

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

EFFECTOS DEL CAUDAL SANGUINEO Y DE LA ANOXIA SOBRE LOS CENTROS CARDIOVASCULARES MEDULARES. (The effects of blood flow and anoxia on spinal cardiovascular centers), R. S. Alexander, "Amer. J. Physiol.", 1945, 143, 698.

Mediante el registro de las corrientes de acción del nervio cardíaco inferior en el gato espinal se comprobó que persiste la actividad tónica cardioaceleradora aun después de suprimir todas las vías aferentes. Esta actividad tónica es inhibida por los ascensos de presión arterial provocados por inyección de adrenalina o pitresina o por la oclusión de la aorta abdominal. El autor atribuye este efecto al aumento de caudal sanguíneo medular que dichas maniobras provocan, lo cual aumentaría el aporte de oxígeno a los centros cardiovasculares medulares deprimiendo su actividad. En efecto, se obtiene igual efecto inhibitor provocando una hiperventilación pulmonar o haciendo respirar al animal mezclas ricas en oxígeno. Por el contrario la anoxia (asfixia o respiración de nitrógeno) exalta la actividad tónica simpática de la medula.

Se sugiere que la tensión de oxígeno en la medula espinal del animal normal contribuye a mantener el estado de excitación tónica de los centros cardiovasculares medulares, reforzando así los reflejos propioceptores integrados en los centros superiores. — *E. Braun Menéndez.*

EL POTASIO Y EL FOSFORO DURANTE LA INHIBICION VAGAL Y LA FIBRILACION VENTRICULAR DEL PERRO, V. H. Cicardo y E. Gurevich, "Rev. Soc. Argentina de Biología", 1945, 31, 16.

La excitación simultánea de los dos nervios vagos del perro a nivel del cuello por un carrete de inducción, no produce durante el paro cardíaco aumento de potasio en el plasma de la sangre recogida por punción del ventrículo izquierdo.

La fibrilación ventricular tampoco determina aumento del potasio plasmático en el ventrículo.

Los resultados contrarios obtenidos por otros investigadores podrían explicarse, por haber trabajado éstos, con corazones aislados, perfundidos, causa determinante de alteraciones histológicas del miocardio.

El fósforo total de la sangre y el fósforo total ácido soluble del plasma durante el paro vagal y la fibrilación ventricular no acusan modificaciones de significación. — *Autores.*

EFFECTO DE LA VERATRINA, DEL CLORURO DE BARIO Y DEL STROPHANTUS KOMBE, SOBRE EL TIEMPO DE CONDUCCION EN EL MIOCARDIO, S. Sonzini Astudillo, "Rev. Asoc. Médica Argentina", 1945, 59, 623.

1) El tiempo de conducción medido en 5 cm. de músculo cardíaco de ventrículo derecho, aislado del animal en experiencia, oscila entre 0,04 y 0,08 segun-

dos, término medio $0,0514 \pm 0,00229$ segundos, equivalentes a una velocidad de 0.97 m. por segundo.

2) El tiempo de conducción medido en las mismas condiciones en perros intoxicados con veratrina, oscila entre 0,08 y 0,26 segundos, término medio de $0,134 \pm 0,0129$ segundos, equivalente a 0.37 m. por segundo. Su diferencia con el término medio normal es de $0,083 \pm 0,0131$ segundos, vale decir, significativa.

3) Los resultados obtenidos con el cloruro de bario, cuya investigación debe continuarse, acusan tiempos entre 0,04 y 0,11 segundos, término medio de 0,072 equivalentes a 0,69 m. por segundo.

4) La intoxicación con K-strophantósido cristalizado del *Strophantus Kombé*, cuyo estudio proseguiremos, dió cifras variables entre 0,06 y 0,16 segundos, con un término de $0,09 \pm 0,0107$ segundo, equivalente a 0,55 m. por segundo. La diferencia con el término medio normal es de $0,039 \pm 0,0108$ segundos, vale decir, significativa.

Como puede verse, las tres drogas alargaron el tiempo de conducción en el músculo aislado. — Autor.

SEMILOGIA

LA MEDICION DEL TIEMPO PULMON-CARA POR EL NITRITO DE AMILO (*The measurement of the lung-to-face time by amyl nitrite*), D. Gross., "Am. Heart J.", 1945, 30, 19.

Se mide el tiempo desde que se inicia la inspiración profunda de la ampolla de nitrito de amilo hasta que aparece una sensación bien manifiesta de calor en la cara; el paciente debe estar acostado. Varía de 14 a 25 segundos. De esta manera se mide la capacidad funcional del ventrículo izquierdo, de acuerdo con el estado de la circulación pulmonar reconocible por la capacidad vital, con quien la circulación pulmón-cara guarda estrecho paralelismo. Cuanto más breve es este tiempo más intenso es el calor de la cara y viceversa. El tiempo se alarga en la insuficiencia cardíaca y acorta en el hipertiroidismo. No se modifica en el enfisema ni el asma sin compromiso cardíaco. No permite diferenciar la insuficiencia cardíaca derecha de la izquierda. — B. Moia.

LA CURVA DE DILUCION DE ACTIVIDAD EN LA SANGRE ARTERIAL DESPUES DE LA INYECCION INTRAVENOSA DE CORPUSCULOS MARCADOS (*The dilution curve of activity in arterial flow after intravenous injection of labeled corpuscles*), G. Mylin, "Am. Heart J.", 1945, 30, 1.

Por la mañana se extraen 6 cc. de sangre del paciente que se colocan en tubo parafinado con 0.3 mc. de fósforo radioactivado durante 2 horas a 37° C. Al paciente en posición horizontal se punza la arteria braquial, colocando un dispositivo que permite extraer muestras de sangre arterial cada tantos segundos; luego se inyectan en la vena del brazo opuesto, 3 cc. de la sangre con fósforo radioactivo y

se van obteniendo muestras de sangre arterial cuya actividad se verifica con aparato contador de Geiger. En el normal (5 sanos) el equilibrio aparece rápidamente, alrededor de 60 segundos después y como regla durante el segundo minuto que sigue a la inyección.

En los cardíacos con agrandamiento cardíaco (5 compensados y 1 descompensado), el equilibrio se alcanza de 4 a 7 minutos después. Este retardo se relaciona más con el grado de agrandamiento cardíaco que con el de insuficiencia cardíaca.

Los resultados son paralelos a los de la prueba de velocidad circulatoria (decholin). De allí se deduce, que tanto en esta prueba como en la de la velocidad circulatoria por el decholin, además del éxtasis venoso, interviene la cantidad de sangre residual intracardíaca.

Será necesario conocer el curso de la curva de dilución para la determinación del volumen de sangre circulante. — *B. Moia.*

PATOLOGIA

HALLAZGOS CARDIOVASCULARES EN EL EXAMEN DE MIL ADULTOS JOVENES PRESUNTOS NORMALES, E. García Carrillo, "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 15, 37.

Habiendo investigado mil deportistas, se encontraron causas cardiovasculares de impedimento al ejercicio violento en 1.5 por ciento, indicando la importancia práctica de tal empeño. Los factores etiológicos que a menudo se vislumbran, y el porvenir de sujetos con ligeras alteraciones cardíacas, implican para su esclarecimiento, la necesidad de mayor estudio. — *Autor.*

HIPERTROFIA CARDIACA Y ERITROPOYESIS EXTRAMEDULAR EN NIÑOS RECIEN NACIDOS DE MADRES PREDIABETICAS, (*Cardiac hypertrophy and extramedullary erythropoiesis in newborn infants of prediabetic mothers*), H. C. Miller, "Am. J. Med. Sc.", 1945, 209, 447.

Analiza los hallazgos clínicos y necrópsicos en 5 recién nacidos de madres diabéticas, agregando dos nuevos casos de niños que sobrevivieron.

Las siete madres eran multíparas, de 22 a 43 años de edad, sin síntomas de diabetes antes del embarazo o durante el mismo, pero aparecidos de dos días a cinco después del parto.

Los hallazgos postmortem en los 5 niños que murieron consistieron en marcada hipertrofia cardíaca en 4, excesiva cantidad de tejido eritropoyético en el hígado en 4, hiperplasia de los islotes de Langerhans en los dos casos en que se investigó, hiperplasia de las suprarrenales en 2, etc.

Los hallazgos clínicos en los dos niños que sobrevivieron comprendieron un peso exagerado al nacer, hipertrofia cardíaca y excesiva normoblastemia.

El interés de estas comprobaciones radica en el hecho de que el nacimiento

de un niño con tales hallazgos puede constituir el primer signo de una diabetes mellitus inminente de la madre. — *J. González Videla.*

EXAMEN CARDIACO INICIAL DE 23.000 RECLUTAS Y VOLUNTARIOS, (*Initial cardiac examination of 23.000 inductees and volunteers*), N. Flaxman, "Am. J. Med. Sc.", 1945, 209, 657.

El autor refiere sus hallazgos desde el punto de vista del aparato cardiovascular en 23.000 sujetos de 17 a 38 años de edad examinados con antelación a su alistamiento en las fuerzas armadas.

En 1.621 (7.4 %) existían antecedentes o signos de afección cardíaca (taquicardia, soplos o cifras tensionales por encima de 148/88). De ellos, sin embargo, sólo 226 (1 %) evidenciaron ser portadores de una cardiopatía orgánica.

El mayor grupo correspondió al de sujetos con antecedentes de trastornos cardíacos pero sin hallazgos físicos presentes (659 : 2.8 %). Le seguía en importancia el de individuos con taquicardia (351 : 1.5 %), luego el de hipertensos (327 : 4 %) y finalmente el de sujetos con afecciones cardíacas reumáticas (203 : 0.9 %). — *J. González Videla.*

EL ELECTROCARDIOGRAMA Y ESTADO CARDIACO EN LA ANEMIA ACTIVA A CELULAS FALCIFORMES, (*The electrocardiograma and cardiac state in active sickle-cell anemia*), T. Winsor y G. E. Burch, "Am. Heart J.", 1945, 29, 685.

Veinte y cinco enfermos jóvenes (no mayores de 27 años), sin otra causa apreciable de cardiopatía. Se encontró agrandamiento cardíaco (ventrículo izquierdo: 91 %, ventrículo der. 80 %, cono pulmonar 73 % sin dilatación de aurícula izquierda), soplos (sistólico 81 %; sistólico y diastólico aórtico 3 %, ambos pulmonar 5 %, frémito mitral 5 %). En 9 casos la autopsia confirmó la dilatación cardíaca mostrando habitualmente el miocardio edema intersticial; hubo ligera trombosis pulmonar en 6.

El E.C.G. mostró desviación a la derecha sólo en un caso; el 12 % tenía P-R largo, y en 2 casos hubo extrasístoles. En el 4 % la TI fué baja.

Con cierta frecuencia, estas alteraciones vasculares se atribuyen equivocadamente a afecciones reumáticas o congénitas. — *B. Moia.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

LA "GRADIENTE" VENTRICULAR HUMANA NORMAL, (*The normal human ventricular gradient*), R. Ashman, F. P. Ferguson, A. I. Gremillion y E. Byer, "Am. Heart J.", 1945, 29, 697.

La distribución de los potenciales netos del QRS y QRS-T sobre la superficie corporal apoyan la conclusión primitiva de que existe un ángulo espacial entre el eje espacial medio del ARS (SA_{QRS}) y el del QRS-T (SG). También se favo-

rece la hipótesis primitiva de que las pequeñas magnitudes del eje medio del QRS se deben a la proyección relativamente hacia atrás del ángulo espacial medio del QRS (SA_{QRS}), aunque es evidente que aquí intervienen además, a menudo, otros factores. De todo ello se desprende que no se comete gran error cuando se considera al común terminal de Wilson como punto cero de referencia. — *B. Moia.*

LA ACCION DE LA CORRIENTE DIRECTA SOBRE LOS DIVERSOS COMPONENTES DEL ELECTROCARDIOGRAMA DEL VENTRICULO CARDIACO, A. Rosenblueth y J. García Ramos, "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 15, 1.

En ventrículos cardíacos de perro, gato, tortuga y rana se estudiaron los efectos del paso de corriente directa por las zonas de derivación sobre los electrogramas registrados por medio de un amplificador acoplado directamente. El paso de corriente por los sitios lesionados no modifica los electrogramas registrados por medio de un amplificador acoplado directamente. El paso de corriente por los sitios lesionados no modifica los electrogramas monofásicos (figs. 2, A, B y C), en tanto que la polarización del sitio intacto si los modifica (figs. 2, D, E y F; 3, 4 y 5). La magnitud de los cambios depende de la intensidad de la corriente (figs. 3 y 4).

Los electrogramas monofásicos de las 4 especies estudiadas son complejos y semejantes; en todos ellos se pueden identificar los 7 componentes descritos por Rosenblueth, Daughaday y Bond (1943) en el ventrículograma de la tortuga.

Los resultados de la polarización anódica y catódica sobre los diversos componentes del electrograma están resumidos en la tabla 1. Los electrogramas monofásicos correspondientes a un sitio cercano a una lesión difieren de los lugares distantes en el predominio de los componentes positivos sobre los negativos; los efectos de la polarización de los sitios cercanos son prominentes (figs. 6 y 7).

Además de los cambios anódico y catódico, correspondientes al paso de la corriente, hay modificaciones postanódica y postcatódica, que siguen inmediatamente a la interrupción de dicha corriente. Estos últimos efectos son más pronunciados en la rana y tortuga (figs. 3, 4 y 8), que en el gato y perro. En términos generales el efecto postanódico es semejante al catódico y el postcatódico al anódico, pero hay diferencias (fig. 8, tabla I).

La acción de la corriente sobre los registros difásicos (fig. 9), es la que se puede prever si se interpretan estos registros como la suma algebraica de dos repuestos monofásicas o monotópicas.

En la discusión se justifica el método empleado para estudiar los efectos de la corriente directa; se muestra que los datos corroboran la existencia de diversos componentes en los electrogramas, invalidando así la crítica que ha hecho Ashman (1944), a este respecto, y que la sistematización de dichos componentes propuesta por Rosenblueth, Daughaday y Bond (1943) es adecuada; finalmente, si se compara el electrograma ventricular con el nervio, desde el punto de vista de la acción de la corriente directa, no se logra identificar ninguno de los componentes

ventriculares con los del electrograma del nervio; se considera una explicación posible de esta discrepancia. — Autores.

LOS EFECTOS DEL NITRITO DE AMILO SOBRE LA ONDA T NEGATIVA DEL ELECTROCARDIOGRAMA, (The effects of amyl nitrite on the downward T wave of the electrocardiogram), E. Goldberger. "Am. Heart J.", 1945, 30, 60.

En trabajos inéditos, el autor ha comprobado que la inspiración profunda puede hacer positiva la onda T1 negativa en la sobrecarga ventricular izquierda. La inhalación de nitrito de amilo, produce el mismo efecto que duró 3 ó 4 minutos en 16 sobre 25 casos. Estos cambios no necesitan ser atribuidos a vasodilatación coronaria y pueden explicarse por la inspiración profunda que sigue a la inhalación de nitrito de amilo, con la consiguiente rotación cardíaca. — B. Moia.

EL USO DE LA DERIVACION UNIPOLAR AUMENTADA DE LA PIERNA IZQUIERDA EN LA DIFERENCIACION DE LA ONDA Q NORMAL DE LA ANORMAL EN LA DIII STANDARD, (The use of the augmented unipolar left leg lead in the differentiation of the normal from abnormal Q wave in standard lead III), G. B. Wyers y B. G. Oren. "Am. Heart J.", 1945, 29, 708.

La presencia en la aVF de una onda Q mayor del 25 % de la R en dicha derivación unipolar aumentada, es una fuerte presunción, aunque no absoluta, de la existencia de un infarto de cara posterior. En sentido inverso cuando Q es insignificante o menor del 25 % de R, habla en contra, aunque no en forma categórica, de un infarto. — B. Moia.

RETARDO DE LA CONDUCCION EN LAS RAMAS DEL HAZ. RELATO DE DOS CASOS EN LOS QUE EL P-R AUMENTO, CON CAMBIOS DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA AL DERECHO, (Delayed conduction in the bundle branches. A report of two cases in which the P-R interval increased with changes from left to right bundle branch block), W. Dressler. "Am. Heart J.", 1945, 29, 728.

Dos interesantes electrocardiogramas con bloqueo de rama tipo común, en los cuales toda vez que el P-R se prolonga 0.05 de segundo o más, los complejos ventriculares resultantes toman el aspecto de bloqueo de rama poco común.

El autor deduce que la rama izquierda no estaba totalmente bloqueada, sino que conducía con 0.05 de segundo de retardo. De repente se bloquea la rama edrecha enferma y entonces la activación de ambos ventrículos se hace por la rama izquierda, demorando por consiguiente el estímulo sinusal 0.05 de segundo o más para llegar al primer ventrículo excitado. De allí el aumento del P-R. — B. Moia.

TAQUICARDIA AURICULAR CRONICA CON RESPUESTAS NO HABITUALES A LOS CAMBIOS DE POSTURA, (*Chronic auricular Tachycardia with unusual response to change in posture*), R. Miller y J. S. Perelman. "Am. Heart J.", 1945, 29, 555.

Un joven de 16 años, sifilítico, a quien se hizo malarioterapia, presentaba taquicardia permanente cuya frecuencia aumentaba en forma manifiesta al pasar a la posición de pie; lo mismo sucedía con otra niña de 14 años. Aunque crónica, la taquicardia se iniciaba y terminaba como las paroxismales, ya que al pasar a la posición acostada, disminuía notablemente la frecuencia y alternaba con ritmo sinusal. Se diferenciaba, sin embargo, de las paroxismales comunes, por ser influenciada por los cambios de posición y no por la compresión sino-carotídea. En ambos casos apareció bloqueo A-V clinostático.

La digital y la quinidina dominaron la taquicardia. Las características de ambos casos permiten desechar la hipótesis del movimiento de reentrada.

Se sugiere hacer estudios electrocardiográficos de pie en pacientes con taquicardias variables y fenómenos de hipotensión ortostática. — B. Moia.

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

OCCLUSION CORONARIA EN LA INDUSTRIA, (*Coronary occlusion in Industry*), E. B. Levine y E. Phillips. "Am. Heart J.", 1945, 29, 588.

Ochenta y cuatro pacientes con 97 infartos; el 75 % eran trabajadores manuales. Catorce murieron, 9 de los cuales dentro de las 4 semanas del infarto. De los sobrevivientes, el 73,7 % (66,6 % del total) volvió al trabajo; 19 a la ocupación anterior y 11 a trabajos livianos.

Veinte mejoraron totalmente y 10 volvieron al trabajo; 23 quedaron con angina de pecho aislada; 12 con insuficiencia cardíaca aislada y 13 con ambas a la vez, volviendo al trabajo 11, 2 y respectivamente. Veintiséis de los que volvieron al trabajo (31 % del total) no pudieron continuar, en 15 por falla cardíaca crónica, en 5 por repetición del infarto, en 1 por muerte repentina y en 5 por factores no médicos. El término medio de trabajo de este grupo fué de 13 meses.

El 32 % de los enfermos que volvieron al trabajo, pudo desempeñar sus tareas más de 1 año. — B. Moia.

LA LOCALIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA DE LOS INFARTOS DEL MIOCARDIO POR LAS CORRIENTES DE LESION Y LAS EXTRASISTOLES VENTRICULARES, (*The electrocardiographic localization of myocardial infarcts by injury currents and ventricular extrasystoles*), H. E. Hoff y L. H. Nahun. "Amer. J. Physiol.", 1945, 143, 723.

En 13 perros anestesiados con "Dial" y con el corazón expuesto se provocó, por ligadura de ramas de las coronarias, isquemia en cuatro distintas zonas

del miocardio: lateral derecha e izquierda, anterior y posterior. En los dos primeros casos la isquemia abarcaba uno solo de los ventrículos; en los dos últimos la isquemia abarcaba ambos ventrículos en las zonas vecinas al tabique. El infarto del ventrículo derecho produjo una depresión del segmento ST que se registró en DI si la región lesionada era posterior, y en DIII si anterior. El infarto del ventrículo izquierdo produjo elevación del segmento ST visible en DI cuando la región lesionada era anterior y en DIII cuando era posterior. Si la lesión comprendía el tabique y porciones adyacentes de ambos ventrículos el segmento ST era oponente en DII y DIII. Si la lesión era anterior se elevaba en DI y deprimía en DIII. Si posterior se deprimía en DI y se elevaba en DIII. Las extrasístoles espontáneas después de la oclusión coronaria presentaron configuraciones indicando que se originaban en la zona infartada. — *E. Braun Menéndez.*

INSUFICIENCIA CORONARIA REVELADA POR CONTRACCIONES NODALES Y VENTRICULARES ECTOPICAS EN PRESENCIA DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, (Coronary insufficiency revealed by ectopic nodal and ventricular beats in the presence of left bundle branch block), Simonson E., Enzer N. y Goodman J. S. "Am. J. Med. Sc.", 1945, 209, 349.

En un enfermo de 75 años de edad con cuadro clínico sugestivo de oclusión coronaria, el e. c. g. mostraba un bloqueo de rama izquierda y frecuentes extrasístoles ventriculares y escapes nodales. En estas contracciones ectópicas aparecían netamente signos de insuficiencia coronaria aguda, probablemente infarto, con cambios evolutivos en un trazado registrado un día más tarde. En las derivaciones de extremidades se inscribieron asimismo numerosos escapes nodales con una configuración y duración absolutamente normales del complejo QRS. Los autores explican este hecho por la recuperación más completa de la rama izquierda que tiene lugar gracias a la larga pausa que precede a cada escape. En cuanto a la aparición del cuadro electrocardiográfico de insuficiencia coronaria o infarto solamente en los complejos ectópicos, se explica por la propagación más normal de la excitación a través de los ventrículos. — *J. González Videla.*

CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA PRECORDIAL PRODUCIDOS POR EXTENSION DEL INFARTO DE MIOCARDIO ANTERO-SEPTAL, (Changes in the precordial electrocardiogram produced by extension of anteroseptal myocardial infarction), F. F. Rosebaum, F. N. Wilson y F. D. Johnston. "Am. Heart J.", 1945, 30, 11.

Dos pacientes con repetidos dolores precordiales, del tipo denominado síndrome premonitor del infarto con TI negativa en las derivaciones de los miembros que al principio muestran cambios electrocardiográficos del tipo anteroseptal discernible sobre todo en las precordiales derechas y que luego muestran cambios típicos en las precordiales izquierdas.

Con ello pretenden demostrar, sin la correspondiente comprobación anatómica, la progresión lateral del infarto. Ambas observaciones apoyan la idea de que muchos de los titulados síndromes premonitores son ya infarto de miocardio a menudo anteroseptales y que las sucesivas crisis dolorosas traducen su extensión lateral. — *B. Moia.*

FRECUENCIA DE PROCESOS EMBOLICOS O TROMBOSIS EN LA CONVALECENCIA INMEDIATA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, (Incidence of embolic o thrombotic processes during the immediate convalescence from acute myocardial infarction), R. M. Nay y A. R. Barnes. "Am. Heart J.", 1945, 30, 65.

Sobre 110 casos de infarto de miocardio agudo, en 37 ocurrieron complicaciones de naturaleza embólica o trombótica durante el período de convalecencia inmediata. Tal complicación causó la muerte en 4, contribuyó a ella en 8 y repercutió de manera importante sobre la salud futura en 17 enfermos.

En 15 casos se produjo un segundo infarto de miocardio; en 14, embolia pulmonar; en 8, embolia o trombosis cerebral; en 4, oclusiones arteriales, y en 7, tromboflebitis. De los 46 casos con presión arterial normal antes de la oclusión coronaria, 10 (22 %) hicieron un nuevo infarto durante la convalecencia inmediata. Cuarenta y dos tenían en cambio hipertensión previa y de ellos, sólo 2 (5 %) tuvieron esta complicación. En 12 casos se ignoraba la presión y de ellos, 3 tuvieron esa complicación.

El 87 % de los casos de segundo infarto y el 87 % de los accidentes vasculares cerebrales ocurrió entre el 4º y el 20º día, mientras que el 86 % de los casos de tromboflebitis se presentó entre el 10º y 16º día, períodos en los cuales la presión arterial de los casos de infarto agudo está en sus niveles más bajos. De este grupo de 37 enfermos murieron 13. Dos por trombosis cerebral, 1 por embolia pulmonar y 1 por segundo infarto; 2 murieron de insuficiencia cardíaca y 7 repentinamente, sin conocerse la causa exacta.

Se destaca que tales complicaciones ocurren más frecuentemente en los normotensos que en los hipertensos. — *B. Moia.*

LA RELACION DEL ESFUERZO CON LOS ATAQUES DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, (The relation of effort to attacks of acute Myocardial Infarction), H. L. Blumgart. "J. A. M. A.", 1945, 128, 775.

Contrariamente a lo opinado, por otros autores, Blumgart relata 11 historias clínicas en las que se demuestra una relación directa de causa a efecto entre el esfuerzo intenso y la aparición del infarto de miocardio agudo. El esfuerzo agotador puede intervenir obstruyendo la coronaria por hemorragia subintimal o rotura de un absceso ateromatoso o rompiendo el equilibrio nutritivo por desmedidas exigencias de O₂ del miocardio sobrecargado frente a coronarias esclerosadas.

El criterio para admitir la intervención del esfuerzo en la génesis del infarto

es el siguiente: a) desarrollo o aumento de dolor o malestar substernal durante o inmediatamente después de un esfuerzo no habitual; b) persistencia de tales síntomas después de cesado el esfuerzo; c) presencia de signos y síntomas clínicos de infarto agudo de miocardio y d) desarrollo de alteraciones electrocardiográficas características de infarto de miocardio. — *B. Moia.*

EL SIGNIFICADO PRONOSTICO DE LA FIBRILACION AURICULAR ASOCIADA AL INFARTO DE MIOCARDIO, (The pronostic significance of auricular fibrillation in association with myocardial infarction), J. M. Ashy y O. Neurath. "Am. Heart J.", 1945, 29, 575.

Sobre 1.247 casos de infarto de miocardio encuentra 84 (7,7 %) con fibrilación auricular. Es probable que algunas muy transitorias hayan escapado. En 55 fué persistente y en 29 desapareció. El primer grupo mostró signos de acentuado daño cardíaco preexistente, presentando el 83,6 % signos y síntomas de cardiopatía previa, tal como hipertensión, disnea y edemas, contra el 41,3 % de los transitorios. La mitad tenía antecedentes o hallazgos necroscópicos de infartos previos y casi las 3/4 partes insuficiencia cardíaca congestiva. Aproximadamente el 1/3 de las muertes se debió a embolias contra el 1/9 % del grupo de fibrilación transitoria. El porcentaje de muertes se elevó en el primer grupo al 89,4 % contra 58,6 % en el segundo grupo.

Se desprende que la fibrilación auricular aumenta el porcentaje de mortalidad y la frecuencia de embolias. No se encontró relación entre la localización del infarto y la aparición de fibrilación auricular.

Cuando la fibrilación auricular existía antes del infarto ((8 casos), la mortalidad se elevó al 99 %. Coincidió con el infarto en 4 y desapareció sólo en 1 caso (mortalidad 81,8 %). Siguió al infarto en 35 y desapareció en 27 (mortalidad 72 %).

Si la arritmia se prolonga más de un día, tiene tendencia a hacerse permanente en el 1/3.

La acción de los medicamentos no aparece lo suficientemente definida como para sacar conclusiones. — *B. Moia.*

RUPTURA DEL MIOCARDIO VENTRICULAR, (Rupture of ventricular myocardium), H. N. Segall. "Am. Heart J.", 1945, 30, 39.

En 4 casos de rotura ventricular, 3 se produjeron dentro de los primeros seis días de la oclusión coronaria, en ventrículo izquierdo y mientras los pacientes estaban en cama; el restante mostró una perforación del tabique comunicando con otra del ventrículo izquierdo. El reposo absoluto no previene, por lo tanto, la ruptura cardíaca. Esta debe confirmarse por la punción pericárdica cuando, dentro de las tres semanas de ocurrido el infarto, se produce un repentino o intenso dolor precordial, con severa disnea o shock. No parece haber manifestaciones acústicas características de la ruptura, pudiendo éstas obedecer a la reacción pericárdica. — *B. Moia.*

CARDIOPATIAS CONGENITAS

ABSCESO CEREBRAL ASOCIADO CON AFECCION CARDIACA CONGENITA, (*Brain abscess associated with congenital heart disease*), S. L. Robbins. "Arch. Int. Med.", 1945, 75, 279.

Entre 7.880 necropsias realizadas en el Boston City Hospital durante los años 1936 y 1943, halla 53 casos de cardiopatía congénita; de ellos, tres con defectos septales presentaban un absceso cerebral.

El primero de los casos aludidos era una niña de 10 años de edad en la que aparecieron bruscamente sordera y letargo, seguidos de tos persistente y vómitos incoercibles. Poco después, se instaló un coma profundo y la enferma falleció con una convulsión terminal. La necropsia reveló, a más de un absceso cerebral, la clásica tetralogía de Fallot.

El segundo caso era una mujer de 19 años con lúes, diabetes, tetradia de Fallot y ductus arteriosus permeable, que súbitamente cae en coma con meningitis y hemiplejía izquierda, falleciendo al cabo de 4 días. La necropsia demostró un absceso cerebral abierto en un ventrículo y produciendo la meningitis fatal.

El último caso era otra mujer de 20 años que presentaba también una tetralogía de Fallot y un conducto arterioso persistente. Quince días antes de su muerte comienza a experimentar cefaleas intermitentes y luego constantes, seguidas de náuseas, vómitos y confusión mental.

Dado que sólo en 3 de los 26 casos similares de la bibliografía hízose diagnóstico premortem y drenaje quirúrgico, es de esperar que en cardiopatías congénitas, especialmente tetralogía de Fallot, se considerará el diagnóstico de absceso cerebral subyacente ante un cuadro meníngeo o neurológico focal. — J. González Videla.

GRAN DEFECTO SEPTAL INTERAURICULAR CON ESPECIAL REFERENCIA A DIAGNOSTICO Y LONGEVIDAD. RELATO DE DOS NUEVOS CASOS, (*Large interauricular septal defect with particular reference to diagnosis and longevity, Report of two new cases*), J. B. Burret y P. D. White. "Am. J. Med. Sc.", 1945, 209, 355.

Analizan desde el punto de vista clínico y anatomo-patológico dos casos personales de defecto septal interauricular y otros 29 que han sido publicados desde el año 1933, fecha en que Roesler realizó su excelente revisión bibliográfica sobre el tema. Dieciocho de esos casos siguieron un curso clínico exento de complicaciones por lo que son estudiados con detalle en cuanto a sintomatología y expectación de vida.

La sintomatología existe casi siempre, pues sólo dos casos no acusaron síntomas hasta el momento de su muerte. La queja inicial es la disnea de esfuerzo, suave e inalterada hasta que sobreviene la insuficiencia cardíaca terminal. Los soplos son sistólicos, de intensidad variable, comúnmente oídos en 3º y 4º

espacios intercostales izquierdos junto al borde esternal. El examen radiológico revela agrandamiento de cavidades derechas, dilatación de la arteria pulmonar y aumento de las sombras hiliares. Un alto porcentaje de casos exhibe una desviación a la derecha del eje eléctrico. En el 62 % de los casos analizados existía una estrechez mitral asociada. El promedio de vida fué de 37 años, no siendo influenciado por el tamaño del defecto cuando éste era mayor de 1 cm. En los casos con valvulitis reumática, la longevidad no fué apreciablemente afectada después de alcanzada la edad adulta. — *J. González Videla.*

INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

LESIONES MICROSCOPICAS DEL MIOCARDIO AURICULAR IZQUIERDO EN LAS CARDIOPATIAS REUMATICAS CRONICAS, (Microscopic lesions of the left atrial endocardium in chronic rehumatic Heart Disease), J. Koletsky. "Am. Heart J.", 1945, 29, 739.

Se hicieron estudios de aurícula izquierda en 100 corazones no reumáticos y en 100 reumáticos crónicos, que no mostraban lesiones activas macroscópicas (endocarditis verrugosa o pericarditis fibrinosa). En 42 de los reumáticos había lesiones endocárdicas macroscópicas y en 60 microscópicas del endocardio auricular izquierdo. Pueden considerarse características de la endocarditis reumática, por no encontrarse en endocardios auriculares de corazones sanos o no reumáticos, las siguientes lesiones microscópicas: penetración vascular, exudado celular e hiperplasia celular del tejido conectivo; en el subendocardio, excesiva vascularización y exudado celular, pequeñas arterias con pared músculoelástica y nódulos de Aschoff. Las placas subtendoteliales, la fibrosis endocárdica y el engrosamiento del músculo liso pueden ser muy sugestivas de carditis reumática pero requieren cuidadosa diferenciación de las correspondientes alteraciones en la estructura del endocardio normal.

Estas lesiones endocárdicas se observan sobre todo, en casos de deformidad de la mitral y acompañan a otros estigmas reumáticos ampliamente distribuidos en el resto del corazón y en especial las válvulas.

No hubo relación constante entre la presencia de fibrilación auricular y el engrosamiento de las fibras miocárdicas lisas del endocardio. — *B. Moia.*

MIOCARDITIS AGUDA AISLADA. RELATO DE UN CASO CAUSADO POR EL ESTREPTOCOCO HEMOLITICO MICRO-AEROFILICO, (Acute isolated myocarditis. Report of a case due to micro-aerophilic Streptococcus hemolyticus), J. R. Schenken y W. C. Heibner. "Am. Heart J.", 1945, 29, 754.

Se describe un caso, niño de 16 años con miocarditis difusa de tipo agudo aislado, en el cual los cultivos de la sangre y del bazo fueron estériles, pero de cuyo miocardio se aisló un estreptococo hemolítico micro-aerofílico, en cultivos puros.

Se sugiere que muchos casos de miocarditis difusa aguda aislada deben ser también infecciosos como el presente, pero que no se han hecho como en este caso, estudios bacteriológicos adecuados del miocardio. — *B. Moia*.

ENDOCARDITIS BACTERIANA AGUDA EN EL VIEJO, (Acute bacterial endocarditis in the aged), F. D. Zeman y S. Siegal. "Am. Heart J.", 1945, 29, 597.

Se encuentran 9 casos de endocarditis bacteriana aguda en personas de 60 a 80 años, ninguna sospechada clínicamente. Los hemocultivos en vida mostraron en 4 casos, neumococo, en uno asociado al estreptococo hemolítico, germen éste hallado en otro caso, en un caso, estreptococo anaerobio, en 2 estafilococo, asociado en uno al enterococo. En las vegetaciones valvulares del último se encontró el *Escherichia coli*.

Las pobres condiciones físicas y el proceso subyacente no permitieron hacer el diagnóstico clínico a pesar de los resultados del hemocultivo. En 5 había viejas lesiones valvulares reumáticas. En 3 de ellos existió soplo sistólico bien manifiesto. Las embolias cutáneas tienen significado y deben ser cuidadosamente buscadas, día por día. En algunos de los casos, más que complicación terminal debe ser considerada como la causa de la muerte. Interesa el diagnóstico precoz por las posibilidades terapéuticas con los nuevos antiinfecciosos. — *B. Moia*.

FRACASO DE LA PENICILINA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA, (Failure of penicillin in rheumatoid arthritis), B. I. Comroe. "Am. J. Med. Sc.", 1945, 209, 646.

Tratan con penicilina seis pacientes con artritis reumatoidea típica, dado que, aunque su etiología es desconocida, algunos factores sugieren que pueda ser, al menos parcialmente, un proceso infeccioso.

La penicilina fué administrada cada 3 horas por espacio de 2 a 4 semanas durante el estado agudo o subagudo de la enfermedad. La vía utilizada fué la intramuscular y la dosis total osciló entre 1.400.000 y 3.300.000 unidades. En ninguno de los casos el tratamiento indicado provocó evidencias objetivas o subjetivas de mejoría de la afección articular. — *J. González Videla*.

ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA EN EL VIEJO, (Subacute bacterial endocarditis in the aged), F. D. Zeman. "Am. Heart J.", 1945, 29, 661.

Se describen 18 casos de endocarditis bacteriana subaguda en pacientes entre 60 y 87 años de edad, 14 de los cuales con autopsia.

En 19, el cuadro, aunque algo modificado, presentaba los caracteres típicos: a) defecto valvular o lesión congénita, b) curso febril, c) fenómenos embólicos y d) hemocultivo positivo; otros 5 pertenecían al estado libre de bacterias y los 4 restantes presentaron un cuadro completamente atípico.

El cuadro de los libres de bacterias (insuficiencia renal, anemia progresiva gáve, embolia, esplenomegalía llamativa y pigmentación morena de la cara) se caracterizó sobre todo por la insuficiencia renal, mostrando la autopsia glomérulo-nefritis crónica. Por ello, la existencia de uremia con esplenomegalia, debe hacer sospechar esta variante de la endocarditis bacteriana.

La valvulitis reumática demostró ser el factor predisponente fundamental asociado, a veces, a lesiones esclerosas. El autor no cree que las lesiones sifilíticas sean un factor predisponente; en cambio, aunque raramente pueden serlo las lesiones esclerosas. En casi la mitad de los casos había lesiones de esclerosis coronaria, capaces de originar sintomatología propia, que puede oscurecer el cuadro endocardítico. — *B. Moia.*

UN CASO DE INFECCION CON BRUCELLA SUIIS, CAUSANDO ENDOCARDITIS Y NEFRITIS; MUERTE POR RUPTURA DE UN ANEURISMA MICOTICO, (A case of infection with Brucella suis, causing endocarditis and nephritis; death from rupture of mycotic aneurysm), E. L. De Gourin, J. R. Carter y H. Borts. "Am. Heart J.", 1945, 30, 77.

Hombre de 45 años con bacteriemia por *Br. suis*, diagnosticada en vida, que después de mejorar de uremia, muere por ruptura de un aneurisma micótico de la femoral. Las sulfamidas y el suero de convaleciente fueron ineficaces. Además de nefritis y otras alteraciones viscerales se encontraron ulceraciones y vegetaciones en una válvula mitral previamente sana, y en los cuales se aisló el *Br. suis* en cultivo puro. — *B. Moia.*

PROLONGACION PROVOCADA DEL INTERVALO PR EN LA FIEBRE REUMATICA, (Provocative prolongation of the P-R interval in rheumatic fever), R. Gubner, M. Szucs y H. E. Ungerleider. "Am. J. Med. Sc.", 1945, 209, 469.

Estudian el efecto de la compresión del seno carotídeo sobre el intervalo PR en 16 casos con fiebre reumática y en 16 sujetos hospitalizados por diversas enfermedades infecciosas (escarlatina, neumonía e infecciones respiratorias superiores).

El e. c. g. registróse durante la compresión uni o bilateral del seno carotídeo, en posición sentada o en decúbito dorsal o a los 20 minutos de una inyección intramuscular de prostigmin.

En ninguno de los sujetos controles ocurrió una prolongación del intervalo PR mayor de 0.01 seg. al realizar la estimulación del seno carotídeo con o sin inyección previa de prostigmin. En cambio, un manifiesto alargamiento del intervalo PR fué observado en 12 de los 16 casos con fiebre reumática; en dos de los cuatro casos restantes el prostigmin no había sido administrado, hecho digno de tener en cuenta, pues el prostigmin aumentó el efecto de la compresión en algunos casos.

La prolongación del intervalo PR es más marcada cuando su valor inicial es superior a 0.17 seg. El citado efecto de la compresión del seno carotídeo es máximo durante el estadio agudo de carditis y desaparece frecuentemente cuando disminuye la actividad reumática. El alargamiento del PR ocurre más comúnmente en la posición sentada que en el decúbito dorsal y con la estimulación del seno carotídeo izquierdo que con el derecho.

Estos resultados encarecen el valor diagnóstico de la prolongación del intervalo PR en la fiebre reumática y apoyan la creencia de que la imperfección de la conducción a-v es debida en algunos casos a un mayor efecto vagal más que a un defecto intrínseco en el mecanismo de conducción. — *J. González Videla.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS

NOTA PRELIMINAR SOBRE EL CONCEPTO DE HIPERREACTOR TENSIONAL. Enrique Sada Quiroga y Luis Méndez. "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 15, 72.

Se sugiere que el hallazgo de hipertensión, en cualquier circunstancia así sea transitoria, basta para calificar a un sujeto como hiperreactor. De 40 sujetos menores de 40 años, hubo 4 en los que la emoción del examen trajo consigo elevación tensional. Se encontró en 40 casos que tanto la prueba de la apnea como la del frío son de utilidad clínica y que sus resultados son muy semejantes.

Este estudio es considerado como el punto de partida para lograr precisar el concepto de hiperreactor tensional y buscar su significación. — *Autores.*

LA INFLUENCIA PRIMARIA DEL TONO VASCULAR BASAL EN EL DESARROLLO DE CIRCULACION COLATERAL POSTOCLUSIVA Y EN LA SELECCION DE PACIENTES PARA SIMPATECTOMIA, (The primary influence of basal vascular tone on the development of post-occlusive collateral circulation and in selecting patients for sympathectomy), M. Naide y A. Sayen. "Am. J. Med. Sc.", 1945, 209, 478.

Determinan de acuerdo a su método personal el grado de tono vascular y su relación con la incidencia de circulación colateral y la severidad de los síntomas en 70 pacientes con oclusiones de las arterias femoral y poplítea. En 38 pacientes la oclusión era debida a arteriosclerosis, en 30 a tromboangeítis obliterante y en 2 a embolia. El 63 % de los casos evidenció un bajo grado de tono vascular y el 37 % arrojó valores elevados. El tono vascular estaba descendido en 18 de los 30 pacientes con tromboangeítis obliterante y en 24 de los 38 sujetos con arterioesclerosis.

De los 44 pacientes con bajo tono vascular y con mayores oclusiones, 38 (88 %) han desarrollado una excelente circulación colateral, a veces sin tratamiento alguno. Del 12 % restante, todos los sujetos, salvo uno, tenían oclusio-

nes muy recientes sin tiempo suficiente para desarrollar una adecuada circulación colateral.

De los 26 pacientes con elevado tono vascular, sólo 9 (34 %) presentaban una circulación colateral eficiente.

Analizados los hechos clínicos, se observó que una severa claudicación existía en el 65 % de los pacientes con alto tono vascular y en sólo el 23 % de aquéllos con tono vascular reducido. Una proporción semejante observóse en el porcentaje de gangrenas y amputaciones.

Estos hechos sugieren que la isquemia no es un estímulo eficaz en el desarrollo de circulación colateral en pacientes con elevado tono vascular. Parece que el grado del tono vascular basal del individuo es el factor decisivo en el desarrollo de la circulación colateral tras una oclusión arterial periférica importante, probablemente porque la dilatación es el estado más frecuente de las colaterales cuando el tono vascular es bajo, predominando la resistencia a la vasodilatación a medida que el tono vascular se eleva.

El análisis de la terapia instituída y los resultados obtenidos muestran, además, que éstos son manifiestamente pobres en los pacientes con alto tono vascular, por lo que debe recurrirse en ellos a la terapéutica vasodilatadora más intensa y constante, incluyendo a la simpaticectomía. En cambio, los sujetos con reducido tono vascular desarrollan casi invariablemente una adecuada circulación colateral, no requieren generalmente gran tratamiento activo y no son beneficiados por la simpaticectomía. — *J. González Videla.*

AFECCION UROLOGICA COMO CAUSA DE HIPERTENSION, (Urologic Disease as a cause of Hypertension), M. M. Rath y H. I. Russek. "Am. Heart J.", 1945, 29, 516.

Trescientos cincuenta y siete enfermos con nefrolitiasis o ureterolitiasis, hidronefrosis e hipertrofia de próstata, aisladas o combinadas, fueron comparados con 654 controles. Las observaciones efectuadas tienden a invalidar el criterio de que las afecciones quirúrgicas del tracto urinario, tienen, en general, relación causal con la hipertensión arterial, aunque esta relación causal puede ponerse de manifiesto en algunos casos particulares. — *B. Moia.*

TERAPEUTICA

CIERTOS EFECTOS PERJUDICIALES DEL DECUBITO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CARDIACAS. Samuel A. Levine. "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 15, 54.

El reposo en cama que ha sido el principio fundamental de nuestro tratamiento de la insuficiencia cardíaca, necesita ser reconsiderado a la luz de ciertos efectos nocivos que pueden causar. Existe la evidencia, tanto clínica como de laboratorio, de que el decúbito puede ser muy nocivo para cierta clase de enfermos

que padecen de insuficiencia cardíaca. Es muy posible que el corazón se vea obligado a realizar un mayor trabajo, en vez de encontrarse aliviado en sus funciones. Es igualmente muy probable que una congestión pulmonar empeore, en vez de mejorar, en ciertas etapas de la insuficiencia cardíaca, cuando el enfermo es puesto en cama. Un simple método de disminuir estos indeseables citados antes es el de poner a los enfermos en una cama inclinada cuya cabeza ha sido elevada mediante bloques de madera de nueve pulgadas, puestos debajo de cada una de las patas. A veces, es signo de mayor cordura aconsejar a los enfermos cardíacos que estén bajo nuestro cuidado que se mantengan sentados en una silla en vez de acostados.

Tanto los enfermos cardíacos como los que no lo son y que tengan que permanecer en cama por un apreciable período de tiempo, deben ser instruidos en el sentido de mover y ejercitar con frecuencia las piernas y en el de someterse a masajes, con el fin de evitar las trombosis venosas y las embolias pulmonares. — *Autor.*

SANGRIA EN PACIENTES PLETORICOS, (Venesection for the plethoric patient), L. H. Hines y D. L. Kessler. "Arch. Int. Med.", 1945, 75, 248.

En 58 casos con evidencias necroscópicas o trazados electrocardiográficos típicos de trombosis coronaria, sólo el 8 % tenía un número de glóbulos rojos inferior a 4.500.000 y el 11 % un contenido hemoglobínico menor de 13 gramos.

En 8 pacientes pletóricos con evidencia de trombosis coronaria o cerebral y 7 controles la determinación del tiempo de protrombina y del tiempo de reacción a la heparina muestra un neto aumento de la actividad coagulante a medida que el número de eritrocitos aumenta.

La realización de pequeñas sangrías repetidas en un sujeto con reciente trombosis coronaria y en otro con policitemia vera acarrió un aumento en el tiempo de protrombina y una elevación en la tolerancia a la heparina. En cambio, en un sujeto normal no se produjeron cambios en el tiempo de protrombina, aunque la respuesta a la heparina se redujo grandemente.

Estos hechos sugieren que es racional el uso de sangrías para impedir y tratar las trombosis. — *J. González Videla.*

INTOXICACION DIGITALICA. G. R. Herrmann. "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 15, 25.

Se insiste en que la zona entre la dosis terapéutica de la digital y la intoxicación producida por la misma droga es muy pequeña. Es importante reconocer los síntomas principales que se presentan antes de la intoxicación bien establecida; ellos son: vómito, náuseas, bloqueos, fibrilación y flutter.

Como hecho muy importante para evitar la intoxicación digitalica, es indispensable el conocimiento de una buena droga y su uso en forma fraccionada. — *Autor.*