

"EL CHOC ARRITMICO O DISISTOLICO DE WEIL Y BENECH"

Por ORESTES F. ADORNI

El problema de las taquicardias, siempre está a la orden del día; siempre es de actualidad. La observación clínica nos muestra, que una terapéutica actuando sobre la inervación extracardíaca —provocando un reflejo nauseoso para cortar un acceso de taquicardia esencial paroxístico, por ejemp.— frena y regula la precipitación cardíaca.

La patología, ha señalado, desde hace mucho, la gran sensibilidad del corazón, frente a los estímulos llegados por vía nerviosa, de ahí que en no pocos casos, la terapéutica cardíaca clásica, debe reforzarse, actuando sobre la inervación extrínseca del corazón. Es frecuente observar en los hipersimpácticotónicos, con corazón indemne, la aparición de contracciones heterotopas —extrasístoles—; contracciones heterotopas, más frecuentes aún en los casos de hipertonia simpática, de enfermos cardiópatas.

Esto obliga ya a una primera reflexión: cuando nos encontramos frente a una taquicardia —regular o irregular— (taquiarrítmica) no solamente debemos pensar en una causa cardíaca —lesional o funcional— sino, ir en busca de la propia raíz del problema etiopatogénico y pensar en la posibilidad de causas hepáticas, digestivas, pulmonares, anafilácticas, endócrinas, renales, hemáticas, etc. Como corolario se desprende, que las alteraciones cardíaca-

cas, son en algunos casos, afecciones secundarias a otros procesos radicados primitivamente fuera del corazón.

Si es grande el número de trastornos extracardíacos que pueden repercutir sobre el ritmo del corazón, no deja tampoco de influir este trastorno rítmico, perturbando en grado variable toda la economía, en el sistema neuro vegetativo y en el equilibrio humoral. Estamos dentro de un círculo vicioso. En efecto, las alteraciones funcionales, con especial repercusión sobre algunas glándulas de secreción interna, como las suprarrenales, la hipófisis, el hígado (en su función endócrina) con el consiguiente desequilibrio protídico y la inestabilidad vago simpática que es su resultado, dan origen, por desencadenamiento de un choc anafiláctico a lo que Weil y Benach llaman “choc arrítmico o disistólico”.

Desde luego, que estos autores consideran a este, como un ligerísimo choc, no un choc intenso —como es frecuente verlo— en cuyo cuadro siempre aparecen serias alteraciones cardiovasculares con gran taquicardia y caída tensional, además de todos los otros síntomas, a cargo de los diversos aparatos —especialmente el digestivo y respiratorio— que dan su perfil clínico al cuadro.

Admitiendo, que algunos —quizá muchos— casos de alteraciones rítmicas de causa extracardíaca, son debidos a un estado anafiláctico, a un desequilibrio vagosimpático, dable es pensar que la glándula hepática debe ser —por su trastorno funcional— la causante del trastorno rítmico cardíaco. No es el caso de recordar todo lo que se ha dicho para demostrar el rol del hígado en el mantenimiento del equilibrio humoral y en el rol que desempeña en la producción del choc anafiláctico. Desde hace más de treinta años, las experiencias de Manwaring, lo han demostrado. Pues bien, siendo que toda alteración circulatoria, repercute sobre el hígado (recordemos las congestiones activas, pasivas, el hígado cardíaco, etc.), y que con ello se altera, en grado pequeño o mayor su funcionalismo, esto puede dar origen a la producción de proteínas desencadenantes que actuando en un organismo sensibilizado, llegan a re-

percutir en el aparato cardio vascular por intermedio del sistema neuro vegetativo. Y vemos así, como se engrana y extiende el problema patogenético.

El examen de la sangre, muestra modificaciones tanto en su composición, como en su equilibrio protídico, así, es dable comprobar un descenso, cuando no una inversión del coeficiente serina - globulina, de la calcemia, de la cloremia, (tanto plasmática como globular), de la resistencia eléctrica, etc.

Cuando, proteínas de origen hepático (por disfunción glandular), actuando como antígenos desencadenantes, dan origen a verdaderos cuadros anafilácticos agudos, atenuados, pero suficientes para acentuar el desequilibrio vago-simpático, son origen de un trastorno funcional cardíaco que con frecuencia se traduce como una alteración rítmica. Dicen Weil y Benech (Los factores extracardíacos, etc. el choc arrítmico - Actas Cong. Int de la Insuf. hep. - Vichy 1937 - Tomo II. Pág. 532). “¿Quién de nosotros no ha visto enfermos, bruscamente en estado de crisis cardíaca impresionante, con corazón precipitado e irregular, disnea intensa, viva angustia? ¿Porque, por cual razón misteriosa los accidentes se han desencadenado de golpe por una causa fortuita? (ligera transgresión de régimen, por ejemplo; fatiga, cambios bruscos de temperatura, etc.

La teoría anafiláctica, lo explica con toda claridad.

Y no es solamente sobre el ritmo cardíaco donde puede influir este choc anafiláctico, también lo puede hacer sobre otras manifestaciones de disfunción cardio arterial, especialmente en las hipertonías, dando origen a crisis de edema agudo de pulmón, a fenómenos anginosos, a pseudo-asma, es decir, a todo lo que la patología enseña como consecuencia de la insuficiencia ventricular izquierda.

Pero no todo puede cargarse a cuenta de un desequilibrio vago simpático, de una alteración humoral, de un choc anafiláctico; también puede intervenir en la patogenia de las taquicardias o de las taquiarrítmias de origen extracardíaco, entre otras muchas, las alteraciones histopato-

lógicas de todo el tractus intestinal, las lesiones, tanto de este aparato, como de las glándulas anexas y sus vías de excreción; lo mismo que las lesiones del aparato broncopulmonar; o del urogenital, etc., lesiones que irritan las terminaciones nerviosas viscerales, punto de arranque de un acto reflejo, que va a actuar sobre el sistema vago simpático cardíaco y se traduce en una alteración del ritmo del corazón.

En consecuencia, frente a un cuadro de taquicardia permanente, o de taquiarritmia, también permanente, es imprescindible un preciso diagnóstico patogénico, para poder actuar terapéuticamente con la absoluta eficacia que es dable esperar. Es necesario actuar directamente sobre la causa de origen, —trastorno digestivo, hepático, bronquial, renal, etc.— acompañado el tratamiento con las clásicas medicaciones cardíacas, cuando las circunstancias lo requieren.

RESUMÉ

Le choc arrhythmique et disystolique de Weil et Benech; par le Dr. Orestes E. Adorni, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Nationale de La Plata et Professeur Titulaire de Pathologie Médicale.

L'auteur remarque la possibilité de que tachycardies et tachyarrhythmies, prolongées ou permanentes peuvent avoir leur origin dans un trouble des humeurs en relation avec l'insuffisance ou disfonction hépatique et provoquer un état anaphylactique de l'organisme apte ou produire le choc arrhythmique disystolique de Weil et Benech.

ABSTRACT

Weil and Benech's arrhythmic and disystolic shock; by Dr. Orestes E. Adorni; Dean of the Faculty of Medicine of the National University of La Plata and Titular Professor of Medical Pathology.

The author remarks the possibility that prolonged or constant tachycardies and tachyarrhythmias may have their origin in a humoral trouble in relation with hepatic insufficiency or disfunction and provoke an anaphylactic state of the able organism or produce Weil and Benech's arrhythmic disystolic shock.

ZUSAMMENFASSUNG

Der arytmische oder dysistolische Chok von Weil und Benech; von Herrn Professor Dr. Orestes E. Adorni, Dekan von der Fakultät der medizinischen Wissenschaft von der Universität National von La Plata und ordentlicher Professor der medizinischen Pathologie.

Der Verfasser hebt die Möglichkeit hervor, dass die fortsetzende oder dauernde Pulsbeschleunigung oder Pulsarytmie ihren Ursprung von einer Störung der Gemütsverfassung oder von der Insuffizienz der nicht Tätigkeit der Leber haben kann und so übersetzend den Organ in einen brauchbaren anaphylaxischen Zustand oder es entfesselt sich in ihm, der sogenannte "arytmische oder dysistolische Chok von Weil und Benech".