

ANALISIS DE REVISTAS

SEMIOLOGIA

EL TAMAÑO NORMAL DEL CORAZON DEL NIÑO EN LA TELERRADIOGRAFIA, J. R. Díaz Nielsen. "La Semana Médica", 1944, 51, 770.

La telerradiografía frontal, como método único de examen, es el mejor procedimiento para valorar rápidamente el tamaño del corazón en la infancia, en forma práctica.

La telerradiografía en frontal debe ser obtenida con técnica inobjetable.

De todas las mediciones de la silueta cardíaca, la del diámetro transverso es la de mayor valor, por su facilidad de obtención, su claridad interpretativa y la constancia de su cifra, sea en cada caso aislado, para referirla a las variaciones ocasionales del tamaño de ese corazón, ya para estudio estadístico general.

El diámetro transverso debe ser referido a la edad, altura y peso del niño, cifras con las que guarda estrecha relación.

El diámetro transverso debe ser también relacionado al diámetro interno del tórax, obteniéndose así el coeficiente cardiorácico, guía de la mayor seguridad, cuando nos referimos al tamaño del corazón del niño.

Los otros diámetros del corazón si bien tienen gran valor en cada caso aislado, ya sea por su variación inconstante, ya por dificultades técnicas de segura medición, no alientan a ser estudiados con valor estadístico.

Es necesario recalcar que las cifras estrictas obtenidas del tamaño del corazón, sólo tendrán valor general, existiendo casos aislados en los que habiendo aumento real del corazón, sobre todo de partes aisladas, el diámetro transverso y el coeficiente cardiorácico pueden dar cifras engañosas, permaneciendo normales.

El arco medio del perfil izquierdo se ha encontrado plano o sólo ligeramente saliente en el 58,1 % de los casos, levemente convexo en el 36,6 % y excesivamente convexo (sin lesión cardíaca) en el 5,3 %.

Los tipos o hábitos del corazón se clasificaron así: corazón de aspecto y forma normal en el 78,5 % de los casos: tipo ensanchado, hiperesténico en el 12,4 %; corazón angosto, tipo hiposténico en el 8,8 %; remedando el corazón en gota y corazón asténico, verdadero "corazón en gota", se comprobó sólo un caso, lo que da una frecuencia de 0,3 %, remarcándose así la extremada rareza de los mismos estrictamente denominados.

Como síntesis final, se presenta una tabla personal en la que, dado el diámetro transverso del corazón en la telerradiografía de un niño, se puede rápidamente opinar sobre el tamaño de ese corazón, relacionándolo en forma sencilla con el sexo, edad, altura, peso y diámetro interno del tórax. — Autor.

ELECTROCARDIOGRAFIA

TIPOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DE SOBRECARGA VENTRICULAR COMBINADA (*Electrocardiographic Patterns of Combined Ventricular Strain*), R. Largendorf, M. Hurwitz y L. N. Katz. "Brit. Heart J.", 1943, 5, 27.

Se describen los hallazgos en 47 casos de sobrecarga de ambos ventrículos, 19 de los cuales con autopsia. Los a.a. describen seis tipos principales: QRS de

tipo derecho con segmento S-T y onda T de tipo sobrecarga izquierda; la viceversa; no desviación del eje eléctrico con depresión del segmento S-T y T negativa en las tres derivaciones; R pequeña y S prominente en las tres derivaciones sin Q evidente; el mismo tipo, pero con R mayor que la S por lo menos en dos derivaciones, con anormalidades del segmento S-T; y finalmente, R y S pequeños en DI y R y S grandes casi difásicas en DII y DIII. En el 81 % de los casos de diagnóstico electrocardiográfico de sobrecarga de ambos ventrículos el diagnóstico fué confirmado, por la clínica, radiología y cuando posible por los hallazgos necroscópicos.

En un grupo control de 29 casos autopsiados de hipertrofia de ambos ventrículos, el E.C.G. reveló algún tipo de éstos en el 27,5 %; en otros 35 % no había desviación anormal del eje eléctrico o sólo simples a la izquierda o derecha. En consecuencia, el hallazgo de agrandamiento cardíaco sin electrocardiograma de preponderancia es muy sugestivo de hipertrofia de ambos ventrículos. Como algunas curvas, especialmente la del tipo I y tipo IV, son difíciles de explicar por la simple sobrecarga, los a.a. tratan de justificarlos por la presencia simultánea de desplazamientos cardíacos, anomalías congénitas de la conducción, o bloqueos intraventriculares focales. Lógicamente hay en esto mucha especulación, y el trabajo no es lo suficientemente explícito como para alejar las dudas que sugiere la aplicación de ciertos trazados, especialmente aquellos que tienen una neta desviación del eje eléctrico hacia uno u otro lado, con la simple sobrecarga de ambos ventrículos. (La bibliografía no incluye el trabajo publicado por Moia y colab. en esta Revista, 1942, 9, 1.) — B. Moia.

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN LA UREMIA ASOCIADA CON ALTA CONCENTRACION DE POTASIO EN EL SUERO: RELATO DE TRES CASOS (*Electrocardiographic changes in uremia associated with a high concentration of serum potassium: report of three cases*), N. M. Keith, H. B. Burchell y A. H. Baggenstoss. "Am. H. J.", 1944, 27, 817.

En tres casos de uremia se observó un aumento acentuado de la concentración de potasio en el suero sanguíneo, poco antes de la muerte de los sujetos. Al mismo tiempo aparecieron trastornos de la conducción intraventricular, semejantes a los observados experimentalmente por otros autores en los animales, después de la inyección de sales de potasio o al provocarles una anuria.

Los autores deducen que la muerte se debió a la intoxicación provocada por el potasio y sospechan que su mecanismo fué semejante al observado en los animales con acentuada toxemia potásica: la fibrilación ventricular. — M. Josclevich.

ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO DE LA INFLUENCIA DEL AUMENTO DE LA CIRCULACION VENOSA, D. Gross. "La Prensa Médica Argentina", 1944, 31, 2160.

Se ha estudiado la influencia de la elevación pasiva en el electrocardiograma. Se han establecido las alteraciones electrocardiográficas consecutivas a la ele-

vación pasiva de las piernas, que son de naturaleza cuantitativa y cualitativa. Las alteraciones cuantitativas consisten en la disminución del voltaje del complejo ventricular y aumento en el número de las contracciones cardíacas. Las alteraciones cualitativas se refieren a la onda T y al segmento S-T.

El electrocardiograma de las personas sanas no presenta alteración. Los enfermos en estado de insuficiencia cardíaca acusaban, en la mayoría de los casos, disminución del voltaje y aumento del número de las contracciones cardíacas, pero no se observó ninguna modificación cualitativa. Los enfermos en estado de insuficiencia coronaria presentaban alteraciones cuantitativas que, según su frecuencia, los coloca entre las personas sanas y los portadores de insuficiencia cardíaca, y aparecieron alteraciones cualitativas en la minoría de los casos.

Se hacen consideraciones fisiopatológicas sobre el probable mecanismo de las alteraciones cuantitativas invocando especialmente los factores hemodinámicos de la insuficiencia cardíaca. — Autor.

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

INFARTO DEL MIOCARDIO INDICADO POR ANGINA DE ESFUERZO O ATAQUES BREVES DE ANGINA DE DECUBITO, CON REFERENCIAS SOBRE DOLOR PREMONITORIO (Myocardial infarction indicated by angina pectoris of effort or by brief attacks of angina of rest, with remarks on premonitory pain), W. Dressler. "Am. H. J.", 1944, 28, 81.

Se ha dicho que el "dolor premonitorio" precede la aparición del infarto del miocardio. Las 16 observaciones estudiadas demuestran que ese "dolor premonitorio", no siempre seguido del cuadro anginoso, es a menudo por sí mismo manifestación de un infarto, por lo que resulta poco apropiado establecer una separación entre uno y otro proceso.

En los 16 casos referidos faltaba el cuadro anginoso clásico del infarto, no obstante lo cual los datos clínicos y de laboratorio hablaban en favor de tal afección. Ataques breves de angina de decúbito o la aparición o agravación bruscas del dolor de esfuerzo, pueden corresponder a verdaderos infartos, aunque falten sus signos electrocardiográficos típicos. De mayor valor resulta en esos casos el aumento de la velocidad de la eritrosedimentación, con cuya comprobación podrá evitarse la interpretación incorrecta del "dolor premonitorio". Con ello se evitará también el tratamiento inadecuado, que puede ser el responsable de la muerte súbita de los enfermos, muy frecuente en este grupo de casos. — M. Joselevich.

INFARTO DE LA PARED LATERAL DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO. ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO Y ELECTROCARDIOGRAFICO (Infarction of the lateral wall of the left ventricle. Pathologic and electrocardiographic study), H. W. Thomson y H. Feil. "Ab. J. Med. Cc.", 1944, 207, 588.

Con el deseo de establecer la incidencia y criterio diagnóstico del infarto de la pared lateral del ventrículo izquierdo, los autores revisan 106 casos post-mortem de infarto miocárdico. En el 54,9 % de estos casos el infarto se hallaba localizado en la región anterior y apical, en el 25,5 % en la región posterior

y basal, en el 0,9 % en la pared lateral derecha y en el 17,9 % en la pared lateral izquierda. Estos últimos casos fueron subdivididos en cuatro grupos, según que el infarto fuera reciente o antiguo, puro o acompañado con otro infarto y con cuadro electrocardiográfico típico o atípico.

Grupo I: Infarto lateral puro reciente con e. c. g. similar al descrito como típico de este tipo de infarto: comprende cuatro casos, tres presentando además un infarto antiguo. En todos los casos el segmento ST estaba deprimido en las derivaciones precordiales y en II y III, dos casos mostraban una suave elevación en I. En solo un caso las ondas T eran positivas en todas las derivaciones.

Grupo II: Infarto lateral puro reciente con e. c. g. atípico: abarca cinco casos, en dos de los cuales había cambios correspondientes a un infarto posterior reciente, sugiriendo otro caso un infarto posterior antiguo. En los otros dos casos existía fibrilación auricular, pero uno de ellos presentaba una depresión de segmento ST en la derivación precordial.

Grupo III: Infarto lateral reciente combinado con otro también reciente: incluye tres casos, estando el otro infarto localizado en dos en el septum interventricular y en el restante en la punta del ventrículo izquierdo. Los e. c. g. mostraban en un caso bloqueo de rama izquierda y en los otros dos alteraciones características de un infarto septal y de un infarto posterior y basal reciente.

Grupo IV: Infarto lateral antiguo: comprende siete casos, cuatro con el infarto extendido a la pared posterior y dos a la pared anterior. En tres casos existía fibrilación auricular, pero en un caso había una estrechez mitral asociada. Dos trazados mostraban bajo voltaje de QRS, dos alteraciones de infarto posterior antiguo y uno de infarto anterior remoto. — *J. González Videla.*

INFECCIOSAS

EL CORAZON EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA (The heart in rheumatoid arthritis), D. Young y J. B. Schwedel. "Am. H. J.", 1944, 28, 1.

En 33 de 38 casos autopsiados de artritis reumatoidea se encontraron lesiones cardíacas; 25 de esos casos correspondían a lesiones reumáticas y los 8 restantes a infecciones "no específicas".

Esas comprobaciones se hallan de acuerdo con los trabajos de otros autores, que también demostraron la gran frecuencia con que se superponen las lesiones cardíacas reumáticas con las periféricas de la artritis reumatoidea, lo que permite suponer que se trate de procesos de la misma naturaleza. En cuanto a los caracteres clínicos de las manifestaciones articulares, en 15 de los casos existieron repuntes de artritis aguda en el curso de la enfermedad, en otros 15 esas artritis fueron progresivas e insidiosas, mientras que solo en 3 (y probablemente en otros 2) existían antecedentes del tipo de la fiebre reumática. — *M. Joselevich.*

MIOCARDITIS DIFUSA AISLADA ASOCIADA CON ALIMENTACION DEFICIENTE (Diffuse isolated myocarditis associated with dietary deficiency), W. E. Toreson. "Arch. Int. Med.", 1944, 73, 375.

Comenta el caso de una niña de 15 años de edad que ingresara en el Royal Victoria Hospital en marcado estado de desnutrición y acentuada insuficiencia

cardíaca. El examen del aparato cardiovascular reveló un redoble del primer ruido en los focos mitral y pulmonar, hidrotórax bilateral, ascitis, congestión hepática, edemas, agrandamiento de cavidades izquierdas, bloqueo A-V simple, bajo voltaje del complejo QRS y bloqueo de rama. Tratada enérgicamente con cardiotónicos y altas dosis de tiamina y vitaminas B y C, la enferma, a pesar de ello, fallece al poco tiempo, mostrando un e. c. g. registrado algunos minutos antes de la muerte un bloqueo A-V completo y luego fibrilación ventricular.

El examen necrópsico comprobó la existencia de lesiones inflamatorias agudas, subagudas y crónicas, difusamente distribuidas a través de todo el miocardio, pero más extensas en su tercio interno; en ambas aurículas y ventrículos se encontraron trombos murales.

La naturaleza de la causa subyacente no pudo demostrarse pero se plantea la posibilidad de que las lesiones miocárdicas obedezcan a la prolongada deficiencia en la alimentación, como lo sugieren la marcada desnutrición y la semejanza de las lesiones a las provocadas en el terreno experimental. — *J. González Videla.*

ENDOCARDITIS SUBAGUDA ASOCIADA CON INFECCION CON UN ESPIRILLO. RELATO DE UN CASO CON REITERADO AISLAMIENTO DEL GERMEN EN LA SANGRE (Subacute endocarditis associated with infection with a spirillum. Report of a case with repeated isolation of the organism from the blood), W. M. Hitzig y A. Liebesman. "Arch. Int. Med.", 1944, 73, 415.

Relatan el caso de un hombre de 23 años con un cuadro de endocarditis bacteriana subaguda: fiebre moderada con exacerbaciones de tanto en tanto, soplos endocárdicos, esplenomegalia, embolias viscerales y subcutáneas múltiples, hematurias microscópicas, petequias, nódulos de Osler y de Janeway y hemorragia subaracnoidea como episodio terminal.

Los hemocultivos demostraron repetidamente la existencia de un estreptococo minus, idéntico al de la fiebre por mordedura de rata en su estructura morfológica y en las características de su cultivo. Tal germen fué, asimismo, comprobado en las vegetaciones de las válvulas.

Se supone que la puerta de entrada ha sido la piel o el tractus gastrointestinal, ya que el paciente tenía contacto directo con gatos y sus alimentos estaban fácilmente expuestos a ratas y gatos silvestres. — *J. González Videla.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS

MECANISMO DE LAS VARIACIONES RESPIRATORIAS DE LA PRESION ARTERIAL EN AMBOS CIRCUITOS, V. A. Alberti, R. González Segura y A. Lanari. "Medicina", 1944, 4, 412.

Se estudian las variaciones de la presión que se producen en la arteria pulmonar y en la circulación mayor por acción de la respiración natural y de la respiración artificial con y sin hiperpresión. Los experimentos se realizaron en gatos con tórax abierto. Los registros de presión se realizaron con el manómetro hipodérmico de Hamilton.

Se señala que, con respiración natural, cae la presión en ambos circuitos

durante la inspiración, pero el descenso de la presión en el circuito mayor no es coincidente con el descenso de la presión en la arteria pulmonar, sino que se presenta habitualmente dos o tres latidos más tarde.

Se discuten las causas que provocan este descenso inspiratorio, haciéndose resaltar la importancia del descenso de la presión intratorácica, la cual, a través del aumento de capacidad del circuito menor, determina también por disminución del aporte al ventrículo izquierdo la caída inspiratoria en la circulación mayor. Con respiración artificial desciende la presión aórtica por aumento de resistencia del circuito menor, mientras que, con gran hiperpresión se suma la dificultad en el aflujo ventricular al mencionado aumento de resistencia del pequeño círculo. — Autores.

COARTACION DE LA AORTA: ANALISIS CLINICO Y RADIOLOGICO DE TRECE CASOS (Coarctation of the aorta: clinical and roentgenologic analysis of thirteen casos), L. Perlman. "Am. H. J.", 1944, 28, 24.

Se destaca la frecuencia del soplo diastólico basal, que existía en 9 de los 13 casos estudiados, mientras que sólo en 1 caso se percibía el soplo sistólico y en los 3 restantes no había soplo alguno. Otra comprobación frecuente fué la ausencia o gran disminución del latido femoral. De esas comprobaciones se deduce que debe sospecharse la presencia de una coartación de la aorta en los casos de hipertensión arterial, pura o asociada a la insuficiencia aórtica. Además, cuando la pulsación femoral es débil o está ausente, debe tratar de palpase las arterias intercostales, para comprobar si se hallan dilatadas y flexuosas, como sucede en los casos de C. de la A.

Los signos radiológicos más importantes son: la ausencia del botón aórtico, la erosión costal, con dilatación del cayado y del ventrículo izquierdo. No hay modificaciones electrocardiográficas de valor diagnóstico. — *M. Joselevich.*

UN TEST DEL TONO VASCULAR EN HUMANOS Y SU APLICACION EN EL ESTUDIO DE ENFERMEDADES VASCULARES CON ESPECIAL REFERENCIA A LA ETIOLOGIA Y PREVENCION DE TROMBOFLEBITIS (A test for vascular tone in humans and its application to the study of vascular diseases with special reference to the etiology and prevention of thrombophlebitis), M. Naide. "Am. J. Med. Sc.", 1944, 207, 606.

Determina el grado del tono vascular precisando la velocidad de caída en la temperatura de las extremidades durante un período de enfriamiento y la velocidad de ascenso en la temperatura de las extremidades durante un período de aplicación de calor moderado en el tronco en un ambiente cuya temperatura se mantiene alrededor de los 20° C.

Realizan la prueba en 53 normales y 119 pacientes, comprobando la amplia variación del tono vascular entre los sujetos normales o enfermos. Un hallazgo significativo fué el de un elevado tono vascular en 16 de 17 pacientes con tromboflebitis, siendo muy suaves los síntomas de ésta en el caso restante. En nueve pacientes de 32 con tromboangeítis obliterante la prueba evidenció un

tono vascular disminuído. La prueba puede indicar si ocurre vasodilatación o vasoconstricción en los vasos grandes o pequeños de los distintos individuos y puede ayudar en el estudio de la etiología de ciertas afecciones vasculares y en la elección de una terapia apropiada. — *J. González Videla.*

TERAPEUTICA

EL EFECTO DIURETICO DEL ACIDO ASCORBICO. RELATO PRELIMINAR DE SU USO EN LA DESCOMPENSACION CARDIACA (The diuretic effect of ascorbic acid. Preliminary report of its use in cardiac decompensation), C. F. Shaffer. "J.A.M.A.", 1944, 124, 700.

Se ha demostrado en los animales que la diuresis provocada por el ácido ascórbico no es causada por la producción de una acidosis, pareciendo deberse más bien a una alteración de la presión osmótica de los coloides. En 10 enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva se administró el ácido ascórbico por boca, consiguiéndose un aumento de la diuresis que osciló entre 250 y 1000 c.c. en las 72 horas siguientes. Ese aumento no se obtuvo administrando el producto por vía endovenosa, en otros 10 cardíacos.

Administrando después a esos 20 enfermos el ácido ascórbico combinado con diuréticos mercuriales, se obtuvo en 15 de ellos una diuresis francamente mayor que con la mercupurina sola (500 a 2000 c.c. más en las 24 horas). — *M. Joselevich.*

OPERACIONES MAYORES NO ESPECIFICAS Y SIMPATECTOMIA LUMBODORSAL (Nonspecific major operations and lumbodorsal sympathectomy), F. Rojas, R. H. Smithwick y P. D. White. "J.A.M.A.", 1944, 126, 15.

Se estudiaron las modificaciones de la presión arterial en 100 casos de operaciones no específicas en hipertensos del "Massachusetts General Hospital" (hístrectomías, mastectomías, gastrectomías, tiroidectomías, etc.), comparándolas con las obtenidas en otros 100 hipertensos sometidos a la simpatectomía lumbodorsal bilateral.

Si bien en los primeros se produjo una reducción inmediata de la presión, ésta fué menos pronunciada y persistente que en los segundos, lo que habla en favor del carácter verdaderamente específico de la hipotensión provocada por la simpatectomía lumbodorsal bilateral. — *M. Joselevich.*

drome electrocardiográfico de P-R corto con QRS ancho. *Th. T. Fox y A. L. Bobb* (p. 327). — Alteraciones en la forma de la onda T con cambios en la frecuencia cardíaca, *D. Scherf* (p. 327). — Las alteraciones electrocardiográficas después de la hiperpirexia artificial, *A. H. Clagett* (p. 328). — Administración intravenosa continua de histamina: efectos sobre el electrocardiograma y el potasio del suero, *G. A. Peters y B. H. Horton* (p. 328). — Cambios electrocardiográficos en la uremia asociados con elevada concentración de potasio en suero: relato de tres casos, *N. M. Keith, H. B. Burcell y A. H. Baggenstoss* (p. 329).

ARRITMIAS. — Bloqueo cardíaco. Un estudio de 100 casos con intervalo P-R prolongado, *R. B. Logue y J. F. Hanson* (p. 329). — Un efecto poco común de las síntoles ventriculares prematuras interpoladas, *L. N. Katz, R. Langendorf y S. L. Cole* (p. 330). — Estudio morfológico del sistema de conducción cardíaco. III - Bloqueo de rama. *D. J. Glomset, T. A. Glomset y R. F. Birge* (p. 330).

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS. — Infarto de miocardio indicado por angina pectoris o por breves ataques de angina de reposo, con referencias sobre el dolor premonitor, *W. Dressler* (p. 331). — Oclusión coronaria y angina pectoris, *A. M. Master, H. L. Jaffe, S. Dack y A. Grisham* (p. 331). — Los efectos del infarto anterior complicado por bloqueo de rama sobre la forma del complejo QRS del electrocardiograma del perro, *F. F. Rosebaum, H. Erlanger, N. Cotrim, F. D. Johnston y F. N. Wilson* (p. 332). — Cambios electrocardiográficos del infarto inminente y la isquemia-injuria producida en el perro por la oclusión total y subtotal de una arteria coronaria, *R. H. Bayley y J. S. La Due* (p. 333). — Estudio electrocardiográfico del infarto lateral comprobado en la autopsia, *C. F. Shaffer* (p. 333). — Infarto auricular, *E. W. Young y A. Koenig* (p. 334). — El efecto de la oclusión crónica del seno coronario sobre la vascularización del miocardio del perro, *V. Lorber, A. J. Greenberg* (p. 334).

ANGINA DE PECHO

TRINITRINA - CAFEINADA "ARVOR"

FORMULA

| | | | |
|--------------------------|---------|----------------------|-------|
| Soluc. de Trinitrina 1 % | 2 gotas | Azúcar de Leche | 0.15 |
| Clorh. de Papaverina | 0.005 | Talco | 0.075 |
| Cafeína | 0.02 | Por gragea azucarada | |

OTRAS INDICACIONES

ASMA CARDIACA
 ARTERITIS
 AORTITIS
 ENFERMEDAD DE RAYNAUD
 HIPERTENSION ARTERIAL
 JAQUECA
 COLICO HEPATICO y en los espasmos de la musculatura lisa de cualquier órgano.

FRASCOS DE 50 GRAGEAS

DOSIS: 1 a 10 por día

(MASTICADAS LENTAMENTE en la BOCA ANTES de TRAGARLAS)

●
 EXISTENCIA PERMANENTE
 EN PLAZA

ESPECIALIDADES MEDICINALES ARVOR

Distribuidores: **JULIO LEVIT & Cía.**

ALSINA 2163 — Buenos Aires U. T. 48, Pasco 1671