

ANALISIS DE REVISTAS

SEMIOLOGIA

UN METODO PARA EL ESTUDIO DEL TIEMPO DE CIRCULACION A LO LARGO DEL SISTEMA VASCULAR, (A method for study of circulation time throughout the vascular system). M. H. Nathanson y R. Merliss, "Proc. Soc. exp. Biol. & Med.", 1943, 53, 261.

Se había utilizado para el estudio del tiempo de circulación, la fluorescencia verde amarillenta que, como consecuencia de la inyección de fluoresceína, aparece en los labios y en la conjuntiva expuestos a la luz ultravioleta (Fishback y col., Am. J. med. Sci. 1942, 203, 535). Con tal método no se puede realizar mediciones del tiempo de circulación a otros territorios, pues en la piel normal no aparece fluorescencia, ya que la luz ultravioleta es absorbida en su mayor parte por la capa córnea antes de llegar a los capilares.

Los autores observaron que si se modificaba la piel haciendo una inyección intradérmica de histamina, en la roncha formada y en la zona circundante, aparecía una fluorescencia brillante después de la inyección intravenosa de fluoresceína. Con este método objetivo, se pueden realizar estudios sobre el tiempo de circulación hasta cualquier parte del sistema vascular. Los autores mencionan algunas mediciones hechas en personas normales en las cuales el tiempo brazo-conjuntiva fué término medio de 15 seg. y el brazo-pierna de 20.1 seg. En individuos con arterioesclerosis obliterante, los tiempos fueron respectivamente de 15.5 y 32.9 seg. — E. Braun Menéndez.

VALOR COMPARATIVO DEL GLUCONATO DE CALCIO, SULFATO DE MAGNESIA Y ALFALOBELINA EN LA MEDICION DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA, (The comparative value of calcium gluconate, magnesium sulfate and alpha lobeline hydrochloride as agents for measurement of the arm to tongue circulation time in 50 patients with and 50 patients without heart failure). H. H. Hussey, D. P. Cyr y S. Katz. "Ann. Int. Med.", 1942, 17, 849.

Se utilizaron los tres agentes mencionados aplicándolos para determinar la velocidad circulatoria en 50 personas con insuficiencia cardíaca y en otras 50 sin motivos para que tuvieran un retardo de la circulación. El gluconato de calcio y el sulfato de magnesia dieron cifras casi iguales, algo mayores que las de la lobelina.

La ventaja de la lobelina consiste en que suministra un punto de reparo objetivo para la determinación, pero en cambio tiene el inconveniente de que a veces señala el tiempo brazo-pulmón en lugar del brazo-lengua. — M. Joseslevich.

VELOCIDAD DEL CAUDAL SANGUINEO PERIFERICO EN PRESENCIA DE EDEMA, (Rate of Peripheral Blood Flow in the Presence of Edema). D. I. Abramson, S. M. Fierst y K. Flachs. "Am. Heart J.", 1943, 25, 328.

Cuando el edema de las extremidades no va asociado a una cardiopatía orgánica, la circulación periférica apareció, la mayor parte de las veces, aumen-

tada y con seguridad no disminuída. En los con insuficiencia cardíaca congestiva crónica, los valores fueron semejantes a los de los normales. Se supone, para explicar estos hechos, que la anoxia consecutiva a las perturbaciones en la nutrición de los tejidos que crea el edema, produciría la acumulación de sustancias vasodilatadoras, lo que traería vasodilatación arteriolar con el consiguiente aumento de la circulación en ese sitio. — *B. Moia.*

PATOLOGIA

ABSCESO DEL MIOCARDIO, (Myocardial abscess). N. Flaxman. "J.A.M.A.", 1943, 122, 804.

En 14.160 autopsias efectuadas en el "Cook Country Hospital" de Chicago en los años 1929-42, se encontraron 29 casos de absceso del miocardio (0.2 por ciento). En el 79 por ciento de esos casos el agente causal era el estafilococo.

La enfermedad determinante, fué en la mayoría de los casos la endocarditis bacteriana y la osteomielitis aguda; menos frecuentemente se comprobó la neumonía, amigdalitis aguda y celulitis. De 80 casos de osteomielitis autopsiados, se comprobaron abscesos en 7 (8.7 por ciento).

El tratamiento moderno con las sulfonamidas podría quizás mejorar el pronóstico en los casos de osteomielitis, celulitis, neumonía, amigdalitis y mastoiditis, no así en la endocarditis maligna, cuya evolución no parece haber sido modificada hasta ahora por dicho tratamiento. — *M. Joselevich.*

UN ESTUDIO DEL VOLUMEN DE LA SANGRE EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. RELACION CON OTRAS DETERMINACIONES EN CATORCE ENFERMOS, (A study of the volume of the blood in congestive heart failure. Relation to others measurements in fifteen patients). G. R. Meneely y N. L. Kaltreider. "J. Clin. Inv.", 1943, 22, 521.

El volumen de la sangre estaba francamente aumentado en los 14 casos de insuficiencia cardíaca congestiva estudiados; la proporción en que intervenían en ese aumento el plasma y los elementos celulares era muy variable.

No se pudo demostrar correlación alguna entre ese aumento del volumen de la sangre y otras modificaciones propias de la insuficiencia cardíaca que fueron estudiadas simultáneamente (presión arterial, presión venosa, velocidad circulatoria —tiempo brazo-lengua—, capacidad vital, oxígeno y anhídrido carbónico arterial y venoso, proteínas del plasma, etc.). — *M. Joselevich.*

CORAZON HIPOTIROIDEO: UN ESTUDIO PATOLOGICO Y TERAPEUTICO, (Myxedemaheart: a pathological and therapeutic study). J. S. La Due. "Ann. Int. Med.", 1943, 18, 332.

En base a una observación de corazón hipotiroideo con examen anatómico, el autor pone al día el estudio de la afección. Destaca que las lesiones histoló-

gicas que se dan como propias de la enfermedad se observan también en otras cardiopatías, como en el "beri-beri", y aun en afecciones que nada tienen que ver con el corazón.

El tratamiento con la vitamina B₁ fracasó, lo que demuestra que, a pesar de que algunas investigaciones parecen indicar la existencia de una cierta relación entre vitaminas y tiroxina, esa relación debe ser aceptada por el momento sólo como hipotética. — *M. Joselevich.*

ANEURISMA DEL CORAZON, (Aneurysm of the heart). J. H. Crawford. "Arch. Int. Méd.", 1943, 71, 502.

Comentan 13 casos de marcada dilatación aneurismática de la pared ventricular, con diagnóstico verificado en la necropsia en nueve de esos casos.

En un caso el aneurisma reconoció un origen traumático, en ocho existían signos característicos de una oclusión coronaria previa. Como ocurre casi siempre, la dilatación aneurismática estaba localizada en el ventrículo izquierdo: en la región de la punta en nueve, algo más alta, sobre la pared anterior o lateral en tres y sobre la pared posterior en uno.

El signo físico más importante es la presencia de un latido anormal en la región precordial, vigoroso y difuso, separable del choque de la punta, a veces asincrónico con éste y de mayor duración. La información más valiosa es obtenida por el examen radiocópico que permite comprobar: agrandamiento del ventrículo izquierdo con deformación de su contorno, prominencia localizada inseparable de la sombra cardíaca, latido anormal o ausente de la zona aneurismática, adherencias entre el corazón y la pared costal o el diafragma, calcificación de la pared del saco o de su contenido, etc. — *J. González Videla.*

UNA DEFINICION FISIOLÓGICA DE LA INSUFICIENCIA CONGESTIVA AGUDA DEL MUSCULO CARDIACO, (A Physiologic definition of Acute Congestive Heart Muscle Failure). G. Fahr y M. S. Bhuhler. "Am. Heart J.", 1943, 25, 211.

Los autores señalan que los hechos fundamentales de la insuficiencia cardíaca espontánea o de la producida experimentalmente en animales de laboratorio, por el cloroformo, alcohol, hidrato de cloral o toxina diftérica, son: a) disminución en la eficiencia mecánica del corazón; b) dilatación ventricular; c) aumento de la presión venosa en ventrículo izquierdo y aurícula derecha, y d) tendencia a la disminución del gasto ventricular. Lo mismo sucede cuando se lo intoxica con cloruro de potasio. En un experimento en el que se conservaron constantes el volumen diastólico y el consumo de oxígeno, se observó también disminución de la eficiencia mecánica, tendencia a la disminución del gasto ventricular y de la presión sanguínea media y elevación de la presión venosa en ambas aurículas. El tratamiento por Cedilanid, aumenta la eficiencia cardíaca siempre que la insuficiencia no haya ido demasiado lejos, provocando aumento del rendimiento cardíaco, y disminución de la dilatación ventricular y de la presión venosa. — *B. Moia.*

QUINESIA DE LA RESPIRACION EN LA EMBOLIA PULMONAR EXPERIMENTAL, (Kinetics of respiration in experimental pulmonary embolism). R. S. Megibow, L. N. Katz y M. Feinstein. "Arch. Int. Med.", 1943 71, 536.

Experimentalmente realizan en perros una embolia pulmonar y llegan a las siguientes conclusiones:

La embolia de arterias pulmonares grandes y medianas, produce en la respiración taquipnea, disnea e hiperpnea, la de las arteriolas y capilares pulmonares, produce taquipnea. Estos cambios no dependen de anoxemia ni de alteraciones en el contenido en CO₂ ó en el Ph de la sangre ni de retardo circulatorio a través del centro respiratorio.

El hecho que la vagotomía bilateral retarde considerablemente la rápida respiración post-embólica prueba que la producción de rápida respiración es más bien periférica que central.

El mecanismo fundamental es la estimulación por distensión de las terminaciones nerviosas aferentes esparcidas a través del lecho arterial pulmonar, lado derecho del corazón y vena cava superior.

Reflejos de origen similar pueden ser posiblemente responsables de la disnea en la insuficiencia congestiva e insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo. — J. González Videla.

EL CORAZÓN EN LA EMBOLIA PULMONAR, (The heart in pulmonary embolism). J. Currens y A. R. Barnes. "Arch. Int. Med.", 1943, 71, 325.

Estudian 307 casos en los cuales la necropsia reveló la existencia de émbolos en las arterias pulmonares. Los casos fueron divididos en quirúrgicos (70%), médicos (20%) y cardíacos (10%).

El peso del corazón superó los 400 gr. en alrededor de 1/3 del material analizado. No fué notada ninguna diferencia significativa en el porcentaje de casos en los que el corazón pesaba más de 400 gr. en el grupo quirúrgico con embolia pulmonar y un grupo control con idéntica distribución de edades.

Los casos médicos con embolia pulmonar comprendieron principalmente cardiopatías con signos de insuficiencia cardíaca congestiva, generalmente debida a hipertensión sola o asociada a esclerosis coronaria y enfermedades caquetizantes. La curva del peso del corazón para el grupo médico fué considerablemente más elocuente que la del grupo quirúrgico, pues en los casos con afección caquetizante el número, en los cuales el corazón pesaba menos de 250 gr., tendía a aumentar, y en los casos con hipertensión, se observaba lo opuesto.

El porcentaje de casos en los cuales la embolia pulmonar fué fatal, resultó considerablemente menor en el grupo médico (46%) que en el grupo quirúrgico (74%).

El estudio anatómico cuidadoso del corazón, realizado en 30 casos, reveló en cinco evidencias de infarto agudo: en cuatro de ellos no se halló obstrucción significativa en las arterias coronarias, pero en el restante existía una trombosis coronaria reciente. En un caso en el que había existido un prolongado shock,

había un infarto agudo en la pared posterior del ventrículo izquierdo sin trombosis coronaria.

En general, la sobrecarga del ventrículo derecho parece ser el factor dominante en la producción del cuadro electrocardiográfico, a la que se agrega una disminución del aporte coronario al ventrículo derecho cuando el shock existe. Si estas condiciones se prolongan se produce una marcada dilatación, pudiéndose a veces demostrar regiones dispersas de infarto agudo del ventrículo derecho. — *J. González Videla.*

CARDIOPATIAS CONGENITAS

EFECTOS DE LA OCLUSION DE UN CONDUCTO ARTERIOSO EXPERIMENTAL CRONICO SOBRE EL GASTO CARDIACO, EL PULSO Y LA PRESION ARTERIAL DEL PERRO, (The effects of occlusion of experimental chronic patent ductus arteriosus on the cardiac output, pulse and blood pressure of dogs). S. E. Leeds, "Amer. J. Physiol.", 1943, 139, 451.

Se reprodujo en perros una situación análoga a la de la persistencia del conducto arterioso mediante la anastomosis látero-lateral de aorta a arteria pulmonar izquierda o término lateral de subclavia izquierda a pulmonar izquierda.

Se determinó el gasto de cada uno de los ventrículos por separado por el principio de Fick midiendo la diferencia arteriovenosa entre sangre del ventrículo derecho y de la aorta para el gasto del ventrículo derecho y entre sangre de la arteria pulmonar izquierda y aorta para el del ventrículo derecho.

La cantidad de sangre que pasaba a través de la comunicación arteriovenosa, oscilaba entre el 39 y el 53% del gasto del ventrículo izquierdo, lo que equivale a la diferencia del gasto entre ambos ventrículos.

Inmediatamente después de la oclusión del conducto arterioso artificial, se observó: 1) aumento de la presión arterial en el territorio de la aorta sin modificación de la presión en el territorio de la pulmonar; 2) disminución de la frecuencia del pulso, y 3) disminución del gasto de ambos ventrículos. Esta disminución se mantuvo durante varios minutos y equivalía un 74% para el ventrículo izquierdo y 44% para el derecho. El gasto de ambos ventrículos se igualó después de la oclusión. — *E. Braun Menéndez.*

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO EN EL ADULTO, (Patency of the Ductus Arteriosus in Adults), Z. Key y M. J. Shapiro. "Am. Heart J.", 1943, 25, 158.

Se trata de un interesante artículo de conjunto. Se calcula que hay en la actualidad más de 20.000 personas con persistencia del conducto arterioso en Norte América, lo cual da una idea de su frecuencia. Se estudian las causas de muerte en cuatro observaciones personales con autopsia, detalladas y cincuenta y siete casos de la literatura, resumidos, todos ellos con persistencia del conducto arterioso típica. Se comentan, además, diez casos atípicos con autopsia. En el primer grupo la causa de muerte fué la endocarditis lenta en el 40% y la

insuficiencia cardíaca congestiva en el 28%. En dos casos la muerte fué provocada por la ruptura de un aneurisma de la pulmonar (3,3%). Después de los 17 años, las estadísticas permiten calcular que el promedio de vida disminuye en 25 años, lo que es la mitad de lo que se considera para la población general, pero las condiciones de vida del paciente no se apartan mayormente de lo normal en la mayoría de los casos.

Aunque en el 10% no hubo agrandamiento cardíaco en el resto se comprobó agrandamiento de ambos ventrículos. En alrededor del 15% hubo aneurismas pulmonares. Se observaron frecuentemente placas calcáreas y ateroma, comprometiéndose la aorta casi tan frecuentemente como la pulmonar.

En este grupo de adultos el conducto era habitualmente corto, apareciendo en muchos casos como una fístula que comunicaba a la aorta con la pulmonar. El 17% de los casos resultaba por tal razón inoperable o hubiera creado dificultades operatorias. El orificio pulmonar era por lo general menor que el aórtico.

La falta de soplos puede en muchos casos dificultar el diagnóstico de persistencia del canal arterial. En los casos típicos había 46 mujeres contra 14 hombres; en cambio, en los atípicos había 9 hombres y una mujer. . .

Por todo lo que antecede los autores aconsejan la ligadura, a pesar de que el adulto no presente signos que demuestren falta de compensación del defecto, aunque no dejan de reconocer que la operación puede ser en muchos casos imposible o muy dificultosa. — *B. Moia*.

LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO, COMPLICADA POR ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA, (The Results of Surgical Treatment of Patency of the Ductus Arteriosus Complicated by Subacute Bacterial Endocarditis). A. S. W. Touroff, "Am. Heart J.", 1943, 25, 187.

Teniendo en cuenta que la endocarditis bacteriana subaguda puede complicar la persistencia del canal arterial a cualquier edad y que el tratamiento médico resulta hasta ahora inútil, los autores aconsejan la intervención precoz. En 11 casos con endocarditis a *Streptococcus viridans* se hizo la ligadura en 9 y la sección en 2. Dos murieron de hemorragia operatoria. De los 9 sobrevivientes, 6 curaron de la endocarditis, sin necesidad de quimioterapia y tres no curaron a pesar de la quimioterapia. Los que curaron, seguidos durante tres a 29 meses con hemocultivos reiteradamente negativos, mostraron en la operación que las vegetaciones no se habían extendido a la aorta o válvulas cardíacas. De los tres que murieron, dos tenían con seguridad vegetaciones valvulares cardíacas y uno casi seguro las tenía en el extremo aórtico del conducto. Como el compromiso de las válvulas cardíacas y de la aorta sólo se produce después de un cierto tiempo de evolución de la endocarditis, el autor recomienda efectuar la operación tan pronto como se haya establecido el diagnóstico de la complicación infecciosa sobrecargada. Se agrega un caso de endocarditis de tipo agudo (11 días de evolución) a *Staphylococcus aureus*, que curó con ligadura y quimioterapia y bacteriófago. *B. Moia*. Nota: estos dos trabajos fueron ampliamente discutidos por *R. L. Levy*, quien se muestra satisfecho del tratamiento operatorio en casos

con endocarditis; *M. J. Shapiro*, quien señala que, a pesar de que la mortalidad operatoria actual no excede en manos hábiles del 10%, sólo deben operarse los casos sin otra malformación congénita y únicamente cuando presentan desde el principio agrandamiento o sufrimiento cardíaco. Recuerda que en dos operados se desarrolló posteriormente una endocarditis bacteriana subaguda; *P. D. White*, cita un autor británico, Bourne, que ha operado seis casos como Touroff, con cinco éxitos, y destaca que seguramente no conocemos bien la verdadera frecuencia de la complicación de endocarditis lenta en la persistencia del conducto arterioso; *M. Wilson*, cree que de cualquier manera el riesgo de tal complicación sigue siendo menor que el operatorio; *B. S. Oppenheimer*, se pregunta por qué en algunos casos, a pesar de la ligadura sigue el soplo de maquinaria, y por qué desaparecen tan rápidamente los estreptococos de la sangre; *E. Libman*, opina que en lo que respecta a la localización de la endocarditis sobre el ductus hay que recordar que ya de por sí las partes donde circula sangre venenosa son menos afectadas que aquellas donde circula sangre arterial. Al ligarse el ductus, deja de circular sangre arterial con gran presión por él y la pulmonar, tal vez por esta causa (disminución de la fuerza de la corriente sobre las vegetaciones) desaparezcan tan rápidamente los estreptococos de la sangre; *S. E. Levine*, cree que la ligadura del canal infectado no puede disutirse. En cuanto a la ligadura del no infectado, primero es necesario resolver si la operación previene o no la posterior infección; *A. Keys*, cree que la persistencia del soplo de maquinaria después de la ligadura significa que se ha restablecido la comunicación aorta-pulmonar.

ELECTROCARDIOGRAFIA

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS CON EJERCICIO. SU RELACION A LA EDAD Y A OTROS FACTORES, (*Electrocardiographic changes with exercise. Their relation to age and other factors*), W. H. Barrow y R. A. Ouer. "Arch. Int. Med.", 1943, 71, 547.

En una serie de cien sujetos normales se estudiaron las alteraciones electrocardiográficas producidas por la práctica de deportes violentos, registrando trazados inmediatamente antes y después del ejercicio.

El estudio comparativo de tales trazados no mostró cambios significativos en el tiempo de conducción a-v o intraventricular. En la mitad de los casos ocurrió la inversión de la onda P en CF4 después del ejercicio y en las 4/5 partes de los sujetos aparecieron cambios en el tamaño del QRS; comúnmente apreciaron alteraciones en el voltaje de la onda T, pero en ningún caso se observó una franca inversión de T o deformación del segmento ST. — *J. González Videla*.

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL SINDROME DE HIPERVENTILACION, (*The electrocardiogram in the Hyperventilation Syndrome*), W. P. Thompson. "Am. Heart J.", 1943, 25, 372.

En los enfermos con neurosis ansiosas y síndrome de hiperventilación el electrocardiograma muestra, a menudo, acentuadas alteraciones, caracterizadas por la inversión de T o depresión del segmento ST con acentuado aplanamiento

ANÁLISIS DE REVISTAS

de T, en una o más derivaciones. El QRS solamente se mostró afectado una vez, en los 25 casos, y ello fué en DIVF. Las alteraciones ECG aparecen y desaparecen provocando o haciendo desaparecer la hiperventilación. Se sugiere que tales alteraciones pueden obedecer a la alcalosis, aunque es posible que otros factores desempeñen algún papel. Es de señalar que estas alteraciones pueden presentarse en casos con dolores precordiales que simulan la angina de pecho. El diagnóstico erróneo de infarto de miocardio puede contribuir como es lógico a agravar el síndrome ansioso. — — B. Moia.

BLOQUEO BILATERAL FRACASADO, (Bilateral Missed Block), I. Mahain, M. R. Winston y H. Roesler. "Am. Heart J.", 1943, 25, 251.

Se describe un caso de flutter auricular, con bloqueo de rama tipo común, que en la autopsia demostró la existencia de una sección total de ambas ramas del haz de His. La falta de bloqueo aurículo-ventricular completo se explica por el hallazgo de numerosas ramas de conexión entre ambas ramas del haz durante su trayecto en el tabique, que se extienden bien alto hasta la parte superior del músculo. A causa de estas conexiones el tiempo de conducción AV puede, como en este caso, ser normal. — B. Moia.

TAQUICARDIA VENTRICULAR: UN ANALISIS DE TREINTA Y SEIS CASOS, (Ventricular tachycardia: an analysis of thirty-six cases), C. Williams y L. B. Ellis. "Arch. Int. Med.", 1943, 71, 137.

Comentan treinta y seis casos de taquicardia paroxística ventricular observados en el Boston City Hospital entre los 64.000 ECG registrados en los últimos veinte años.

Para facilitar el estudio de la duración y pronóstico de los ataques, los casos fueron divididos en dos grupos: uno con complejos de origen ventricular y de configuración uniforme, designado arbitrariamente con el nombre de taquicardia ventricular persistente y otro con colgajos de taquicardia ventricular separados por períodos de ritmo normal con extrasístoles ventriculares frecuentemente intercaladas, que se denominó taquicardia ventricular intermitente.

En los veinticuatro casos que integraban el primer grupo, en once se pudo demostrar un ritmo auricular independiente, en seis existía fibrilación auricular y en los otros siete no se logró la identificación de la onda P. En ningún caso se demostró la existencia de conducción retrógrada a la aurícula.

En los doce casos clasificados como de taquicardia ventricular intermitente el ritmo auricular independiente pudo ser identificado más fácilmente, la mayor parte de los trazados mostraban extrasístoles ventriculares y todos comienzo o terminación súbitos de la taquicardia.

La frecuencia ventricular osciló entre 110 y 250 y la duración del QRS entre 0,12" y 0,20".

Solamente cuatro trazados mostraron irregularidades manifiestas del ritmo ventricular durante la crisis taquicárdica.

Dos únicos trazados revelaron un suave cambio temporario en la configuración de los complejos QRS.

El 94% de los pacientes sobrepasaba los 40 años de edad y el 75% correspondía al sexo masculino.

El total de los casos, con excepción de uno, presentaba una afección cardíaca subyacente.

La incidencia de insuficiencia cardíaca congestiva fué sumamente alta, no habiendo sido posible en ningún caso establecer que el ataque haya sido el factor precipitante.

En ocho casos la causa de la taquicardia paroxística fué probablemente la intoxicación digitálica y en seis una trombosis coronaria reciente.

La muerte sobrevino en veintiún casos durante o a continuación de un acceso. No pudo determinarse que afectaran el porcentaje de mortalidad la duración de la crisis, la frecuencia cardíaca, la amplitud del QRS o el tipo izquierdo o derecho de los complejos. En cambio, lo que influenció decisivamente el pronóstico fué la naturaleza y grado de la cardiopatía subyacente. — *J. González-Videla.*

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

ANGINA DE PECHO Y EL SINDROME DE ULCERA PEPTICA, (Angina pectoris and the syndrome of peptic ulcer), H. Levy y E. P. Boas. "Arch. Int. Med.", 1943, 71, 301.

En comunicaciones previas los autores han descripto ciertas relaciones entre el síndrome de angor y el de úlcera péptica:

1. Los síntomas de úlcera péptica y de angor pueden ocurrir súbita y simultáneamente y ocasionalmente la úlcera péptica aguda puede estar asociada a una trombosis coronaria.

2. Repetidos ataques de angina de pecho en reposo pueden ocurrir 2 ó 3 horas después de las comidas y durante la noche a horas características de dolor para la úlcera.

3. Cuando coexisten síntomas de angor y de úlcera, el tratamiento exitoso de los síntomas de *ulcus* puede causar una remisión del síndrome anginoso.

4. La localización epigástrica del dolor anginoso puede ser condicionada por una úlcera péptica preexistente.

El común denominador que ello sugiere es un tratamiento simultáneo en la circulación a través de las arterias coronarias, gástricas y duodenales.

El papel de la arterioesclerosis en la génesis de algunas úlceras pépticas en personas de edad es generalmente aceptado. Parece probable que la ocurrencia simultánea ocasional de trombosis coronaria y úlcera péptica aguda o penetrante pueda ser explicada por oclusiones arteriales simultáneas en ambos territorios, inducidas por las mismas causas generales. O que el mismo shock resultante de la oclusión de una arteria en una zona pueda provocar una trombosis secundaria en la otra.

Pero a través de los quince casos que comentan surge que el común denominador debe ser la hiperexcitabilidad del vago. Los síntomas de úlcera péptica pueden nacer de la actividad vagal en el estómago y los síntomas de angor pueden resultar de vasoconstricción coronaria de origen vagal. Un trastorno funcional

ANÁLISIS DE REVISTAS

de un órgano puede inducir por vía refleja a través del vago un desorden en el otro. — *J. González Videla.*

XANTOMATOSIS. UNA CAUSA DE ENFERMEDAD CORONARIA EN LOS ADULTOS JOVENES, (*Xanthomatosis. A cause of coronary artery disease in young adults*), H. Engelberg y B. A. Newman. "J. A. M. A.", 1943, 122, 1167.

Se estudiaron seis casos de xantomatosis con síntomas de lesión de las coronarias. Las principales características de la enfermedad eran: 1º) Su tendencia familiar, indudable en cuatro de los seis casos; 2º) Su aparición en las personas jóvenes (dos casos de infarto antes de los 34 años); 3º) Su repartición por igual en los dos sexos; 4º) La concomitancia de manifestaciones externas de la xantomatosis (xantoma tuberoso y diseminado); 5º) Hipercolesterolemia.

La terapéutica aconsejada consiste en la aplicación de una dieta pobre en colesterol animal (el vegetal no se absorbe por vía digestiva); esa dieta debería ser aplicada preventivamente en todos los miembros de las familias en las que existe la xantomatosis en alguno de sus componentes. — *M. Joselevich.*

ISQUEMIA AGUDA VENTRICULAR LOCAL O INFARTO DE MIOCARDIO INMINENTE CAUSADO POR UN ANEURISMA DISECANTE, (*Acute, Local, Ventricular Ischemia, or Impending Infarction, Caused by Dissecting Aneurysm*), R. H. Bayley y L. A. Monte. "Am. Heart J.", 1943, 25, 262.

Se describe un caso en el cual un aneurisma disecante produjo isquemia miocárdica aguda por compresión directa de la coronaria derecha. Las alteraciones electrocardiográficas fueron bastante características. — *B. Moia.*

VASOS

SEDIMENTO URINARIO EN LA "ANGIITIS" VISCERAL (PERIARTERITIS NUDOSA, LUPUS ERITEMATOSO, ENFERMEDAD DE LIBMAN - SACKS). ESTUDIOS CUANTITATIVOS, (*Urinary sediment in visceral angiitis (periarteritis nodosa, lupus erythematosus, Libman-Sacks "disease"). Quantitative studies*), M. A. Krupp. "Arch. Int. Med.", 1943, 71, 54.

El autor sugiere el término de "angiitis visceral" para denominar un grupo de afecciones que presentan lesiones peculiares semejantes de las pequeñas arterias: periarteritis nudosa, lupus eritematoso diseminado, enfermedad de Libman-Sacks y los síndromes descritos por Friedberg y Gross.

Aunque es bien conocida la acurrencia de lesiones renales en asociación con la angiitis visceral, estudios minuciosos sobre la orina de estos pacientes aún no han sido realizados, por lo que el autor aprovecha la oportunidad de hacerlo en veintiún casos observados en los dos últimos años.

El sedimento urinario resultó normal en tres, en cuatro era semejante al que puede ocurrir en asociación con alguna afección febril o con arterioesclerosis,

pero en los catorce casos restantes fué de características tan especiales que resulta de gran valor diagnóstico en casos de nefropatía dudosa: presencia simultánea de hematíes, cuerpos grasos, cilindros céreos y grasos con grandes cantidades de proteína. vale decir, elementos característicos de los tres estadios de glomérulonefritis que están usualmente separados por años o décadas. — *J. González Videla.*

UN MECANISMO APARENTEMENTE CAUSAL DE LA TROMBOSIS PRIMARIA DE LAS VENAS AXILAR Y SUBCLAVIA, (An Apparent Mechanism of Primary Thrombosis of the Axillary and Subclavian Veins), J. J. Sampson. "Am. Heart J.", 1943, 25, 313.

El autor describe cinco casos de trombosis primaria de las venas axilar y subclavia. Señala que es común que la compresión y trombosis de la subclavia pueda obedecer a rotación hacia atrás y arriba de la clavícula que estrecha el espacio entre el músculo subclavio y la margen superior del tercio interno de la primera costilla, por donde pasa la vena. Esta posición de la clavícula puede resultar de un movimiento del hombro hacia arriba y atrás, sin abducción del brazo. El autor admite la hipótesis de que la constitución corporal así como la postura, asociados a una primera costilla de curvatura horizontal y una clavícula dirigida hacia atrás, predispone a esta condición, así como a la compresión crónica de la vena subclavia. — *B. Moia.*

TROMBOSIS DE LAS VENAS SUBCLAVIA Y AXILAR, (Thrombosis of the Subclavian and Axillary Veins), J. Ross Veal y H. H. Hussey. "Am. Heart J.", 1943, 25, 355.

Durante los últimos cinco años los a. a. han observado cuarenta y seis casos, lo que demuestra que esta condición es más frecuente de lo que habitualmente se cree. En dieciséis casos la trombosis fué una complicación de la insuficiencia cardíaca. En diez fué el resultado de un esfuerzo o traumatismo; en dieciocho, secundaria a una neoplasia, y en dos a cicatrices axilares.

En la insuficiencia cardíaca la iniciación es habitualmente aguda y puede curar lentamente, pero habitualmente se producen graves complicaciones. Frecuentemente ocurren embolias y la progresión de la trombosis está favorecida por la lentitud de la circulación venosa. En las por esfuerzo o traumáticas, la trombosis se produce del lado derecho en los no zurdos y en el lado del traumatismo si esa es la causa. Prácticamente nunca se observan embolias, posiblemente por la falta de éxtasis sanguíneo previo. Se destaca la importancia de medir la presión venosa del brazo afectado en reposo y durante el ejercicio de la mano, así como de la venografía, no sólo para confirmar el diagnóstico sino determinar el sitio del obstáculo. Para evitar la embolia pulmonar, tan frecuente en los casos que complican a la insuficiencia cardíaca, se sugiere ligar preventivamente la vena subclavia. — *B. Moia.*

TERAPEUTICA

EVALUACION CLINICA DE LA CEDILANIDA, (Clinical evaluation of cedilanid), M. Sokolow y F. L. Chamberlain. "Ann. Int. Méd.", 1943, 18, 204.

Se estudiaron los efectos de la lanatosida C (glucosido puro, estable y cristalizado, derivado de la *digitalis lanata*), en 95 pacientes, administrándola tanto por vía bucal como endovenosa.

No se halló ninguna diferencia entre los efectos de esa droga y los de la *digitalis purpúrea*, administrados por vía bucal, demostrándose que se trata de un agente terapéutico poderoso para los casos de insuficiencia cardíaca congestiva con ritmo sinusal y para la fibrilación y el aleteo auriculares.

Tiene una rápida acción por vía endovenosa, lo que constituye su ventaja primordial; la dosis necesaria es tres veces mayor administrándola por la boca que por las venas. Además, parece absorberse tres veces más rápidamente que la *digitalis purpúrea* al administrarla oralmente.

Su dosis media de ataque es de 7,5 miligramos en tres días por vía bucal y de 1,6 miligramos en 24 horas por la endovenosa. La dosis media de sostenimiento es de 1,6 miligramos.

ACCION DE LA DIGITAL SOBRE LA CONDUCCION EN EL SINDROME DE INTERVALO PR CORTO Y COMPLEJO QRS PROLONGADO, (Action of digitalis on conduction in the syndrome of short PR interval and prolonged QRS complex), Th. T. Fox, J. Travell y L. Molofsky. "Arch. Int. Med.", 1943, 71, 206.

Describen el caso de un joven de 20 años de edad con una lesión neumónica caseosa del pulmón izquierdo y una lesión productiva en el vértice del pulmón derecho. El corazón estaba marcadamente desplazado hacia la izquierda, pero no existían evidencias de agrandamiento cardíaco o de insuficiencia cardíaca.

El e.c.g. mostró un PR corto (0,09"), complejos QRS anormales de 0,08 a 0,09" de duración y segmentos ST anormales. Un mes más tarde, el e.c.g. fué absolutamente normal, pero diez días después el PR era nuevamente corto, el QRS se había ensanchado hasta medir 0,10" y la T4 se había vuelto positiva.

En los dos años subsiguientes los trazados registrados, en número de 90, mostraron siempre idénticas características, salvo en lo que respecta a la duración del QRS que se extendió a 0,11 ó 0,12".

La administración de 0,4 gr. diarios de digital durante tres días provocó un marcado ensanchamiento del complejo QRS (de 0,10 a 0,14"), que desapareció inmediatamente al inyectarse 1,2 mgr. de sulfato de atropina por vía endovenosa.

La compresión de ambos senos carotídeos y la inyección subcutánea de 15 mgr. de mecholil provocó la aparición de un tipo supraventricular de ritmo nodal con complejos QRS similares a los del ritmo sinusal normal.

La atropina, administrada aisladamente, redujo siempre la duración del QRS, mientras que el prostigmin inyectado a continuación nuevamente la aumentó.

En ninguna de esas modificaciones existía relación entre la frecuencia cardíaca y la amplitud del complejo QRS.

Estos resultados sugieren que el síndrome es debido a un mecanismo de conducción aberrante que conexas el nódulo sinusal con uno de los ventrículos, existiendo además un factor vagal preponderante. — *J. González Videla.*

EL EFECTO DE LA ADMINISTRACION ENDOVENOSA DE LANATOSIDO C SOBRE EL GASTO, VOLUMEN DIASTOLICO Y EFICIENCIA MECANICA DEL CORAZON HUMANO INSUFICIENTE, (The Effect of the Intravenous Administration of Lanatoside C upon the Output, Diastolic Volume, and Mechanical Efficiency of the Failing Human Heart), J. S. La Due y G. Fahr. "Am. Heart J.", 1943, 25, 344.

El volumen sistólico se calculó por las medidas de las teleradioquimografías. En diez pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva severa y ritmo sinusal, después de 2 a 8 días de reposo preparatorio en cama, con restricción de líquidos, se hicieron las distintas mediciones antes y después de la administración endovenosa de 8 cc. de Lanatosido C. Se observó que habitualmente dentro de las dos horas aumenta la presión diferencial y disminuye el tiempo de circulación y la presión venosa. En cinco se observó reducción del volumen diastólico y en ocho aumento del gasto sistólico. En dos el volumen minuto estaba con anterioridad tan aumentado que era imposible esperar mayores aumentos. En los ocho con aumento del gasto cardíaco, el producto del volumen sistólico por la presión arterial media se mostró definitivamente elevado, mientras que el volumen diastólico disminuyó o permaneció igual. Dado que el volumen diastólico es un índice del consumo de O_2 , estos aumentos del trabajo resultantes de la administración del lanatosido C deben representar mejoría proporcional en la eficiencia mecánica del corazón de estos ocho enfermos.

En siete pacientes estudiados durante el período de compensación, se comprobó una disminución de 200 cc. o más en el volumen diastólico. En cuatro el volumen fué mayor que al iniciarse el experimento y en tres menor.

Por lo tanto, el hecho más consistente y duradero del efecto del lanatosido C sobre el corazón insuficiente parece ser la reducción de su volumen diastólico, o sea del consumo de O_2 . — *B. Moia.*

ESTUDIOS SOBRE LA ACCION DE LA QUINIDINA EN EL HOMBRE. I. MEDICION DE LA VELOCIDAD Y DURACION DEL EFECTO QUE SIGUE A LA ADMINISTRACION ORAL E INTRAMUSCULAR, (Studies on the action of quinidine in man. I. Measurement of the speed and duration of the effect following oral and intramuscular administration), E. L. Sagall, Ch. D. Horn y J. E. F. Riseman. "Arch. Int. Med.", 1943, 71, 460.

Tratan de determinar la rapidez y duración de acción de diferentes preparados de quinina y quinidina, administrándolos a dieciséis sujetos con ritmo cardíaco normal y controlando sus efectos por las alteraciones aparecidas en el e.c.g.

En todas las pruebas se produjo una prolongación del intervalo QT y en

la casi totalidad modificaciones cualitativas marcadas de la onda T. Estos cambios fueron observados en las cuatro derivaciones.

En general, el efecto electrocardiográfico a una única dosis apareció rápidamente después de la administración de la droga y aumentó prontamente, alcanzando un máximo en 1½ a 3 horas; el efecto se mantuvo a un nivel suavemente inferior durante 3 a 5 horas, a partir de las cuales disminuyó hasta desaparecer al cabo de 24 horas.

Cuando la droga se administró por vía intramuscular en lugar de la vía oral o a medida que la dosis por boca fué aumentada, el efecto se acentuó en su grado y duración y apareció más rápidamente.

La magnitud y duración de los cambios electrocardiográficos fueron menores con el sulfato de quinina que con el sulfato de quinidina.

El efecto de dosis repetidas fué aproximadamente igual a la suma de los efectos de las dosis individuales.

Estos resultados indican que en el tratamiento de las arritmias agudas la administración de quinidina debe ser repetida a intervalos de dos horas, lo que permite la observación del efecto de la dosis precedente y la continuación de la terapia con la mínima pérdida de tiempo. Si se desea un control más rápido de la frecuencia, los intervalos pueden ser reducidos a una hora siempre que el peligro de la continuación del ritmo normal sea mayor que el de la dosis excesiva.

Debe darse preferencia para la administración de la droga a la vía intramuscular que es más constante, proporciona una más rápida respuesta y elimina la posibilidad de una absorción irregular de la medicación oral. — *J. González Videla.*

EXTRACTO PANCREÁTICO DESINSULINIZADO EN EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES VASCULARES PERIFÉRICAS, (Pancreatic tissue extract (insulin-free) in the treatment of peripheral vascular disease), C. Klein, G. Saland y H. Zurrow. "Ann. Int. Med.", 1943, 18, 214.

Se estudiaron los efectos inmediatos de la inyección de tres diferentes marcas de extracto pancreático desinsulinizado; en nueve enfermos y los de la administración prolongada en veinticuatro casos, controlados con otros quince en los que no se efectuó ese tratamiento.

No se comprobaron modificaciones en el tiempo de la claudicación, dentro de la media hora de la inyección intramuscular. En cambio se comprobó mejoría sobre dicho tiempo y el dolor en reposo después de la administración prolongada. No se obtuvo ningún efecto sobre el estado anatómico de los vasos y tejidos de los miembros afectados, así como tampoco sobre la reserva vascular (capacidad de vasodilatación).

El tratamiento prolongado consistió en la inyección intramuscular de 3 cc. del extracto, efectuada tres veces por semana durante seis a dieciocho meses. — *M. Joselevich.*