

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

OBSERVACIONES SOBRE LA NATURALEZA DE LAS ONDAS RESPIRATORIAS EN EL GRAFICO DE PRESION ARTERIAL. (*Somme observations on the nature of the respiratory waves in arterial blood pressure*), por R. H. Trimby y H. C. Nicholson. "Amer J. Physiol.", 1940, 129, 289.

Varios factores intervienen en la producción de las variaciones respiratorias de la presión arterial. Entre ellos pueden citarse cambios de frecuencia cardíaca, cambios de presión en las grandes arterias, cambio del relleno de la aurícula derecha y cambios en la capacidad del lecho capilar pulmonar.

Este último factor fué investigado en perros. Cuando la ventilación pulmonar artificial se realizaba mediante disminuciones rítmicas de la presión en la superficie externa del pulmón, se observaron ondas respiratorias netas en el trazado de la presión arterial. Estas se caracterizaban por un descenso inspiratorio y ascenso espiratorio. Por el contrario, cuando la ventilación pulmonar se efectuaba forzando el aire a través de los bronquios, ocurría un ascenso inspiratorio y un descenso espiratorio.

La inspiración producida como en condiciones naturales, provoca un aumento de la capacidad del lecho capilar pulmonar. A éste se debe por lo menos en parte, el descenso inspiratorio de presión arterial que se observa normalmente y es, posiblemente, un factor importante para atenuar y retardar el aumento de presión que determinaría el aumento del lleno de la aurícula derecha durante la inspiración. — *E. Braun Menéndez.*

CONTRIBUCION AL ESTUDIO FISIOPATOLOGICO DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA, (*Contribution à l'étude physiopathologique de la vitesse de circulation*), C. David e I. Bouvrain. "Arch. des Mal. du Coeur", 1940, 33, 147.

En 150 sujetos practican la medición de la velocidad circulatoria empleando para ello el sacarinato o el hidrocólato de sodio, con los cuales el tiempo normal de circulación oscila entre 10 y 17".

En 19 enfermos existía un agrandamiento cardíaco moderado con una velocidad circulatoria normal. Nueve de ellos no presentaban ningún signo de insuficiencia cardíaca y los otros diez sufrían de diversos trastornos funcionales.

En 6 enfermos existía una velocidad disminuída con volumen cardíaco normal: de ellos, 3 padecían de estenosis mitral con marcado éstasis pulmonar y los 3 restantes presentaban un alargamiento y dilatación francos de la aorta.

En los otros 77 casos en que la velocidad circulatoria estaba disminuída existía un agrandamiento cardíaco manifiesto.

Hay pues una evidente relación entre el aumento de volumen del corazón y el aumento del tiempo de circulación. El hecho de que en algunos casos pueda haber una velocidad circulatoria normal a pesar del agrandamiento cardíaco se explicaría por la conservación de una buena tonicidad miocárdica. La existencia de retardo circulatoria en los pacientes con volumen cardíaco normal es imputable al éstasis pulmonar o al aumento de longitud y diámetro de la aorta. — *J. González Videla.*

EFECTO DEL EJERCICIO SOBRE EL VOLUMEN DE LA SANGRE, (*The effect of exercise on the volume of the blood*), N. L. Kaltreider y G. R. Meneely. "J. of Clin. Invest.", 1940, 19, 627.

En los sujetos normales se observa, después de un ejercicio moderado, una disminución rápida y franca del volumen del plasma, con disminución paralela del volumen de sangre. Al mismo tiempo se comprueba un aumento de la viscosidad, de la hemoglobina, de las proteínas del suero y de las presiones arterial y venosa. En cambio el volumen globular varía poco e irregularmente.

Con un ejercicio fatigante, el descenso del volumen plasmático se acentúa y persiste más tiempo, mientras el volumen globular aumenta en forma ligera.

El aumento del número de eritrocitos y de la concentración de hemoglobina se produce por el aporte de nuevos elementos celulares, pero solo cuando se realiza un ejercicio fatigoso. En caso contrario, dicho aumento se debe especialmente al pasaje, hacia los espacios intersticiales, de líquido pobre en proteínas.

Modificaciones similares del volumen sanguíneo se producen en los cardíacos compensados durante y después de efectuarse el ejercicio. — *M. Joselevich*.

SEMILOGIA

LA APLICACION CLINICA DE LA DETERMINACION DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA, (*Clinical application of the determination of circulation time*), S. Baer. Ann. of Int. Med.", 1940, 13, 2246.

En 169 personas normales el tiempo brazo-pulmón varió entre 3 y 9 segundos (5.8 término medio); el tiempo brazo-lengua varió entre 8 y 16.5 (término medio 12.3 segundos), en 133 personas normales. Se utilizó para esas pruebas el éter y el gluconato de calcio.

La velocidad circulatoria se halla acelerada en la anemia y el hipertiroidismo y prolongada en la policitemia y el mixedema.

En la insuficiencia cardíaca, la prueba del gluconato se halla prolongada y muchas veces también la del éter. Por ese motivo, una prueba del éter normal habla en contra de la insuficiencia ventricular derecha, lo que puede facilitar el diagnóstico en las afecciones pulmonares crónicas en las que la participación cardíaca resulta a veces difícil de resolver. — *M. Joselevich*.

DEMOSTRACION RADIOLOGICA DE LA HIPERTROFIA DEL VENTRICULO IZQUIERDO, (*Roentgenologic demonstration of left ventricular hypertrophy*), G. Levene y R. M. Lowman. "Am. Heart J.", 1940, 19, 401.

Desde el punto de mayor saliencia de la sombra del ventrículo izquierdo, se dirige una perpendicular a la línea que une el surco a-v izquierdo y la punta del corazón; esta perpendicular representaría el espesor de la pared del V.I.

En 100 casos no seleccionados controlan la medición radiológica con la medición obtenida en la necropsia, existiendo en los promedios una diferencia de sólo un milímetro; las variaciones individuales son más frecuentes en los corazones hipertrofiados, y en tales casos la medición postmortem es mayor que la obtenida en vida, posiblemente debido al distinto estado de tono miocárdico.

No se pudo demostrar una relación entre el grado de hipertrofia del V.I. y la desviación a la izquierda del eje eléctrico en el electrocardiograma. — *R. Vedoya.*

EL RADIOQUIMOGRAMA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO. I. LAS ANORMALIDADES EN LA CONTRACCION DEL VENTRICULO IZQUIERDO, (The roentgenkymogram in myocardial infarction. I, The anomalies in left ventricular contraction), M. L. Sussman, S. Dack y A. M. Master. "Am. Heart J.", 1940, 19, 453.

Analizan las características del radioquimograma en 200 casos de infarto de miocardio, observando las siguientes anomalías:

- a) Disminución o ausencia localizada de pulsaciones.
- b) Expansión sistólica completa o pulsación paradójal.
- c) Expansión sistólica parcial, indicada por expansión precoz en la sístole o retardo en la terminación de la sístole.
- d) Acentuada irregularidad o melladura diastólica.

Estas anomalías se encontraron en el 75% de los casos, ya se trate de infarto de miocardio reciente o antiguo; los signos suelen persistir indefinidamente, aunque en ocasiones se observó una atenuación progresiva hasta la desaparición total, o bien los signos se acentúan gradualmente.

Los signos radioquimográficos permiten usualmente hacer el diagnóstico de infarto de miocardio; sin embargo, un radioquimograma persistentemente normal no excluye la posibilidad de su existencia. — *R. Vedoya.*

EL RADIOQUIMOGRAMA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO. II. CORRELACION CLINICA Y ELECTROCARDIOGRAFICA, (The roentgenkymogram in myocardial infarction. II. Clinical and electrocardiographic correlation), S. Dack, M. L. Sussman y A. M. Master. "Am. Heart J.", 1940, 19, 464.

En 200 casos de infarto de miocardio reciente o antiguo, se relaciona la evolución clínica con las modificaciones del ECG y los signos radioquimográficos. Existe una estrecha correlación entre la frecuencia y grado de los signos radioquimográficos y la evolución clínica, juzgada por la severidad del ataque y el grado de recuperación.

A menudo el radioquimograma presenta signos característicos de infarto de miocardio, mientras que el ECG es normal o atípico; por otra parte el radioquimograma puede ser normal o desaparecer los signos patológicos, mientras que persisten alteraciones típicas del ECG. Ambos métodos de examen se complementan mutuamente.

En los casos de infarto de pared posterior, se observan modificaciones del quimograma postero-anterior tan frecuentemente como el infarto de pared anterior. Sólo en pocos casos de infarto de miocardio, tanto de cara posterior como de cara anterior, las modificaciones del quimograma se visualizan mejor en posición oblicua izquierda que en posición postero-anterior; los autores intentan una explicación de este hecho, basada en la disposición anatómica de los fascículos musculares del ventrículo. — *R. Vedoya.*

PATOLOGIA

RELACION ENTRE DISTRIBUCION ANATOMICA Y ALTERACIONES PATOLOGICAS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, (Relation of anatomic pattern to pathologic conditions of the coronary arteries), M. J. Schlesinger. "Arch. Path.", 1940, 30, 403.

El autor ha estudiado gran número de corazones normales y patológicos mediante una modificación de la técnica de Gross que consiste en inyectar en el sistema coronario una mezcla opaca agar-fosfato de plomo y radiografiar el corazón extendido.

La distribución de las arterias coronarias es distinta de un corazón al otro. A pesar de esta gran variabilidad puede sin embargo clasificarse a los corazones en tres grupos diferentes en sus caracteres anatómicos y funcionales.

En el grupo I que comprende el 48% de los corazones humanos la arteria coronaria derecha predomina en la irrigación del corazón; estos corazones están colocados en una posición intermedia con respecto a los corazones de los otros dos grupos, en lo que se refiere a su reacción ante la arterioesclerosis coronaria.

En el grupo II, que comprende el 34% de los corazones humanos, la irrigación del corazón está repartida entre las dos coronarias izquierda y derecha; estos corazones son los que menos sufren de los efectos de la arterioesclerosis coronaria.

En el grupo III, que comprende el 18% de los corazones humanos, la coronaria izquierda predomina en la distribución de sangre al corazón; estos corazones son los que más sufren de los efectos de la esclerosis coronaria. — *E. Braun Menéndez.*

MODIFICACIONES CARDIACAS EN EL EMBARAZO, NO RELACIONADAS A LOS USUALES TIPOS ETIOLOGICOS DE CARDIOPATIA, (Cardiac changes in pregnancy unrelated to the usual etiological types of heart disease), W. A. Sodeman. "Am. Heart J.", 1940, 19, 385.

Se analizan las anormalidades cardíacas observadas en embarazadas que presentaban corazones aparentemente normales antes de la gestación. Tales anormalidades se pueden dividir en tres grupos:

a) "Cambios fisiológicos" extremadamente variables, a veces lo suficientemente acentuados como para provocar errores de diagnóstico, lo cual sucedió 7 veces sobre un total de 73 casos. Se incluyen en este grupo las modificaciones del aparato cardiovascular que constituyen la llamada "cardiopatía de la gestación": disnea, palpitaciones, soplo sistólico basal o apical, reforzamiento del 2º tono, ritmo de galope, taquicardia, extrasístoles, agrandamiento cardíaco hacia la izquierda, edema maleolar.

Aunque el mecanismo de producción de estas anormalidades cardiovasculares no es bien conocido, se señalan tres factores que pueden intervenir en su producción: a) aumento del trabajo cardíaco durante el embarazo; b) cambios de la posición del corazón y c) efecto de la placenta, actuando como una fistula arteriovenosa.

b) La insuficiencia cardíaca, derecha o izquierda, aguda o crónica, puede aparecer en el curso de la toxemia hipertensiva o de la nefritis hemorrágica aguda del período ante-partum. Sus manifestaciones dependen del estado patológico subyacente y son tan variables como el grupo heterogéneo de condiciones incluidas en el término "toxemia hipertensiva".

c) La insuficiencia cardíaca puede aparecer también 2 a 4 semanas después del parto, aun cuando no existan manifestaciones durante la gestación. Señalan la existencia de dos grupos, uno con nefritis y otro sin nefritis, siendo similares las manifestaciones cardiovasculares: disnea súbita, dilatación cardíaca, reforzamiento del 2º tono en foco pulmonar, ritmo de galope, modificaciones del ECG, edemas, hipertensión diastólica.

La nefritis hemorrágica parece estar relacionada con un proceso séptico puerperal. — *R. Vedoya.*

CONSIDERACIONES SOBRE 57 OBSERVACIONES ANATOMOCLINICAS DE AORTO-CORONARIO-MIOCARDITIS, (Considérations sur cinquante-sept observations anatomocliniques d'aorto-coronaro-myocardites), Ch. Laubry y J. Lenègre. "Arch. des Mal du Coeur", 1940, 33, 97.

Los autores analizan 57 casos con lesiones aorto-coronario-miocárdicas prolijamente estudiados desde el punto de vista clínico y con cuidadoso control necrópico. Las lesiones arteroesclerosas interesaban a la vez la aorta y las arterias coronarias en 48 casos. Las alteraciones aórticas se encontraban en 50 paciente y las coronarianas en 55. Casi siempre las lesiones coronarias fueron bilaterales y difusas: aterosclerosis simple sin estrechamiento de la luz arterial, aterosclerosis con espesamiento de la endarteria y estenosis, trombosis arterial completa. Las lesiones miocárdicas eran localizadas o difusas y afectaban con marcada predilección el ventrículo izquierdo. El ventrículo derecho estaba casi siempre indemne, a pesar del ataque frecuente de la coronaria derecha. En 32 casos existían uno o más infartos de miocardio, cuya topografía no tenía siempre la sistematización vascular que indican las ligaduras experimentales.

Las lesiones endocárdicas revestían dos tipos principales: la endocarditis crónica de tipo degenerativo y la endocarditis tromboante, las dos casi siempre parietales e interesando el endocardio del ventrículo izquierdo. La trombosis de las aurículas fué relativamente frecuente, asentado casi siempre en la aurícula derecha.

Las lesiones pericárdicas fueron muy frecuentes (50%) y de una gran variedad.

Esta estadística sugiere las siguientes reflexiones:

El dolor anginoso se observa sobre todo en las trombosis coronarias y de una manera general cuando coexisten graves obstáculos a la circulación coronaria y lesiones miocárdicas en foco. Pero muchos infartos, particularmente cuando son consecuencia de lesiones no estenosantes y puramente arteroesclerosas, no determinan a veces sintomatología dolorosa.

Las alteraciones e.c.g. son tanto menos características cuanto más graves y difusas son las lesiones aorto-coronario-miocárdicas, debido a que con la progresión

de la lesión las nuevas modificaciones del trazado se superponen a las anomalías anteriores ya en vías de regresión.

La observación de algunos casos de infarto con coronarias indemnes o por lo menos sin trombosis o estenosis obliga a pensar que la detención de la circulación no es una razón suficiente y constante del infarto de miocardio. Es forzoso pues invocar en la patogenia del infarto otros factores, aparte del isquémico, que bien pudieran ser reacciones vasomotrices intensas y repetidas. — *J. González Videla.*

HIPERTROFIA CARDIACA: CUARENTA Y DOS CORAZONES CUYO PESO ERA DE 750 GRAMOS O MAS, (*Cardiac hypertrophy; forty-two hearts weighing 750 grams or more*), G. F. Strong y D. S. Munroe. "Ann. Int. Med.", 1940, 13, 2253.

En 42 de las 1372 autopsias efectuadas en el "Vancouver General Hospital" durante los años 1937-38, se encontraron 42 corazones que pesaban el doble de lo normal.

El análisis de esos casos permite establecer la escasa importancia de la sínfisis pericárdica como factor etiológico en el desarrollo de las grandes dilataciones cardíacas. Las causas inflamatorias (reumatismo y sífilis) eran a su vez mucho menos importantes que las degenerativas (hipertensión arterial y esclerosis coronaria). De las lesiones valvulares, las más importantes eran las aórticas (insuficiencia), pudiéndose decir que la combinación de la hipertensión arterial y la esclerosis coronaria era lo que producía los mayores agrandamientos cardíacos. — *M. Joselevich.*

LA FIEBRE EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA, (*Fever in congestive heart failure*), D. Kinsey y P. D. White. "Arch. Int. Med.", 1940, 65, 163.

Analizan 200 casos de insuficiencia congestiva consecutiva a las más variadas cardiopatías y comprueban que solamente cuatro no presentaron elevación de la temperatura rectal durante su permanencia en el hospital.

De los 81 pacientes que fallecieron en el hospital, en 50 pudo realizarse un examen necrópsico; en estos 50 casos se encontró siempre por lo menos una complicación a la que la fiebre pudiera atribuirse. En los 31 casos restantes, una complicación era manifiesta en 27 y presumible en 4.

De los 119 pacientes que sobrevivieron, 4 no presentaron en ningún momento elevación de la curva térmica ni alguna complicación. Los restantes acusaron temperatura rectal por encima de la normal, atribuible en 93 de ellos a la existencia de una complicación diagnosticada o sospechada. En sólo 22 casos no pudo siquiera presumirse la causa de la hipertemia, pero ésta fué siempre de muy escaso grado.

El ascenso de la temperatura en un caso de insuficiencia cardíaca congestiva debe pues considerarse como probable evidencia de alguna complicación; por lo general ésta es en orden de frecuencia: infarto pulmonar, infección pulmonar (especialmente bronconeumonía), infección reumática activa y trombosis coronaria aguda. — *J. González Videla.*

CARDIOPATIAS CONGENITAS Y VALVULARES

ESTUDIO CLINICO, ELECTROCARDIOGRAFICO, TELERRADIOGRAFICO, FONOCARDIOGRAFICO Y DE ORIENTACION PROFESIONAL EN LAS CARDIOPATIAS ENCONTRADAS EN 10.000 ESCOLARES.

J. M. Macera, A. Ruchelli y R. Caig. "Semana Méd. 1940", 1, 983.

Los autores han efectuado un estudio sistemático del aparato cardiovascular de 10.000 escolares encontrando un porcentaje de cardiopatías orgánicas (adquiridas y congénitas) del 2,4%, correspondiendo el 2,1% a las adquiridas y el 0,39% a las congénitas. Soplos accidentales se encontraron en el 4,27%.

En las 201 cardiopatías adquiridas se encontró como factor etiológico a la fiebre reumática en el 50,24% acusando otro 25,42% antecedentes de espitaxis a repetición. En consecuencia la carditis reumática se encuentra en el 0,64% de los 10.000 escolares examinados. De las cardiopatías adquiridas el 0,98% corresponde a insuficiencias mitrales; el 0,16% a enfermedades mitrales (confirmadas y probables) y el 0,82% a cardiopatías en potencia. El electrocardiograma demostró en el 82,81% de las dos primeras la existencia de alteraciones miocárdicas, bien definida en el 24,24% mientras que las últimas solo presentaron alteraciones electrocardiográficas en el 70,76%, bien definidas en el 24,61%. Las alteraciones más frecuentes en las cardiopatías adquiridas fueron modificaciones de la onda P y desviación del eje eléctrico a la izquierda 2 veces más frecuentes que a la derecha.

Sobre 21 niños con soplos accidentales se han encontrado 9 con trastornos electrocardiográficos. En 5 de ellos, reumáticos los trastornos eran francos y en los 4 restantes (50% con antecedentes reumáticos) eran ligeros. Todo soplo sistólico de punta de intensidad +, ++, +++ debe ser estudiado en forma completa desde que las investigaciones realizadas demuestran que estos pueden ser de naturaleza orgánica. El estudio radiológico en las distintas posiciones, con relleno esofágico permitió catalogar como cardiopatías orgánicas a 20 niños sobre un total de 23 casos dudosos que presentaban soplos sistólicos en la punta de intensidad +, ++ y +++ y que no tenían propagación axilar. El estudio fonocardiográfico resultó útil para el diagnóstico y para determinar el estado de evolución de la afección valvular.

En el 3,6% de los casos se encontró enfermedad de Roger.

Los autores consideran como cardiopatas en potencia: 1º todo niño con antecedente de reumatismo o corea; 2º todo niño con trastornos electrocardiográficos; 3º todo niño con un soplo sistólico de punta, constante, de débil intensidad, sin propagación axilar y variable de intensidad, donde la telerradiografía no acusa anormalidad, pudiendo o no existir antecedentes reumáticos o coreicos. (En las estadísticas analizadas solo se consideran como cardíacos en potencia a los correspondientes a los grupos 2 y 3).

Finalizan los autores haciendo el cálculo de la probable cantidad de escolares cardíacos relacionando las cifras halladas con las calculadas para la población escolar y destacando la importancia que debe acordarse a la orientación profesional de estos escolares cardíacos. — B. Moia.

ESTRECHEZ MITRAL PURA EN PERSONAS JOVENES, (*Pure mitral stenosis in young persons*), B. J. Walsh, E. F. Bland y T. Duckett Jones. "Arch. Int. Med.", 1940, 65, 321.

Los autores estudian detenidamente 81 pacientes con estenosis mitral pura y edad por debajo de 20 años. En 21 pacientes que no presentaban evidencia clínica la agresión cardíaca después del primer ataque reumático, se pudo observar la aparición y la progresión ulterior de los signos físicos hasta el establecimiento de la estenosis mitral pura. Dicha afección valvular se presentó después de transcurridos por lo menos 3 años del ataque inicial de fiebre reumática. En la mayoría de los pacientes apareció durante el 2º lustro, pero en un número considerable se presentó durante el 3º y el 4º. Ello prueba que el desarrollo de la deformidad valvular requiere probablemente un mínimo de 2 años, haciéndose en la mayor parte de los casos en un plazo considerablemente mayor.

La fiebre reumática revistió en casi todos los pacientes un carácter suave, pareciendo por lo tanto que ello favorece el desarrollo de esa lesión. Llama también la atención el alto porcentaje de pacientes (73%) sin agrandamiento cardíaco, lo que constituye una indicación importante de la relativa suavidad de la agresión reumática. Si a todo ello se agrega el mantenimiento de una excelente reserva funcional y la ausencia de serias complicaciones puede concluirse que esta deformidad se origina fundamentalmente de un tipo benigno de infección reumática. — *J. González Videla*.

LESION MITRAL Y COMUNICACION INTERVENTRICULAR, (*Lésion mitrale et communication interventriculaire*), R. Lutembacher. "Arch. des Mal. du Coeur", 1940, 33, 168.

Caso de estenosis mitral con comunicación interventricular en un niño de 8 meses. El pulmón muestra múltiples focos de condensación con el aspecto de una congestión aguda reumatismal. Existe además una endocarditis plástica cuya naturaleza sífilítica o reumática no puede ser precisada. — *J. González Videla*.

ESTENOSIS AORTICA CALCAREA: RELATO DE NUEVE CASOS CON AUTOPSIA, (*Calcareous aortic stenosis: report of nine cases with autopsy findings*), L. Cohen, I. Gray, Ph. I. Nash y H. Fink. "Ann. Int. Med.", 1940, 13, 2091.

Aunque esta enfermedad se observa en general en personas de cierta edad, puede encontrarse también en los más jóvenes. Es más frecuente en los varones, siendo su *etiología* muy discutible: los factores causables más probables son: 1) arterioesclerosis; 2) fiebre reumática; 3) endocarditis bacteriana curada; 4) procesos sobreagregados a malformaciones de las sigmoideas.

El *síntoma* característico lo constituye el soplo sistólico con frémito, acompañado a veces de un soplo sistólico apexiano (cuando la lesión toma también la mitral) y menos a menudo de otro aórtico diastólico. La *evolución* se caracteriza por una buena tolerancia y aún una falta de síntomas subjetivos, hasta que aparecen dos de las manifestaciones que frecuentemente terminan con la vida de estos enfermos: 1) la *angina de pecho* y 2) el *síncope*. — *M. Joselevich*.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CALCIFICACIONES VALVULARES EN CARDIOPATIAS REUMATICAS Y NO REUMATICAS. (Comparative study of valvular calcifications in rheumatic and in nonrheumatic heart disease). B. S. Spstein. "Arch. Int. Med.", 1940, 65, 279.

El autor examina 148 casos de cardiopatía reumática y 125 de afección cardíaca no reumática en los que pudo practicarse un examen necrópsico, comprobándose en 64 y 27 de ellos respectivamente la existencia de calcificaciones valvulares.

En el grupo reumático la calcificación en las válvulas aórticas se acompaña de extensos cambios y calcificación de la válvula mitral en los pacientes por debajo de los 30 años de edad. Por encima de los 40 años, la incidencia de calcificaciones de las válvulas aórticas aumentó bruscamente pero en cambio la asociación con depósitos calcáreos en la válvula mitral no resultó tan frecuente.

En los pacientes con cardiopatías no reumáticas los defectos valvulares concomitantes fueron relativamente raros y los hallazgos auscultatorios no fueron significativos.

El peso de los corazones con válvulas calcificadas fué independiente de la presencia de calcificaciones. La existencia de éstas carece de significación pronóstica, pues no influye sobre la duración de los síntomas ni sobre la incidencia de insuficiencia congestiva. — *J. González Videla.*

INSUFICIENCIA AORTICA FUNCIONAL. (Functional aortic insufficiency). C. F. Garvin. "Ann. Int. Med.", 1940, 13, 1799.

Los 14 casos de insuficiencia aórtica funcional fueron seleccionados entre 200 observaciones de insuficiencia cardíaca en hipertensos autopsiados en el "Cleveland City Hospital".

La importancia de este estudio radica en el hecho de que en varios de los casos analizados se había formulado el diagnóstico de I. A. orgánica (por esclerosis o sífilis arterial), comprobándose en la autopsia que las sigmoides estaban sanas y que el anillo aórtico se hallaba dilatado. La insuficiencia aórtica funcional sería así más frecuente e importante de lo que habitualmente se cree, en los casos de insuficiencia cardíaca con hipertensión arterial. — *M. Joselevich.*

INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

ENDOCARDITIS BACTERIANA SUPERPUESTA EN VALVULITIS SIFILITICA DE LA AORTA. (Bacterial endocarditis superimposed on syphilitic aortic valvulitis). J. Wright y P. M. Zeek. "Am. Heart J.", 1940, 19, 587.

Se comentan 5 casos de endocarditis bacteriana desarrollada sobre una valvulitis sífilítica, sin evidencia macro o microscópica de cardiopatía reumática o congénita. La mayor frecuencia de esta asociación en el Cincinnati General Hospital se debería a la mayor frecuencia de la valvulitis sífilítica en la raza negra. — *R. Vedoya.*

ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y AORTITIS SIFILITICA, (*Endocardite infectieuse et aortite syphilitique*). J. Bret. "Arch. des Mal. du Coeur", 1940, 33, 173.

Caso de aortitis luética con insuficiencia aórtica en el que aparece una endocarditis infecciosa a marcha rápida, comprobándose en la necropsia una endocarditis úlcero-vegetante y una aortitis sifilítica. — *J. González Videla*.

ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA, (*Subacute bacterial endocarditis in older people*), T. B. Bayles y W. H. Lewis. "Ann. Int. Med.", 1940, 13, 2154.

Se estudiaron 28 casos de "endocarditis bacteriana subaguda" desarrollada en personas cuya edad estaba comprendida entre los 40 y 72 años.

De esos 28 casos autopsiados, solo 14 habían sido diagnosticados en vida, contrastando esa pequeña proporción con la de las personas menores de 40 años: en todos los casos de sujetos jóvenes autopsiados en el mismo servicio del "Bellevue Hospital", el diagnóstico de la E.B.S. había sido formulado antes de la muerte.

Las principales diferencias con la E.B.S. de los jóvenes son: 1) la lesión sobre la que se injerta a menos a menudo reumática (57% de los casos, fiebre reumática; 25%, arterioesclerosis; 7%, sífilis y 11%, malformación congénita). 2) los síntomas clínicos son menos acentuados que en los jóvenes siendo a menudo negativo el hemocultivo (en el 47% de los casos) y más frecuentes la insuficiencia cardíaca congestiva y la uremia. — *M. Joselevich*.

ENFERMEDAD REUMÁTICA DE LA VALVULA TRICUSPIDEA, (*Rheumatic disease of the tricuspid valve*), M. D. Altschule y E. Budnits. "Arch. Path.", 1940, 30, 7.

Los autores presentan y comentan las observaciones anatomopatológicas realizadas en dos pacientes estudiados en vida desde el punto de vista del funcionalismo cardíaco.

El síndrome clínico de la enfermedad reumática de la tricúspide está caracterizado por: distensión y aumento del diámetro de todas las venas visibles, hepatomegalia, pulsaciones sistólicas hepáticas y venosas (cuando no existe fibrilación auricular también presistólica), cianosis, ictericia, agrandamiento cardíaco a la derecha, y soplos en la región tricuspídea. Los signos de cirrosis del hígado o de insuficiencia cardíaca congestiva pueden complicar el cuadro.

La condición patológica especial causante de este síndrome consiste en insuficiencia y estenosis (de grado variable) de la válvula tricúspide, dilatación de la aurícula derecha y de las venas y cirrosis hepática.

El volumen minuto cardíaco es normal cuando no existe insuficiencia congestiva. Sin embargo la presión venosa está elevada debido a la obstrucción al influjo de sangre al corazón. Cuando aparece insuficiencia cardíaca el débito cardíaco disminuye y la presión venosa se eleva más aún. — *E. Braun Menéndez*.

ELECTROCARDIOGRAFIA

VARIACIONES EN LAS DERIVACIONES PRECORDIALES DEL ELECTROCARDIOGRAMA. COMUNICACION DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS SOBRE 100 SUJETOS NORMALES, (Variations in normal precordial electrocardiograms. A report of observations on 100 normal subjects), R. L. Shanno. "Am. Heart J.", 1940, 19, 713.

En 100 estudiantes del sexo femenino, sin afección demostrable del aparato cardiovascular, registran derivaciones precordiales múltiples (CF₁ a CF₆) de acuerdo a las recomendaciones del comité anglo-americano (1938).

Onda P. — Tiende a ser negativa o isoeleétrica; cuando positiva no excede de un mm.

Complejo QRS. — El voltaje total varía dentro de amplios límites, pero tiende a disminuir cuando se desplaza el electrodo de derecha a izquierda. La onda Q se observa en el 20% de los casos en CF₅ y CF₆, pero nunca excede de 5 mm. La onda R varía ampliamente, excediendo en ocasiones de 21 mm., pero en todas las derivaciones mide en la mayoría de los casos de 3 a 7 mm. La onda S disminuye de voltaje a medida que se desplaza el electrodo hacia la izquierda; en CF₁ la mayoría mide de 18 a 19 mm., y en CF₆ de 0 a 3 mm.

Onda T. — Fué usualmente negativa en CF₁, donde el 70% mide de -1 a -3 mm.; en CF₂ es positiva, manteniendo el mismo promedio de altura en todas las derivaciones (2 a 4 mm.). Fué 5 veces negativa en CF₂, una vez en CF₃ y otra en CF₄; además, en 3 casos fué isoeleétrica en CF₂ y en otro caso en CF₃. — R. Vedoya.

UN ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES PRECORDIALES EN SUJETOS CON DEXTROCARDIA CONGENITA Y SITUS INVERSUS VISCERUM, (A study of precordial leads in subjects with congenital dextrocardia and situs inversus viscerum), A. T. Ogaard, N. W. Voorhies, G. E. Burch y S. C. Cordill. "Am. Heart J.", 1940, 19, 501.

En 7 sujetos con dextrocardia registran derivaciones precordiales múltiples, de acuerdo a la técnica recomendada por la comisión anglo-americana (1938), pero situando los puntos precordiales hacia la derecha para mantener sus relaciones con el corazón.

Los trazados así registrados son casi idénticos a los obtenidos en sujetos normales con la técnica usual. — R. Vedoya.

EL EFECTO INMEDIATO SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA DE LA INYECCION ENDOVENOSA DE NEOSALVARSAN EN CASOS DE AORTITIS SIFILITICA. (The immediate effects of the intravenous administration of Neoarsphenamine on the electrocardiogram in cases of syphilitic aortitis), C. L. Tung y J. W. Mu. "Am. Heart J.", 1940, 19, 529.

En 22 sujetos que padecen aortitis sifilítica con insuficiencia aórtica, comparan los electrocardiogramas registrados antes y después de la inyección endovenosa

de Neosalvarsán. A las pocas horas de la inyección se observaron en dos casos accentuadas modificaciones del complejo ventricular, y alteraciones de menor grado en otros cinco casos. Los autores creen que ello es debido a una reacción de las lesiones sífilíticas de la aorta, con obstrucción de las bocas coronarias y el consiguiente efecto pernicioso sobre la irrigación del miocardio. — *R. Vedoya.*

TRASTORNOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN DIEZ ENFERMOS DE COREA, J. M. Macera y A. P. Ruchelli. "El Día Médico", 1940, 12, 88.

En 10 casos de corea de Sydenham en período agudo se encontraron alteraciones electrocardiográficas en el 100% de los casos, discretas en el 10%, moderadas en el 50%, definidas en el 20% y francas en el 20%. Se encontraron alteraciones de P en el 20%, bloqueo a.v. de primer grado en el 50%; melladuras, espesamiento o ensanchamiento de QRS en el 90%; SI de profundidad por lo menos mayor del 25% del accidente mayor en el 40%; alteraciones de T en dos o más derivaciones en el 30%; alargamiento de QT en el 40%; desviaciones del eje eléctrico en el 40%. En los enfermos estudiados la corea se asociaba al reumatismo en el 70% y el 40% tenía lesiones valvulares. La coincidencia de las alteraciones electrocardiográficas registradas en la corea con las que se observan en el reumatismo refuerza los argumentos existentes hasta hoy en favor de la etiología reumática para esta enfermedad. En base a estas investigaciones todo coreico debe ser estudiado cuidadosamente desde el punto de vista electrocardiográfico y considerado desde el punto de vista pronóstico tratamiento y social como un reumático y si tiene secuelas miocárdicas su situación debe equipararse a la del cardíaco en general. — *B. Moia.*

LAS MODIFICACIONES DEL COMPLEJO VENTRICULAR ELECTRICO EN EL CURSO DE LAS PERIGARDITIS CON DERRAME, (*Les modifications du complexe ventriculaire électrique au cours des péricarditis à épanchement*), R. Levy y M. Esvan. "Arch. des Mal. du Coeur", 1940, 33, 133.

Con el fin de precisar el valor semiológico y la patogenia de las anomalías de los complejos ventriculares en las pericarditis con derrame, los autores analizan tres casos personales y numerosas observaciones encontradas en la literatura médica en las que el e.c.g. evidenciaba alteraciones; no consideran en este estudio de conjunto, los casos de pericarditis brightica y de hemopericardio, por cuanto en ellos el factor causal de las alteraciones e.c.g. no puede establecerse con certidumbre.

En 36 casos se observó anomalías de la onda T consistentes en inversión o aplanamiento en 1 o más derivaciones, asociadas en un cierto número de casos a una reducción del voltaje de los complejos.

En 63 casos, los trazados mostraban anomalías combinadas del segmento ST y de la onda T, que en algunos casos se asociaban a otras alteraciones del complejo ventricular, consistentes principalmente en una reducción del voltaje y eventualmente en un espesamiento o presencia de una melladura de la onda rápida.

Las anomalías del segmento ST y de la onda T pueden presentarse bajo

diferentes aspectos: a) neto desnivel positivo del segmento ST formando una especie de cúpula a concavidad superior terminada por la onda T positiva.

b) Segmento ST menos elevado pero de forma francamente curvilínea con onda T generalmente negativa y aguda.

e) Excepcionalmente, ligero desnivel positivo del segmento ST con onda T bifásica o negativa en II y III.

Estas diferentes anomalías se observan principalmente en las 3 derivaciones o en las 2 primeras solamente.

En los trazados registrados en serie se asiste frecuentemente al pasaje de la primera variedad a la segunda como si se tratara de distintas etapas evolutivas.

Parece que la naturaleza de la pericarditis juega un rol primordial en el determinismo de los tipos gráficos observados. Así, el primer tipo predomina netamente en las pericarditis sépticas, en las reumáticas el segundo tipo es el más frecuente y en las tuberculosas el primer tipo es excepcional. — *J. González Videla.*

LA SIGNIFICACION PRONOSTICA DE LA DESVIACION DEL EJE ELECTRICO A LA DERECHA EN LA ARTERIOESCLEROSIS E HIPERTENSION. (The pronostic significance of right axis deviation in arteriosclerotic and hypertensive heart disease), J. M. Klainer. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 199, 795.

Analiza 36 casos de cardiopatía arterioesclerosa o hipertensiva con desviación a la derecha del eje eléctrico. De ellos, 27 eran hombres y 9 mujeres, oscilando su edad entre 32 y 75 años. Presentaban 21 una cifra tensional superior a 160 mm. y acusaban 12 de ellos recientes ataques de trombosis coronaria.

Nueve pacientes tenían e.c.g. obtenidos previamente al desarrollo de la desviación a la derecha del eje eléctrico: en 7 la desviación del eje era normal y en 2 era hacia la izquierda.

En 7 casos la presencia de la desviación a la derecha fué temporaria, cambiando en pocos días o meses a desviación normal o a la izquierda. Agrandamiento ventricular izquierdo fué encontrado en 27 de los 36 casos.

De los 13 casos con examen necrópsico, se comprobó en 12 una severa enfermedad coronaria: 2 con fibrosis difusa y 10 con infarto miocárdico (en 3 casos el infarto era anterior, en 3 anterior y septal, en 3 posterior y en 1 a la vez anterior y posterior).

Este estudio indica pues que la desviación del eje eléctrico a la derecha en las cardiopatías arterioesclerosas o hipertensivas está asociada comúnmente al síndrome de trombosis coronaria. La aparición de esta desviación infrecuente en el eje eléctrico es debida a la extensa necrosis de un ventriculo que anula así completamente los efectos sobre el eje eléctrico de la hipertrofia.

El promedio de duración de vida después de la trombosis coronaria fué de sólo 7.6 meses en los pacientes con tal característica e.c.g. Por lo tanto, la presencia de una desviación a la derecha del eje eléctrico en un paciente con evidencias clínicas de trombosis coronaria es de una seria significación pronóstica. — *J. González Videla.*

EL ELECTROCARDIOGRAMA DURANTE EL ATAQUE DE ANGINA DE PECHO; SUS CARACTERISTICAS Y SIGNIFICACION DIAGNOSTICA, (*The electrocardiogram during attacks of angina pectoris; its characteristics and diagnostic significance*), J. E. F. Riseman, J. W. Waller y M. G. Brown. "Am. Heart J.", 1940, 19, 683.

En 20 pacientes registran el electrocardiograma continuamente, antes, durante y después del ataque de angina de pecho provocado por el esfuerzo; en 5 de estos pacientes registran también el ECG durante la prueba de la anoxemia provocada, que determina la aparición del dolor en 4 casos.

Antes e inmediatamente después de la aparición del dolor, la modificación más común fué el desnivel del segmento ST, habitualmente en sentido negativo; menos a menudo se observan modificaciones de la onda T, que rara vez se hace bifásica o negativa. Las modificaciones del complejo QRS, de la onda P o del intervalo PR, fueron menos comunes y generalmente suaves.

Hacia el fin del ataque y después de la desaparición del dolor, el desnivel de ST tiende a disminuir o desaparecer, mientras que las modificaciones de la onda T se acentúan, presentando la mitad de los enfermos onda T bifásica en este período.

Las modificaciones provocadas por el esfuerzo o la anoxemia fueron similares si consideradas en un mismo enfermo; tanto una como otra de estas pruebas, provocan en algunos anginosos un desnivel negativo del segmento ST mayor de $1\frac{1}{2}$ mm. y franco aumento de voltaje de la onda T, reacciones que no fueron observadas en sujetos normales. Sin embargo, en general, *las modificaciones del ECG provocadas por el esfuerzo parecen ser de escasa significación en el diagnóstico de angina de pecho*, pues algunos sujetos sin afección cardíaca pueden presentar alteraciones similares a las observadas en los anginosos, mientras que algunos pacientes con angina de pecho no revelan alteraciones del ECG después del esfuerzo. Del mismo modo, *las modificaciones del ECG durante la anoxemia parecen tener escaso valor práctico en el diagnóstico de angina de pecho*, pues la diferencia entre las respuestas normales y anormales no es suficientemente marcada; por otra parte, la prueba de la anoxemia puede ser peligrosa, especialmente en sujetos con arteriosclerosis coronaria o cerebral. — R. Vedoya.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

LA SIGNIFICACION DE LA HIPER-REACCION VASCULAR MEDIDA POR LA PRUEBA DE LA REACCION TENSIONAL AL FRIO, (*The significance of vascular hyperreaction as measured by the cold pressor test*), E. A. Hines. "Am. Heart J.", 1940, 19, 408.

1. — La modificación de la tensión diastólica y sistólica provocada por la prueba del frío es un índice de la capacidad de reacción vascular.

2. — La hiper-reacción vascular, determinada por esta prueba, es un factor etiológico importante en la hipertensión arterial esencial.

3. — La hiper-reacción vascular se puede observar en personas que no pade-

cen hipertensión arterial; en muchas de estas personas, el resultado de la prueba representa un antecedente o una fase latente de la hipertensión arterial esencial.

4. — De 21 sujetos con hiper-reacción vascular, el 38% desarrolló hipertensión esencial en el plazo de 6 años, mientras que ninguno de los que presentaron hipo-reacción desarrolló hipertensión en el mismo período de observación. — *R. Vedoya.*

ABOLICION DE LA VASOCONSTRICCIÓN EN LA HIPERTENSION ARTERIAL NEFROGENA POR DESTRUCCION DEL BULBO, (Vasoconstriction in renal hypertension abolished by pithing), W. Dock. "Am. Jour. Physiol.", 1940, 130, 1.

La destrucción del bulbo en conejos normales e hipertensos renales hace descender la presión a un nivel igualmente bajo. Estos animales con bulbo destruido son sensibles a la renina y aquellos que habían sido hipertensos renales tienen una sensibilidad exagerada a la adrenalina.

Concluye este autor que si la renina fuera el agente humoral responsable de la hipertensión renal la presión arterial de los conejos hipertensos no debería descender tanto como la de los normales a consecuencia de la destrucción bulbar. Cree que el agente humoral responsable de la hipertensión arterial debe actuar modificando la reacción del centro vasomotor y quizá también aumentando la sensibilidad de las arteriolas a la adrenalina. — *E. Braun Menéndez.*

LA PRODUCCION DE UNA SUBSTANCIA PRESORA POR EL RIÑON TOTALMENTE ISQUEMIADO, (The production of a pressor substance by the totally ischemic kidney), A. C. Taquini. "Am. Heart J.", 1940, 19, 513.

De una serie de experimentos realizados en el perro deduce las siguientes conclusiones:

1. — El restablecimiento de la circulación en un riñón que ha sido totalmente isquemiado, provoca un aumento de la presión arterial.

2. — Este aumento es causado por la liberación de una substancia presora formada durante la isquemia renal total.

3. — Esta substancia actúa directamente sobre los vasos periféricos, provocando acentuada vasoconstricción y la consiguiente hipertensión arterial. — *R. Vedoya.*

UN ESTUDIO DEL HIPOTETICO FACTOR ANOXEMICO EN LA HIPERTENSION EXPERIMENTAL Y CLINICA, (A study of the hypothetic anoxemic factor in experimental and clinical hypertension), A. Steiner, D. M. Weeks y A. I. Barach. "Am. Heart J.", 1940, 19, 708.

En dos perros, la hipertensión arterial provocada por isquemia renal no fue influenciada por la inhalación continua de O_2 al 100% durante 24 a 48 horas.

En otros dos perros en los cuales se ha producido previamente constricción parcial de las arterias renales, la inhalación de una mezcla conteniendo 10% o 7% de O_2 , no provoca un aumento sostenido de la presión arterial.

Finalmente, en 3 pacientes con hipertensión arterial, la inhalación de O₂ al 100% casi continuamente durante 3 días, no modificó en forma significativa la presión arterial.

Mediante estas observaciones no se logra poner en evidencia que un hipotético factor anoxémico desempeñe un papel importante en la génesis de la hipertensión arterial experimental o clínica. — R. Vedoya.

NIVEL DE LA PRESION ARTERIAL NORMAL Y DESARROLLO ULTERIOR DE HIPERTENSION, (Range of normal blood pressure and subsequent development of hypertension), E. A. Hines. "J.A.M.A.", 1940, 115, 271.

En 1522 personas que fueron nuevamente examinadas después de transcurridos 10 a 20 años de la primer visita a la "Mayo Clinic", se compararon las cifras tensionales con el objeto de establecer las variaciones producidas y su posible significado.

Las cifras de la primera determinación fueron consideradas como índice de las reacciones tensionales de origen nervioso, pudiéndose así establecer que en las personas en las que esa tensión inicial era apreciablemente elevada, eran también mucho mayores las posibilidades de que posteriormente se instalara una verdadera hipertensión arterial. — M. Joselevich.

ESTUDIO CORRELACIONADO DE LOS CAMBIOS VASCULARES RETINIANOS, LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS Y EL TAMAÑO RADIOLOGICO DEL CORAZON EN LA HIPERTENSION ESENCIAL, (A correlation study between retinal vascular changes, electrocardiographic alterations and radiological heart size in essential hypertension), H. Roesler, G. L. Gibson y R. Hussey. "Ann. Int. Med.", 1940, 13, 1814.

El diagnóstico de la hipertonía esencial es relativamente sencillo, siendo en cambio mucho más difícil su pronóstico, puesto que el destino de los enfermos depende en buena parte de las lesiones cardiovasculares consecutivas a la hipertensión.

Es teniendo en cuenta esas circunstancias que los autores han tratado de estudiar, en 80 casos, la posible relación existente entre algunas de las manifestaciones que evidencian el padecimiento de distintos segmentos del aparato cardiovascular: El examen del fondo de ojo, el electrocardiograma y el ortodigrama fueron utilizados a tal efecto.

Se encontraron modificaciones esclerosas de las *arterias retinianas* en el 89 por ciento de los casos, anomalías en la deflexión final del *electrocardiograma* en el 69 por ciento, *agrandamientos cardíacos moderado* en el 51 por ciento y *marcado* en el 27 por ciento de los casos. No se pudo establecer una relación entre todas esas modificaciones, lo que es atribuido por los autores a la distribución irregular de las lesiones cardiovasculares en los distintos enfermos. — M. Joselevich.

LA RELACION DE LA MIGRAÑA A LA HIPERTENSION Y A LAS CEFALIAS HIPERTENSIVAS, (*The relationship of migraine to hypertension and to hypertension headaches*), J. M. Gardner, G. E. Mountain y E. A. Hines. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 50.

Cien pacientes con hipertensión arterial fueron cuidadosamente interrogados con respecto a la presencia de migraña o a una historia previa de la misma. Como control, en una serie de 100 pacientes normotensos se llevó a cabo la misma investigación.

El 79% de los sujetos con hipertensión reveló padecer o haber padecido anteriormente migraña; en el grupo control la incidencia fué solamente de 15%.

De los 79 hipertensos con migraña, 38 padecieron también de cefalea hipertensiva; de los 21 restantes, solamente 6 experimentaron tal molestia. Existe pues una estrecha relación entre la migraña y el desarrollo de cefalea tipo hipertensiva.

La asociación tan frecuente de migraña e hipertensión quizás sea debida a la existencia de un factor causal común que bien pudiera ser de naturaleza vascular (¿vasoconstricción?). — *J. González Videla*.

TRASTORNOS DE FRECUENCIA Y RITMO EN ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA, (*Disturbances of rate and rhythm in hypertensive heart disease*), N. Flaxman.. "Arch. Int. Med.", 1940, 65, 595.

En 800 casos de cardiopatía hipertensiva la incidencia de arritmia fué de 30%. La arritmia más común fué la fibrilación auricular que ocurrió en el 81.5%. La mortalidad entre pacientes con arritmias fué más baja que entre aquéllos con ritmo sinusal, debido a la ausencia relativa de trombosis coronaria.

La frecuencia fué importante como signo pronóstico porque la mortalidad entre aquéllos con una frecuencia regular superior a 100 por minuto fué de 39.2%, mientras que los casos con frecuencia cardíaca normal arrojaron una mortalidad de 20.3%. — *J. González Videla*.

EL CEREBRO EN LA HIPERTENSION MALIGNA: UN ESTUDIO CLINICOPATOLOGICO, (*The brain in malignant hypertension: a clinicopathologic study*), E. F. Rosenberg. "Arch. Int. Med.", 1940, 65, 545.

El autor hace un estudio histopatológico detenido del cerebro de 17 pacientes que fallecieron de hipertensión maligna, clasifica las lesiones encontradas y las correlaciona con los síntomas aparecidos en vida. El examen de las arteriolas cerebrales reveló en ellas una alteración profunda, bajo la forma de un aumento en el espesor de las paredes con reducción del calibre de la luz. Los tipos encontrados de lesiones cerebrales fueron edema intra y extracerebral, lesiones miliares destructivas múltiples (hemorragias o infartos) y grandes lesiones destructivas. Los síntomas cerebrales focales estaban constantemente asociados a una destrucción cerebral más o menos extensa. Cabe por lo tanto preguntarse si los fenómenos cerebrales transitorios en los casos de hipertensión maligna que han sido designados como "crisis cerebrales" o "encefalopatía hipertensiva" y atribuidos a angioespasmos no corresponden en realidad a lesiones cerebrales destructivas. — *J. González Videla*.

TROMBOSIS DE LAS VENAS AXILAR Y SUBLAVIA, CON UNA NOTA SOBRE EL SINDROME POST-TROMBOTICO, (Thrombosis of the axillary and subclavian veins. With a note on the post-thrombotic syndrome). J. Ross Veal. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 27.

El autor analiza 17 casos de trombosis de las venas axilar y subclavia que ha tenido la oportunidad de estudiar con toda detención. Esos casos correspondían a 5 tromboflebitis, 4 primarias y una secundaria y a 12 flebotrombosis, 4 primarias y 8 secundarias a neoplasias torácicas. Precisa detalladamente la sintomatología de cada uno de estos tipos y describe a continuación el síndrome post-trombótico, designación bajo la cual agrupa todos los síntomas que resultan de la persistencia de la oclusión venosa por la organización del trombo y del escaso desarrollo de la circulación colateral. — J. González Videla.

TERAPEUTICA

LA ACCION MODIFICADORA DE CIERTAS DROGAS (AMINOFILINA, NITRITOS, DIGITAL) SOBRE LOS EFECTOS DE LA ANOXEMIA PROVOCADA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CORONARIA, (The modifying action of certain drugs (aminophyllin, nitritis, digitalis) upon the effects of induced anoxemia in patients with coronary insufficiency), R. L. Levy, H. G. Bruenn y N. E. Williams. "Am. Heart J.", 1940, 19, 639.

De acuerdo a publicaciones previas, la anoxemia provocada por una mezcla conteniendo 12% de O₂ y 88% de N, determina la aparición de dolor precordial y significativas alteraciones del ECG en los sujetos que padecen de angina de pecho por esclerosis de las arterias coronarias. Emplean esta prueba como control subjetivo (dolor) y objetivo (ECG) de la acción terapéutica de ciertas drogas, que se supone que actúan aumentando el aporte coronario.

Se realiza la prueba antes y después de la administración de la droga, siendo la acción del medicamento medida de acuerdo a los siguientes factores:

a) Retardo de la aparición del dolor durante la anoxemia, en relación al tiempo requerido antes de la administración de la droga.

b) Disminución del desnivel del segmento ST, tomando como cifra comparativa la suma del desnivel observado en las cuatro derivaciones habituales.

c) Modificaciones de la onda T.

La *aminofilina* inyectada por vía endovenosa provoca un retardo en la aparición del dolor (63%), disminución del desnivel de ST (58%), y modificaciones de la onda T en 7 de los casos investigados.

La misma droga administrada por vía oral retarda el dolor (26%), disminuye el desnivel de ST (32%), y la onda T se modifica en 4 casos.

La *nitroglicerina* retarda el dolor (51%), atenúa el desnivel de ST (47%), y la onda T se modifica en 6 de los 9 casos.

El *tetranitrato de eritrol* no influye sobre el momento de aparición del dolor (2% de retardo), disminuye el desnivel de ST (26%) y la onda T se modifica en 4 de los 9 casos.

La *lactosa* no retarda el dolor (2%), disminuye apenas el desnivel de ST (13%), modificándose la onda T en 4 de los 10 casos.

La *digital* provoca la aparición más precoz del dolor (se requiere un tiempo 9% menor que antes de la administración de la droga), disminuyendo el desnivel del segmento ST (40%); la onda T se modifica en 7 de los 9 casos.

Los autores concluyen que la aminofilina y la nitroglicerina dilatan las arterias coronarias, mientras que el tetranitrato de eritrol es ineficaz para prevenir el dolor anginoso; la digital aumenta la tendencia al dolor, aunque ello no parece ser debido a vasoconstricción coronaria.

ESTUDIOS SOBRE LA DIURESIS MERCURIAL. II. LA MODIFICACION PROVOCADA SOBRE LA PRESION DEL LIQUIDO CEFALO-RAQUI-DEO, (Studies on mercurial diuresis. III. The alteration induced in the cerebro-spinal fluid pressure), I. F. Volini y R. O. Levitt. "Am. Heart J.", 1940, 19, 566.

En la insuficiencia cardíaca congestiva existe aumento de la tensión venosa y del líquido céfalo-raquídeo; la punción lumbar, al disminuir la tensión del l.c.r., proporciona a menudo un alivio inmediato de la disnea.

Los diuréticos mercuriales disminuyen la presión venosa y del líquido céfalo-raquídeo, siendo esta disminución directamente proporcional a la excreción urinaria; la disminución de la tensión del l.c.r. es mayor que la obtenida por la punción lumbar, sin presentar los riesgos de esta última. — *R. Vedoya.*

EL EFECTO DE LA APLICACION DE TORNIQUETES SOBRE LA HEMODINAMIA DE LA CIRCULACION, (The effect of the application of tourniquets on the hemodynamics of the circulation), R. V. Ebert y E. A. Stead. "J. of Cl. Invest.", 1940, 19, 561.

La aplicación de torniquetes en los miembros ha sido preconizada por varios autores como tratamiento de la insuficiencia ventricular izquierda, en lugar de la sangría y la inyección de morfina. Los autores se proponen estudiar, en este trabajo, cuales son las bases científicas de dicho procedimiento.

Después de determinar en 5 sujetos el volumen total de la sangre, establecieron que el de la sangre de un miembro superior y los dos inferiores representaba en ellos aproximadamente el 16 por ciento de dicho volumen total. La aplicación de los torniquetes a la presión diastólica en 3 extremidades, determinó una separación del 15 por ciento de la sangre total; eso coincidió con la aparición de síntomas de colapso en 4 de 7 sujetos normales, a lo que se agregó una caída acentuada de la presión arterial en otros 2 que eran hipertensos y la desaparición del ritmo de galope en otro de ellos.

Los autores sostienen, de acuerdo con esos resultados, que la aplicación de torniquetes separa tanta sangre de la circulación general como lo hace una flebotomía, lo que constituye una explicación adecuada para la acción de ese tratamiento en la insuficiencia ventricular izquierda. — *M. Joselevich.*

EL EFECTO DE COMPUESTOS DE SULFANILAMIDA SOBRE LA ENDOCARDITIS, (The effect of sulphanimide compounds on endocarditis), R. H. Major. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 199, 759.

Tratan con sulfanilamida un corto número de casos de endocarditis lenta, observando en algunos de los casos un descenso de la temperatura y la desaparición del estreptococo viridans en la corriente sanguínea. Es posible que pueda obtenerse la curación cuando son pequeñas las vegetaciones, pero cuando ellas son extensas los gérmenes probablemente podrán vivir en su espesor durante un largo tiempo sin que el hemocultivo acuse su presencia. — *J. González Videla.*

COMPARACION CLINICA DE LOS GLUCOSIDOS CRISTALIZADOS DE LA DIGITAL LANATA (DIGILANID) Y EL POLVO DE HOJA DE DIGITAL, (Clinical comparison of the crystalline glucosides of digitalis lanata (Digilanid) and the powdered leaf of digitalis, W. Adams y L. Gregg. "Am. Heart J.", 1940, 19, 576.

Este estudio fué iniciado teniendo en cuenta que el Digilanid, de acuerdo a la literatura, presentaría ventajas sobre el polvo de hoja de digital; su dosificación, determinada gravimétricamente, sin normalización biológica, sería más exacta y uniforme, tratándose de un producto sumamente estable.

De la cuidadosa observación de 56 pacientes tratados con Digilanid, deducen que este producto representa una potente preparación digitálica, cuya eficacia clínica es igual a la del polvo de hoja de digital standard. — *R. Vedoya.*