insuficiencia cardíaca. En el segundo caso, la ineficacia del medicamento puede orientar al médico hacia una terapéutica más racional y etiológica de la insuficiencia (según veremos más adelante) o bien proporcionará útiles datos pronósticos en el sentido de una máxima y absoluta gravedad.

FRACASO TERAPÉUTICO DE LA DIGITAL Y DE LA OUA-BAÍNA DEPENDIENTE DE SU INCORRECTA ADMINISTRACIÓN

—No insistiremos excesivamente sobre este aspecto del problema, que todos los tratados clásicos se han esforzado en aclarar o resolver con más o menos fortuna. Persisten, no obstante, entre la generalidad de los médicos algunos prejuicios sobre la posología de los dos grandes cardiotónicos, que se oponen las más de las veces a sacar todo el partido apetecible de sus posibilidades terapéuticas.

En primer lugar precisa advertir que no existe una forma patrón de administración digitalica a la cual puedan referirse, salvo ligeras variantes, todos los casos de insuficiencia cardíaca que prácticamente puedan presentarse. Una concepción tan rígida de la insuficiencia cardíaca, implicaría una injusta restricción en la capacidad terapéutica de aquel maravilloso medicamento, que como ya hemos indicado más arriba, debe precisamente a su variada posología gran parte de sus éxitos clínicos.

Cada enfermo plantea una indicación terapéutica particular, cuyos caracteres vienen impuestos por las circunstancias propias del desfallecimiento miocárdico, a saber: fase evolutiva de la insuficiencia cardíaca, carácter subintrante de las crisis hiposistólicas, tipo ventricular de la insuficiencia, intensidad de los fenómenos de éxtasis periférico, aceleración e irregularidad de las contracciones cardíacas, patogénesis de la insuficiencia etc.

Dejando, pues, a un lado la defectuosa utilización de la digital y de la ouabaína como consecuencia de una imperfecta apreciación e interpretación de los fenómenos estrictamente clínicos y que sólo una buena cultura médica puede subsanar, quedan, no obstante, en pie algunos conceptos erróneos sobre la posología de los dos grandes cardiotónicos, que a la sombra de algunas ideas clásicas en plena caducidad o por las exageraciones de escuela tienden a generalizarse en la práctica médica con evidente detrimento de los favorables resultados que de aquellos fármacos pueden obtenerse.

Es un hecho de observación diaria, la frecuencia con que el médico general recurre a dosis digitales manifiestamente ineficaces para tratar los fenómenos de insuficiencia cardíaca. El prejuicio de las dosis pequeñas pesa todavía con excesiva fuerza en el ánimo de muchos médicos por el temor casi siempre infundado de una intoxicación digitalica, bastante más lejana de lo que habitualmente se supone.

Muchas veces se interpreta erróneamente como saturación e intoxicación digitalica los fenómenos nauseosos y diarreicos dependientes de una simple intolerancia de las vías digestivas para con la digital. La exigüidad de la dosis digitalica desencadenante de estos trastornos y sobre todo la ausencia de modificaciones del pulso, indican la verdadera génesis de las molestias, que en nada justifican la suspensión del tratamiento digitalico. Basta para ello recurrir a la vía parenteral.

Por otra parte, para llegar a la intoxicación digitalica precisa traspasar una etapa caracterizada por el retardo progresivo de las contracciones cardíacas y que da un margen suficiente para que el médico sepa detener el tratamiento en esta fase de saturación digitalica, anterior siempre a la intoxicación propiamente dicha.

Sea como sea, preferimos llegar a lindar con los fenómenos de saturación digitalica, que no dejar progresar irremediablemente una insuficiencia cardíaca bajo el amparo de un tratamiento digitalico demasiado débil.

Conviene no olvidar que el porvenir del hiposistólico está íntimamente ligado a la energía con que se trate su primera crisis y a la continuidad en el tratamiento digitalico, cuyos períodos de obligado reposo nunca deben ser tan prolongados que la reanudación del tratamiento coincida con la reaparición de los fenómenos de insuficiencia.

Otro concepto inexacto, y cuya vulgarización en estos últimos tiempos ha llevado al ánimo del médico una cierta desconfianza en las propiedades tónico cardíacas de la digital, ha sido la afirmación de Vaquez, según la cual, las preparaciones digitales obrarían casi exclusivamente por su acción frenatriz sobre el ritmo cardíaco, siendo, en cambio, muy reducida su influencia sobre la tonicidad del músculo cardíaco.

Esta concepción *sui generis* de la farmacodinamia digitalica, sobre no estar de acuerdo con las bases experimentales, dista mucho de venir apoyada por los hechos clínicos. El criterio de Vaquez abona la creencia equivocada de que la digital sólo puede rendir sus bienhechores efectos en las insuficiencias cardíacas en que predominan los fenómenos de taquicardia y arritmia, dejando en cambio para la ouabaína y estrofantinas en general, el tratamiento de los desfallecimientos cardíacos por hipotonicidad de la fibra miocárdica.

Tal vez sería más exacto decir que la ouabaína sólo puede reemplazar a la digital en los desfallecimientos agudos del miocardio y en las insuficiencias de ventrículo izquierdo no acompañadas de fenómenos arrítmicos.

En el tratamiento de la hiposistolia crónica, la digital no tiene sustituto posible; y para llegar a un resultado útil, el médico no debe vacilar en alcanzar rápidamente y aun superar la dosis equivalente al miligramo de digitalina cristalizada.

No podemos terminar este capítulo encaminado a vencer prejuicios en materia de administración de los tónico cardíacos magistrales, sin dedicar breves líneas a la ouabaína, que por su exacta dosificación y su menor toxicidad ha venido a reemplazar definitivamente a las antiguas estrofantinas.

Mi modesta experiencia personal me permite afirmar de un modo categórico que la ouabaína sólo realiza un efecto terapéutico apreciable a condición de que sea utilizada por vía intravenosa. Todo lo que la ouabaína tiene de activa por vía endovenosa, tiene de ineficaz por vía oral, y por este motivo entendemos que el médico debe desechar rotundamente los preparados de ouabaína por ingesta para tratar las insuficiencias cardíacas que revistan alguna gravedad.

Nuestra afirmación demoledora para con los preparados orales a base de ouabaína, el lector no la verá compartida en los trabajos y publicaciones francesas, a pesar de que gran parte de los cardiólogos de la nación vecina reconocen implícitamente la necesidad de recurrir a dosis elevadísimas de solución de ouabaína para obtener un efecto útil. Solo DIMIT-

SACOFF ha expuesto recientemente un criterio parecido.

Nuestro escepticismo, fundado exclusivamente en la observación clínica, hemos tenido recientemente la satisfacción de verlo comprobado experimentalmente en una reciente comunicación del DR. ALDAY RADONET a la Sociedad de Biología de Madrid. En este interesante trabajo, el Profesor auxiliar de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid, se ocupa de establecer experimentalmente la relación farmacodinámica entre la vía oral e intravenosa de los diferentes tónicos cardíacos. Por lo que respecta a la ouabaína, el Dr. ALDAY sostiene que para llegar a obtener por las vías digestivas la actividad terapéutica de la vía intravenosa, precisa emplear dosis cincuenta veces más elevadas.

Fácilmente se comprende la imposibilidad de vencer la intolerancia digestiva que necesariamente tiene que derivarse del empleo de estas dosis clínicamente inaceptables.

La vía intravenosa es, pues, la única vía de administración estimable para el tratamiento ouabaínico, y sobre este particular creemos necesario desvanecer también alguna preocupación bastante arraigada entre los médicos. Nos referimos a la opinión demasiado extendida de que la ouabaína es solamente un medicamento de excepción, siendo así, que no hay inconveniente alguno en reiterar la inyección intravenosa de un cuarto de milígramo tantos días como sea necesario, siempre que las indicaciones estén bien planteadas.

No queremos insistir más sobre la ineficacia terapéutica de los dos grandes tónicos cardíacos, dependiente de su incorrecta administración. Sabemos, perfectamente que nuestro propósito no podía aspirar a definir con precisión la conducta terapéutica más adecuada a cada caso; creemos, sin embargo, haber aportado alguna beneficiosa aclaración a ciertos detalles de posología, que el temor unas veces y la fuerza del hábito las más, mantienen indefinidamente en el equívoco.

FRACASO DE LAS MEDICACIONES CARDÍACAS DEPENDIENTE DEL CARACTER IRREDUCIBLE DE LA INSUFICIENCIA.—Existen casos en que la actividad terapéutica así de la digital como de la ouabaína, se estrella contra la tendencia fatalmente progresiva de los fenómenos hiposistólicos, cuya evolución se mantiene inaccesible a toda tentativa tónico cardíaca.

Esta insensibilidad miocárdica a la acción de los cardiotónicos plantea un dilema cuyo exacto conocimiento tiene un excepcional interés práctico. En efecto, la irreducibilidad de la insuficiencia cardíaca puede obedecer fundamentalmente a dos órdenes de hechos distintos, a saber:

A la existencia de un proceso inflamatorio del miocardio en evolución.

A la existencia real de una forma propiamente irreducible de la insuficiencia cardíaca.

Explicando en forma de cuadro sinóptico estos

dos conceptos esenciales que engloban todas las causas de fracaso de los medicamentos cardiotónicos, tendremos:

Por endo-miocarditis evolutiva.	}	Reumatismo cardíaco evolutivo.
		Endocarditis maligna de evolución lenta.
Por irreducibilidad esencial de la insuficiencia cardíaca.	}	Endocarditis secundaria de los cardíacos.
		Miocarditis reumática.
		Miocarditis sífilítica.
	de carácter mecánico.	Sínfisis pericárdica.
		Hiposistolia de los gibosos o deformes torácicos.
	de índole miocárdica.	Insuficiencia cardíaca primitiva (Miocardia de Laubry)
		Insuficiencia ventricular derecha pura.
		Insuficiencia cardíaca progresiva con regularidad del pulso

Las insuficiencias cardíacas del primer grupo, esto es, ligadas a un proceso endocárdico o miocárdico inflamatorio en evolución, no todas merecen en realidad el nombre de irreducibles, pues si bien su evolución no se modifica lo más mínimo bajo la influencia de los tonicardíacos clásicos, puede experimentar, en cambio una favorable evolución regresiva bajo la acción de una terapéutica etiológica, si hay lugar a ello.

Este concepto terapéutico etiológico, que insinúa la posibilidad de detener la evolución fatal hacia la asistolia de una forma de insuficiencia cardíaca sobre la que gravitaba un pronóstico de los más sombríos, como consecuencia de su insensibilidad a los medicamentos cardiotónicos, debe merecer la máxima atención del médico por las bienhechoras consecuencias clínicas que puede reportar al enfermo.

En efecto, siempre que los medicamentos cardiodinámicos clásicos—digital y ouabaína—se muestren inoperantes en la evolución de un estado hiposistólico, el médico debe aclarar si se trata de un proceso agudo o subagudo del miocardio, antes de rendirse a admitir la existencia de una insuficiencia cardíaca definitivamente irreducible.

Hay, ciertamente, dos procesos inflamatorios del corazón cuya inaccesibilidad terapéutica es desgraciadamente fatal; nos referimos concretamente a la *endocarditis maligna de evolución lenta* y a la *endocarditis secundaria de los cardíacos*, descrita hace algunos años por JOSUÉ. Ello se explica, porque en ambos procesos la participación cardíaca no es más que un epifenómeno ligado a la marcha prolongada e implacable de dos procesos septicémicos contra los cuales no poseemos una terapéutica específica eficaz.

Fuera de estas dos formas de hiposistolia inflamatoria e irreducible en virtud de la persistencia del proceso septicémico causal, existen dos tipos de insuficiencia cardíaca de tipo infeccioso cuya aparente insensibilidad terapéutica lo es sólo para los medicamentos que se proponen actuar exclusivamente sobre los fenómenos mecánicos, pero no para una opor-

tuna medicación específica. Tales son las *miocarditis sifilíticas* y las *distintas formas clínicas del reumatismo cardíaco evolutivo*.

La observación relativamente reciente de tres casos de miocarditis sifilítica en los que la prueba terapéutica nos ha evidenciado su insospechada etiología, nos ha hecho comprender con cuanto motivo el médico debe pensar en esta forma de insuficiencia cardíaca, siempre que los tonicardíacos y en particular la digital se muestren inactivos en todo cuadro hiposistólico, con taquiarritmia completa y ligerísimo edema.

Sabido es que las formas de insuficiencia cardíaca con arritmia son precisamente las que mejor responden a la influencia digital. Nuestra modesta experiencia nos ha demostrado, en cambio, que son justamente las miocarditis sifilíticas las únicas que remedando el tipo de la hiposistolia crónica son susceptibles de desmentir esta norma terapéutica unánimemente aceptada como cierta.

El reumatismo cardíaco, ya sea *primitivamente evolutivo* (después de la endocarditis reumática inicial se produce un estado inflamatorio continuo o alternando con dolores articulares) o *bien secundariamente evolutivo* (mucho tiempo después de la primera crisis de endocarditis reumática y en aparente buen estado de salud por parte del enfermo se produce un segundo brote endocárdico con igual tendencia evolutiva que en el reumatismo primitivamente evolutivo), ofrece también una manifiesta resistencia a la acción de los cardiotónicos.

El perfecto conocimiento que actualmente poseemos de la marcha clínica de las diferentes formas de reumatismo cardíaco evolutivo, ha puesto de manifiesto que toda medicación propiamente cardíaca va necesariamente seguida del más ruidoso fracaso siempre que no vaya precedida o acompañada de un tratamiento intenso y sostenido por el salicilato sódico, preferentemente por vía endovenosa.

En consecuencia, las miocarditis sifilíticas por un lado y el reumatismo cardíaco evolutivo, con la miocarditis reumática por otro, plantean en la práctica médica dos formas clínicas de hiposistolia resistentes a la acción de los medicamentos cardiotónicos y que, sin embargo, pierden su aparente irreducibilidad bajo la influencia de la respectiva medicación específica.

En el cuadro esquemático expuesto más arriba, señalamos dos tipos diferentes de insuficiencia cardíaca esencialmente irreducible: de carácter mecánico y de índole miocárdica.

Entre las de carácter mecánico se incluyen la *insuficiencia cardíaca por sínfisis de pericardio* y la *insuficiencia cardíaca de los tórax deformes*. En realidad, uno y otro tipo de insuficiencia se confunden en el fondo, pues lo mismo en uno que en otro caso, el obstáculo mecánico torácico es el factor determinante de la marcha invariablemente progresiva hacia la asistolia.

Lo cierto es que las medicaciones cardíacas dan

pruebas precoces de su ineficacia en estos tipos de insuficiencia cardíaca y que sólo la operación de BRAUER (movilización del peto torácico precordial) practicada con anterioridad a la aparición de todo fenómeno grave de hiposistolia, puede evitar la marcha fatalmente progresiva de estos cardiopatas.

Es también un hecho bien probado, especialmente después de los trabajos de la escuela de LAUBRY, que la *insuficiencia cardíaca primitiva (Miocardia)* constituye una forma rápidamente progresiva de insuficiencia cardíaca que tiene como características esenciales la ausencia de antecedentes etio-patogénicos definidos y su irreducibilidad terapéutica exteriorizada desde la aparición de los primeros signos de desfallecimiento miocárdico.

Este síndrome que podríamos llamar de hipodinamia funcional en atención a la espontaneidad de su aparición y a la ausencia de lesiones anatómopatológicas comprobables macro y microscópicamente, mantiene bajo su misteriosa patogenia una lamentable negatividad terapéutica.

El médico advertirá que se halla en presencia de este cuadro, casi siempre fatal, por la espontaneidad e intensidad inicial de los fenómenos de insuficiencia miocárdica, por su rápida progresión y por su insensibilidad terapéutica.

Un concepto menos fatal, tal vez, en cuanto a la rapidez del cuadro evolutivo, pero idéntico en lo que se refiere a la acción deficiente de los medicamentos cardiotónicos, es el que debe otorgarse a la *insuficiencia parcial del ventrículo derecho* consecutiva a la esclerosis primitiva o secundaria de la arteria pulmonar o bien a la existencia de lesiones pulmonares crónicas de tipo esclero-enfisematoso.

En esta forma de insuficiencia ventricular derecha, sólo es posible obtener algún resultado apreciable recurriendo a las dosis cardiotónicas masivas de digital, preferentemente por vía parentérica y renunciando a la vía digestiva por su habitual ineficacia. En estos casos la ouabaina está faltada asimismo de toda actividad manifiesta.

Finalmente, entre las formas de insuficiencia cardíaca desesperante por la inutilidad de todo esfuerzo terapéutico, hemos de citar el tipo especial descrito por VAQUEZ de insuficiencia cardíaca irreducible desde sus comienzos y que tiene como nota característica la conservación de la regularidad del pulso. Es un tipo de insuficiencia cardíaca en el que la evolución *progresiva* de los signos de dilatación cardíaca contrasta con la persistencia de un corazón rápido pero *regular*. Este tipo de insuficiencia cardíaca irreducible se la puede encontrar a menudo en enfermos afectos antiguamente de un proceso orificial mitral o aórtico.

El diagnóstico clínico entre los mitrales ofrece menos dificultades, por el hecho de que la conservación de la regularidad del ritmo es muy rara cuando han entrado en la fase de insuficiencia cardíaca. Habitualmente, en estos enfermos se produce el cuadro clásico de la hiposistolia con arritmia completa y edemas, y es asimismo un hecho frecuente que la

digital determine una mejoría más o menos ostensible de los signos así clínicos como funcionales.

La práctica demuestra a menudo que cuando los signos hiposistólicos coinciden con una regularidad del ritmo, la insuficiencia cardíaca evoluciona progresiva y rápidamente hacia la muerte. Todo ocurre como si la arritmia completa constituyera un signo de favorable pronóstico ligado a la circunstancia de una mayor efectividad terapéutica de la digital sobre el corazón arritmico que sobre el corazón regular.

En realidad, pues, la gravedad de estos casos de insuficiencia cardíaca irreducible sin trastornos del ritmo, depende del hecho de que nos hallamos terapéuticamente desarmados contra la especial naturaleza de esta insuficiencia cuyos caracteres no se adaptan a la acción fármacodinámica de la digital y aun de la ouabaína.

El efecto moderador de la digital sobre el seno es tan débil, que no basta para producir un retardo apreciable de los latidos cardíacos; y en cuanto a la importante acción sobre la conductibilidad, sólo tiene utilidad apreciable cuando la insuficiencia cardíaca se acompaña precisamente de arritmia completa. De resultados tan maravillosos en las insuficiencias cardíacas que se acompañan de arritmia, la digital se muestra, en cambio, ineficaz en los casos que acabamos de señalar.

Del rápido repaso que acabamos de hacer sobre los diferentes tipos de insuficiencia cardíaca poco o absolutamente inasequibles a la acción de los tonicardíacos, se deduce que prácticamente se ofrecen al médico numerosos casos de desfallecimiento cardíaco contra los cuales se halla desposeído de todo medio terapéutico de alguna eficacia.

Dejando aparte los casos en que el problema de la irreducibilidad cardíaca depende exclusivamente de un defecto de técnica, por parte del médico, en la correcta administración del tonicardíaco adecuado, y de aquellos otros en que las condiciones de la irreducibilidad se hallan ligadas a trastornos mecánicos insuperables por medios puramente médicos (síntesis pericárdica); nos hallamos inmediatamente ante los casos en que la irreducibilidad es sólo relativa, esto es, en lo que se refiere a su susceptibilidad por la acción de los tonicardíacos magistrales, pero de ningún modo en lo que afecta a la influencia benéfica de la medicación específica causal; tal es el caso de las miocarditis sifilíticas y de las localizaciones cardíacas de naturaleza reumática.

Frente a todos estos casos de más o menos aparente irreducibilidad terapéutica, en gran parte subsanable, hay que oponer el amplio grupo de las insuficiencias cardíacas esencialmente irreducibles contra las cuales se estrella toda tentativa terapéutica.

¿Se conoce algún medio para remediar en lo posible esta desesperante ineficacia terapéutica?

Partiendo del principio, a nuestro entender equivocado, de que la irreducibilidad de estas insuficiencias cardíacas depende de una falta de afinidad del miocardio para los grandes cardiotónicos y de un

modo especial para la digital, se ha intentado por diferentes autores lo que podríamos llamar *sensibilización del miocardio*, esto es, buscar una fórmula que permitiera al corazón responder a las incitaciones terapéuticas de aquellos medicamentos.

Este es el fundamento de la pretendida *reactivación* de la digital mediante la administración previa de la ouabaína y el *reforzamiento* de la actividad digital mediante la administración de las sales de calcio como ha establecido la escuela de Loewi.

Por nuestra parte no hemos visto que las insuficiencias cardíacas esencialmente irreducibles se beneficien lo más mínimo de la reactivación por la ouabaína. Esta reactivación la hemos podido observar solamente en aquellas insuficiencias cardíacas que habían sido en un principio sensibles a la digital y que como consecuencia del empleo sostenido de este fármaco, había acabado por perder gran parte de su actividad. En tales casos la reactivación ouabaínica puede ser manifiestamente útil; pero claramente se comprende que no podemos incluir estos casos entre las insuficiencias cardíacas esencialmente irreducibles.

La asociación de los preparados de calcio a la digital ha perdido actualmente buena parte de su predicamento como elemento de reactivación, para consagrarse, en cambio, con mayores méritos como fórmula para prolongar la tolerancia digital en aquellas insuficiencias cardíacas que reclaman el empleo sostenido de este fármaco.

La administración conjunta de la digital y de la ouabaína ha sido también considerada algún tiempo como la fórmula adecuada para luchar contra ciertas formas de insuficiencia cardíaca terapéuticamente irreducibles. Si recordamos un momento el concepto que hemos expuesto anteriormente sobre lo que cabe esperarse de la administración oral de la ouabaína, fácilmente se comprenderá nuestro escepticismo sobre la utilidad de la asociación digitalino-ouabaínica para vencer la irreducibilidad esencial de ciertas insuficiencias cardíacas.

Mientras no poseamos medios más eficaces y en tanto no conozcamos más íntimamente la base humoral que indudablemente condiciona y regula el complejo fenómeno de la insuficiencia cardíaca, la irreducibilidad terapéutica de determinadas formas de esta insuficiencia continuará siendo el más arduo escollo del tratamiento de las cardiopatías.

#### RESUME

*L'activité thérapeutique des grands toniques cardiaques n'a pas toujours d'heureux résultats. Dans ces cas il se peut bien que nous nous trouvions en face d'une insuffisance cardiaque de type irréductible.*

*Mais avant de faire cette affirmation clinique, il faut éliminer la possibilité que l'échec thérapeutique soit dû à une mauvaise administration du cardio-tonique dans son triple problème: type de médicament, intensité des doses et voie d'administration.*

*Seulement après avoir examiné infructueusement la posologie la plus appropriée, on sera autorisé à croire à une forme d'irréductibilité cardiaque essentielle capable de déterminer l'échec thérapeutique des deux cardio-toniques principaux: digitale et estrofantus.*

Ces deux médicaments classiques n'ont aucune influence dans les insuffisances cardiaques qui peuvent être classifiées dans ces deux groupes:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Par Endo-myocardites évolutives                                       | }   | Rhumahtisme cardiaque évolutif                         |
|   |   | Endocardite maligne lente                              |
|   |   | Endocardite secondaire des cardes                      |
|   |   | Myocardite rhumatique                                  |
| Par irréductibilité essentielle de l'insuffisance cardiaque . . . . . | }   | Mécanique  |
|   |   | Symphyse péricardique                                  |
|   |   | Hyposystolie des bossus ou des difformes thorachiques. |
|   |   | Myocardique  |
| }   | Insuffisance cardiaque primitive. Myocarde.       |  |
|   | Insuffisance ventriculaire droite.                |  |
|   | Insuffisance progressive avec régularité du pouls |  |

Les insuffisances cardiaques du premier groupe, liées à un procès infamatoire en évolution, ne méritent pas toutes, le titre d'irréductibles. Bien que leur évolution ne soit modifiée nullement par l'action des cardio-toniques, ces insuffisances peuvent par contre expérimenter une évolution régressive favorable sous l'action d'une thérapeutique étiologique.

Le deuxième groupe comprend en réalité les formes d'insuffisance cardiaque contre lesquelles le médecin se trouve empêché de toute action thérapeutique échouant toutes les intentions de sensibilisation myocardique citée par de divers auteurs.

Ni la réactivation digitalique moyennant l'administration d'ouabaine, ni le fortifiement de l'action digitalique par le calcium, ni l'administration ensemble de la digitale et l'ouabaine, n'ont pas capables de modifier la marche implacable de ces formes d'insuffisance cardiaque.

SUMMARY

The therapeutic activity of the great cardiac tonics appears at times lacking all effectivity. In such cases, we may possibly be facing a cardiac insufficiency of an irreductible type.

Before reaching this clinical conclusion, we should eliminate the possibility that the therapeutic failure may be due to a faulty administration of the cardiac tonic in its triple problem: type of medicament, dose intensity, and way of administration.

Only after a fruitless search of the most suitable posology shall we feel warranted to think about a form of essential cardiac irreductibility capable of determining the therapeutic failure of the two magistral cardio-tonics: digitalis and strophanthus.

Cardiac deficiencies not influenced by these classical medicaments may be classified into two groups.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Evolutionary Endo-myocarditis. . . . .                                   | }   | Evolutionary cardiac rheumatism                    |
|  |   | Slow malignant Endocarditis                        |
|  |   | Secondary endocarditis of the cardiac              |
|  |   | Rheumatic myocarditis                              |
| Through essential irreductibility of the cardiac insufficiency . . . . . | }   | Mechanical   |
|  |   | Pericardiac Symphysis                              |
|  |   | Hyposystole of the hunchbacks or thoracic deformed |
|  |   | Myocardiac   |
| }  | Primitive cardiac insufficiency. Myocardia      |  |
|  | Right ventricular insufficiency                 |  |
|  | Progressive insufficiency with pulse regularity |  |

The cardiac deficiencies of the first group, that is, associated to an evolutive inflammatory process, do not all deserve to be termed irreductible, as although their evolution is not in the least modified by the action of the cardio-tonics, the action of an etiological therapy.

The second group really comprises the forms cardiac insufficiency against which the physician is deprived of any therapeutic action, failing all attempts of myocardial sensibilization shown by various authors.

Neither the digitalis reactivation by previously administering ouabain, nor strengthening the digitalis action by calcium, nor the joint administration of digitalis and ouabain, are capable of modifying the inexorable progress of these forms of cardiac insufficiency.

ZUSAMMENFASSUNG

Die therapeutische Aktivität der grossen Herzstärker Fällen ist es möglich, dass ein Herzfehler von hartnäckiger Art vorliegt.

Jedoch, bevor man zu einer solchen klinischen Auffassung zustimmt, ist es nötig, die Möglichkeit eines therapeutischen Irrtums auszuschalten der durch die unrichtige Verabreichung des Herzstärkers und in dem dreifachen Problem: Art der Medizin, Intensität der Dosis y Art und Weg der Verabreichung entstehen kann.

Nur nachdem man die Dosiologie die am besten passt unternimmt ausprobiert hat, darf man dazu schreiten eine solche Irreduktibilität des Herzfehlers zu konstatieren, die ein therapeutisches Fiasko der beiden Hauptherzstärker, Digital und Strophantin, zur Folge haben kann.

Die nicht durch besagte klassische Mittel beeinflussbaren Herzfehler können in folgen zwei Gruppen eingeteilt werden.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Durch: fortschreitende Endomyocarditis. . . . .     | }   | Herzreumatismus, fortschreitender langsame und boesartige Endokarditis |
|   |   | Sekundäre Endokarditis   |
|   |   | Rheumatische Miokarditis   |
| Durch wesentliche Irreduktibilität des Herzfehlers. | }   | Mechanisch   |
|   |   | Knochenverwachsung des Perikards                                       |
|   |   | Hyper Zusammenziehung der Buckel oder Missgestalt des Brustkörpers     |
| }   | Primitive Herzfehler                        |  |
|   | Miokardia                                   |  |
|   | Rechter Herzklappenfehler                   |  |
| }   | Fortschreitender Fehler mit regulärem Pulse |  |

Die Herzfehler der ersten Gruppe, d.h.: die mit einem fortschreitenden Entzündungsprozess zusammenhängen, können nicht alle als unreduzierbar bezeichnet werden, denn wenn auch ihr Fortschritt in keiner Weise durch die Herzstärker beeinflusst wird, können dieselben jedoch einen gewissen Rückgang durch die Wirkung einer ätiologischen Therapie.

Die zweite Gruppe umfasst in der Tat diejenigen Formen der Herzfehler in der sich der Arzt ohne jegliche therapeutischen Aktion sieht, denn alle die von verschiedenen Autoren angegebenen miokardischen Empfindlichmachungsversuche sind gescheitert.

Weder digitalische Reaktivierung mittels Vorverabreichung von Digitalina una Ouabaina, sind im stande den schonungslosen Verlauf dieser Art Herzfehler abzuändern.