

# ANALISIS DE REVISTAS

## FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

*REFLEJOS DEL CORPUSCULO CAROTIDEO EN EL PERRO*, (*Carotid body reflexes in the dog*), C. F. Schmidt, J. H. Comroe y R. D. Dripps (jr). "Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.", 1939, XLII, 31.

En perros vagotomizados y anestesiados con morfina y cloralosa los autores comprueban que:

1) Los quimiorreceptores carotídeos en algunos de estos animales están en continua actividad, pues:

a) La respiración se deprime temporariamente cuando se suprime la acción de ambos nervios de Hering por enfriamiento o inyección de procaína.

b) La respiración se deprime temporariamente cuando se enfría el líquido que perfunde ambos corpúsculos carotídeos.

2) a) Una pequeña variación en la tensión de  $\text{CO}_2$  de 10 a 20 mms. Hg. del líquido que perfunde los corpúsculos carotídeos es capaz de despertar una modificación refleja de la respiración.

b) Cambios en el pH de 0.1 unidad fueron capaces de provocar un efecto reflejo de la respiración.

3) El umbral del centro respiratorio a cambios en la tensión parcial de  $\text{CO}_2$  en la sangre arterial es muy bajo. Variaciones de 2 a 3 mms. Hg. de tensión de  $\text{CO}_2$  son capaces de estimular al centro respiratorio.

Los autores llegan a la conclusión de que, a pesar de que la sensibilidad de los corpúsculos carotídeos es bastante grande, en condiciones ordinarias son las células del centro respiratorio, cuya sensibilidad es muchísimo mayor, las encargadas del control químico de la respiración. — E. Braun Menéndez.

*CAMBIOS VASCULARES EN EL RIÑON ISQUEMIADO. MITOSIS CELULARES EN LA MEDIA DE LAS ARTERIAS*, (*Vascular changes in renal ischemia. Cell mitosis in the media of arteries*), N. Goormaghtigh y K. S. Grimson. "Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.", 1939, XLII, 227.

El estudio histológico de los riñones de 12 perros sacrificados 2 días a 18 meses después de compresión arterial según la técnica de Goldblatt ha revelado modificaciones llamativas en la capa media de las arterias interlobulares y glomerulares. La media de estas arterias no sólo se compone de las células musculares lisas ordinarias sino que posee células más grandes, más afibrilares y probablemente con menor actividad contráctil. Se encuentran estas células en todo el árbol arterial del riñón acumulándose en grupos en los polos vasculares del glomérulo formando los "polkissen" o "aparato yuxta glomerular". Aparte del riñón se encuentran células de este tipo con particular abundancia en los vasos arteriales de los corpúsculos carotídeos y aórticos y en los glomus vasculares de la piel. También se las encuentra ocupando el subendotelio en la región del seno carotideo.

En la media de las arterias y arteriolas de los riñones isquemiados de perros hipertensos se encontraron estas células aumentadas en número y tamaño. El aparato yuxtglomerular se encontró aumentado de tamaño; sus células, en al-

gunos casos vacuoladas, poseían núcleos grandes. La intensidad de este tipo de transformación se revelaba por la presencia de numerosas figuras de mitosis.

Estas modificaciones de hiperplasia celular contrastan con los cambios degenerativos descritos en riñones isquemiados por otros autores. Estos hallazgos sugieren la posibilidad de que estas células pudiesen tener una actividad secretoria o humoral en relación directa con el principio hipertensor del riñón isquemiado.  
— E. Braun Menéndez.

*PRESION INTRAMIOCARDICA Y SU RELACION CON LA PRESION AORTICA.* (*Intramyocardial pressure and its relation to aortic blood pressure*), Johnson J. R. y Di Palma J. R. "Amer. J. Physiol.", 1939, CXXV, 234.

Los autores registran en el gato la presión intramural del ventrículo izquierdo utilizando para ello un fragmento de carótida suturado en el miocardio a diversas profundidades. Conectan este fragmento arterial con un manómetro óptico y con un dispositivo adecuado para elevar la presión dentro del sistema; consiguen registrar así simultáneamente la presión intramiocárdica y la presión aórtica y encuentran las siguientes importantes relaciones entre ambas:

1) Durante el máximo de la sístole existe en la pared del ventrículo izquierdo una gradiente de presión la cual va disminuyendo desde las porciones más profundas hacia la periferia.

2) En las porciones más profundas del miocardio esta presión es siempre mayor que la presión aórtica pero en las capas superficiales puede ser igual y aún menor que la presión en la aorta y en las arterias coronarias.

Estos resultados indican que mientras las ramas coronarias más profundas deben sufrir una oclusión completa en el momento de mayor presión de la sístole, es posible que no se interrumpa la progresión de sangre en los vasos más superficiales. — E. Braun Menéndez.

*EL RETORNO VENOSO COMO FACTOR CAPAZ DE MODIFICAR LA CAPACIDAD VITAL.* (*The venous return as a factor affecting the vital capacity*), Phillips Dow. "Amer. J. Physiol.", 1939, CXXVII, 654.

Determinaciones realizadas por el autor en 42 estudiantes de medicina y analizadas estadísticamente demuestran que la disminución de la capacidad vital observada al adoptar la posición supina se reduce a menos de la mitad si mediante manguitos colocados en la raíz de los cuatro miembros e inflados a la presión diastólica, se impide el retorno de la sangre venosa al tórax.

Sus resultados confirman las observaciones de Hamilton y Morgan ("Amer. J. Physiol.", 1932, XCIX, 526) quienes atribuyeron a la congestión pulmonar la disminución de capacidad vital al pasar de la posición de pie a la de acostado. — E. Braun Menéndez.

## SEMIOLOGIA

*MEDICION DEL GASTO SISTOLICO DEL CORAZON HUMANO POR ROENTGENQUIMOGRAFIA.* (*Mesurement of the stroke output of the*

*human heart by Roentgenkymography*), A. Keys y H. L. Friedell. "Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.", 1939, XL, 554.

En la placa roentgenquimográfica se trazan los bordes del corazón (en su proyección frontal), en sístole y en diástole. Se miden las áreas y se calcula el volumen cardíaco mediante la fórmula Volumen: 0.63 (Area) 1.45. Restando el volumen sistólico del diastólico se obtiene el gasto sistólico.

Los autores controlaron este método con el método del acetileno de Grollmann efectuando, casi simultáneamente, en el mismo sujeto y observaron una discrepancia media de  $\pm 5 \%$ . — E. Braun Menéndez.

**EXAMEN RADIOLOGICO DEL CORAZON Y DE LOS GRANDES VASOS EN POSICION TRANSVERSA IZQUIERDA (PERFIL). TECNICA Y RESULTADOS**, R. Heim de Balzac. "Arch. Lat. Am. Card. Hemat.", 1939, IX, 125.

En base a sus observaciones clínicas y anátomoradiológicas, el autor señala que, en esta posición, todo el borde anterior de la silueta cardíaca corresponde al infundíbulo pulmonar separado del plastrón esternal, que se coloca enfrente, por un espacio claro ántero-cardíaco, que tiende a desaparecer, cada vez más, en los aumentos de volumen del ventrículo derecho, así como también en los casos de sínfisis pericárdica y de tórax anormalmente estrechos. Hacia la parte inferior la superposición del ventrículo derecho con el izquierdo, hace difícil la separación de ambos, sin embargo, cuando predomina la hipertrofia de este último, aparece en la parte pósteroinferior del corazón que se encuentra aproximada a la sombra vertebral.

La aurícula izquierda, al revés de la derecha que permanece siempre indisoluble en esta posición, forma la parte posterior de la masa cardíaca en todos los casos, hallándose siempre separada de la columna por un espacio claro que se ilumina aún más durante la inspiración. Cuando esta aurícula se agranda hace saliencia hacia atrás y abomba en el espacio retrocardíaco, pudiendo invadir la sombra vertebral. Por debajo de la aurícula izquierda se suele ver la vena cava inferior.

Mientras que en el vivo es muy difícil sacar conclusiones sobre el tronco de la arteria pulmonar, las ramificaciones, máxime cuando adquieren dimensiones importantes, se pueden apreciar muy bien, especialmente la izquierda que hace una sombra en coma que circunscribe la claridad del bronquio izquierdo y se sitúa concéntricamente en relación al bucle de la aorta torácica.

En el adulto joven, la aorta forma un bucle elevado y poco ancho, con ascendente sensiblemente vertical y cayado regular, pero con la edad, la ascendente se dirige hacia adelante y al unirse con la porción horizontal hace una incurvación o rodilla anterior; en los viejos, el cayado tiende a hacerse horizontal, y al llegar a la descendente ésta se hace no solamente vertical sino oblicua de atrás adelante, haciendo la rodilla aórtica posterior. Sobre el vivo la aorta no es siempre visible pues las sombras pediculares en el mediastino medio y el gran espesor del parénquima pulmonar, que se proyectan a nivel del espacio retrocardíaco, neutralizan su imagen.

El examen de la tráquea tiene escasa importancia. El esófago recorre el

espacio retrocardíaco en toda su longitud, presentando las pequeñas muescas, aórticas y bronquiales, ya visibles en las otras incidencias, y modificándose con los cambios de tamaño del corazón. También en esta posición es como se ven más claramente las cisuras pulmonares.

“La ventaja de la transversa es presentar ante los ojos, segmentos y contornos cardíacos y vasculares que en posiciones frontal u oblicuas quedan ocultas o no muestran el mismo perfil del órgano”. — *B. Moia*.

## PATOLOGIA

*CIRROSIS CARDIACA*, (“*Cardiac cirrhosis*” of the liver. A clinical and pathologic study), H. M. Katzin, J. V. Waller y H. L. Blumgart. “*Arch. Int. Med.*”, 1939, LXIV, 457.

En 2000 autopsias no seleccionadas, se encontraron 286 casos con congestión hepática pasiva y 1714 sin ella. El 33 por ciento de los primeros presentaba un aumento del tejido fibroso, aumento que se comprobaba sólo en el 12 por ciento de los segundos.

La fibrosis característica de los cardíacos, que era la del tipo *central*, se hallaba ausente en casi todas las autopsias de los no cardíacos. A ese tipo de *fibrosis microscópica* debe reservarse, pues, la denominación de *cirrosis cardíaca*, lesión que es muy frecuente como comprobación histológica pero de muy rara observación clínica. Este hecho se explica porque el diagnóstico clínico de *cirrosis cardíaca* se basa en la comprobación de una gran ascitis, con hígado pequeño, esplenomegalia e hipertensión venosa, lo que implica la presencia de una fibrosis acentuada, con obstrucción portal, provocada por la congestión crónica pasiva del hígado. — *M. Joselevich*.

*EL CORAZON EN LA ANTRACOSILICOSIS*, (*The heart in anthracosilicosis*), J. F. Giering y R. Charr. “*J. A. M. A.*”, 1939, CXIII, 574.

Los autores estudiaron 25 personas de 36 a 67 años, dedicadas a los trabajos de minas desde 3 hasta 40 años antes. De esos 45 mineros, 16 padecían de antracosilicosis aislada y otros 9 tenían también una tuberculosis pulmonar más o menos avanzada.

En la mayoría de esos casos existía estigmas electrocardiográficos de lesión miocárdica; el resto de las exploraciones dió resultados poco característicos: sólo 2 enfermos mostraban un corazón agrandado en la radiografía; la presión venosa y la velocidad circulatoria no estaban mayormente modificadas, comprobándose en cambio con cierta frecuencia una reducción de la capacidad vital y una policitemia secundaria. — *M. Joselevich*.

*FIBROSARCOMA PRIMARIO DE CORAZON*, (*Primary fibrosarcoma of the heart*), M. Nelson Jackson y J. N. Jacobson. “*The Lancet*”, 1939, II, 740.

Los tumores primarios de corazón son raros y generalmente asintomáticos, una sola vez se ha diagnosticado en vida. La mayor parte son benignos, del tipo

del mixoma; cuando son malignos son casi siempre sarcomas. En 234 tumores primarios de corazón, reunidos por Lymburner (1934), 57 fueron sarcomas y solamente se encontraron 9 fibrosarcomas. El caso referido se presentó en una niña de nueve años, idiota. Presentaba una serie de taras morfológicas, como ser escoliosis, diplejia, asimetría facial, etc. Nunca presentó ningún síntoma que evidenciara su lesión cardíaca. Murió como consecuencia de un episodio agudo pulmonar.

En la necropsia se encontró una tumoración de unos 3 cms. de diámetro incluida en la pared del ventrículo izquierdo. El estudio histológico puso en evidencia un tumor del tipo fibrosarcomatoso. — L. H. Inchauspe.

*HIPOVITAMINOSIS B<sub>1</sub> Y CARDIOPATIAS. II. EL PAPEL DE LA CARENCIA EN VITAMINA B<sub>1</sub> EN LA PATOGENIA DE LOS TRASTORNOS CARDIACOS DE LA GRAVIDEZ, (Hypovitaminose B<sub>1</sub> et cardiopathies. II. Le rôle de la carence en vitamine B<sub>1</sub> dans la pathogénie des troubles cardiaques de la gravidité), G. Bickel. "Arch. des Mal. du Coeur", 1939, XXXII, 769.*

La necesidad del organismo en vitaminas no constituye un elemento constante, sino que aumenta fuertemente en ciertas circunstancias fisiológicas y patológicas, entre las cuales se encuentra la gravidez. No es pues sorprendente que la carencia vitamínica, inaparente al estado normal, se revele al progresar el embarazo, tanto más que éste se complica con frecuencia de trastornos digestivos susceptibles de obstaculizar la absorción y asimilación normal de las vitaminas.

La existencia durante el embarazo de un estado de carencia en vitamina B<sub>1</sub> parece ser cierta teniendo en cuenta las razones siguientes:

1º El beriberi se presenta con predilección marcada en las mujeres en estado de gravidez; por otra parte, una mujer embarazada afecta de beriberi crónico experimenta siempre una agravación de su avitaminosis.

2º Las polineuritis de las grávidas son susceptibles de una regresión, a veces rápida y completa, bajo la influencia de la vitamina B<sub>1</sub>, administrada por vía parenteral.

3º Dosando la vitamina B<sub>1</sub> se comprueba que la mujer embarazada requiere para evitar toda carencia una ración de vitamina B<sub>1</sub> tres a cinco veces superior a la normal.

Las cardiopatías gravídicas, como las polineuritis, se instalan casi exclusivamente en las mujeres con vómitos abundantes durante los 3 primeros meses del embarazo. El déficit de aporte vitamínico es todavía agravado por la dificultad de su absorción, en razón de la hipoclorhidria y fenómenos de irritación entérica tan frecuentes durante la gravidez. Además, se sabe que los carbohidratos, alimentación esencial y casi exclusiva de los enfermos con vómitos incoercibles, exigen para su metabolización normal una cantidad máxima de vitamina B<sub>1</sub>.

Por otra parte, la mayoría de las toxicosis gravídicas, especialmente las que se acompañan de insuficiencia hepática, entrañan en la regla un estado de acidosis, para cuya reparación es necesario siempre el aporte de una cantidad importante de vitamina B<sub>1</sub>.

Por todas estas razones, el autor cree que los trastornos cardiovasculares de la gravidez, pueden ser debidos, al menos en ciertos casos, a una carencia relativa en vitamina B<sub>1</sub>. — *J. González Videla.*

*SOBRE DOS CASOS DE GLOMERULONEFRITIS AGUDA CON GRAVÍSIMOS TRASTORNOS CIRCULATORIOS.* (*Sobre dois casos de glomerulonefrite aguda com gravísimos distúrbios circulatorios*), S. Prado y L. Filho. "Medicina, Cirug. Pharm.", 1939, 519.

Se describe el caso de un niño de 10 años que, en el curso de una glomerulonefritis aguda, hace un grave cuadro de edema agudo de pulmón que cede después de varias horas de intenso tratamiento. Después de esa crisis, se observan alteraciones E.C.G. caracterizadas por acentuado aplanamiento de T en todas las derivaciones. Siete días después TI aparece negativa, y TII y TIII positivas de buen voltaje. Quince días después la T readquiere aspecto normal en todas las derivaciones. — *B. Moia.*

*RUPTURA TRAUMÁTICA DEL PERICARDIO.* (*Traumatic rupture of the pericardium*), S. F. Crynes y W. C. Hunter. "Arch. Int. Med.", 1939, LXIV, 719.

Los casos de ruptura traumática conocidos suman 80, incluyendo los 22 presentados por los autores en este trabajo, los que fueron hallados entre 4107 autopsias consecutivas y no seleccionadas revisadas con tal objeto.

Los autores sostienen, en base a sus comprobaciones, que la ruptura del pericardio es de observación más frecuente de lo que se cree en los casos de muerte provocada por un traumatismo. Como en esos casos dicha ruptura es sólo una de las numerosas injurias producidas y, por otra parte, poco contribuye a la producción de la muerte, no debe esperarse una larga supervivencia en tales enfermos. Sin embargo, uno de los casos relatados por los autores sobrevivió dos años y medio a la producción de la ruptura pericárdica, lo que constituye un hecho excepcional. — *M. Joselevich.*

## ELECTROCARDIOGRAFIA

*EL VALOR CLÍNICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA.* (*The clinical value of the electrocardiogram. An analysis of 100 private cases*), S. Strouse, L. N. Katz y H. F. Binswanger. "J. A. M. A.", 1939, CXIII, 576.

En este interesante trabajo, basado en la observación prolongada de 100 enfermos de la clientela privada, los autores establecen el verdadero lugar en que debe ser colocada la electrocardiografía en el diagnóstico y pronóstico de las afecciones del corazón.

Afirman que la interpretación de los electrocardiogramas debe subordinarse en la mayor parte de los casos a los caracteres clínicos de la enfermedad, destacando especialmente el abuso en que a menudo se incurre al atribuir a un padecimiento coronario ciertas modificaciones eléctricas que en sí nada significan. — *M. Joselevich.*

*OBSERVACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS EN CIRUGIA CARDIACA*, (*Electrocardiographic observations in cardiac surgery*), H. Feil y Ph. L. Rossman. "Ann. Int. Med.", 1939, XIII, 402.

Trabajo basado en el estudio de 32 operados del corazón (24 anastomosis por angina de pecho y esclerosis coronariana y 8 pericardiectomías por síndromes de Pick).

Los extrasístoles ventriculares aislados y la taquicardia ventricular se observaron mucho más a menudo en las operaciones por esclerosis coronariana que en las pericardiectomías, debido a que en estas últimas el manipuleo quirúrgico y la excitación consiguiente son mucho menores. También se observó modificaciones en el segmento S-T y en la onda T, igualmente más frecuentes en las operaciones de anastomosis. Esas modificaciones son debidas a un proceso de pericarditis post-operatoria y por lo tanto suelen ser transitorias, desapareciendo después de transcurrido un cierto tiempo del acto quirúrgico. — M. Joselevich.

*VARIACIONES MORFOLOGICAS DE LOS COMPLEJOS VENTRICULARES ESPONTANEOS Y REPRODUCIDAS POR INYECCIONES DE ADRENALINA EN EL CURSO DE UNA DISOCIACION AURICULO-VENTRICULAR*, (*Variations morphologiques des complexes ventriculaires spontanées et reproduites par injections d'adrénaline au cours d'une dissociation auriculo-ventriculaire*), D. Olmer, J. Olmer, A. X. Jouve y J. Vague. "Arch. des Mal. du Coeur", 1939, XXXII, 797.

Comentan el caso de un hombre de 48 años que presenta crisis nerviosas y signos de desfallecimiento cardíaco y cuyo e.c.g. revela una disociación a-v con bajo voltaje de los complejos ventriculares.

Los tónicos cardíacos y una serie de inyecciones de cianuro de mercurio no produjeron efecto. En cambio, la inyección diaria de 1 mg. de adrenalina subcutánea provocó la desaparición de las crisis nerviosas y de los signos de insuficiencia cardíaca, persistiendo la mejoría seis meses después de iniciado este tratamiento.

La compresión del seno carotídeo, la compresión ocular y la inhalación de nitrito de amilo no lograron modificar los trazados. En cambio, la acción de la adrenalina fué siempre neta:

1) Después de la inyección se observó una aceleración del ritmo ventricular (de 30 a 45) y una modificación de los complejos que tienen el tipo de bloqueo septo-ventricular (en ocasiones su forma se invierte).

2) Dos meses más tarde, sin administración de adrenalina en ese intervalo, aparece un ritmo ventricular acoplado. La inyección de adrenalina provoca un retardo del ritmo y la aparición de una alternancia regular a báscula de las imágenes de bloqueo de rama.

3) Cuatro meses más tarde los complejos ventriculares son todos del mismo tipo e igualmente espaciados. En II y III la onda rápida está dirigida hacia abajo y la onda T es negativa. Después de la inyección de adrenalina, la amplitud de la onda P y de la onda rápida aumentó marcadamente y la T se hizo positiva en II y III.

Creen que la acción de la adrenalina se ejercería sobre todo por modificación del régimen circulatorio local. — *J. González Videla.*

**HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN CASOS DE ANEURISMA VENTRICULAR.** (*Electrocardiographic findings in cases of ventricular aneurysm*), M. Eliaser y J. Konigsberg. "Arch. Int. Med.", 1939, LXIV, 493.

El análisis de los casos hasta ahora publicados de aneurisma ventricular y el de 5 propios, permite establecer a los autores que en más del 63 por ciento de las observaciones existen modificaciones electrocardiográficas lo suficientemente características como para aconsejar que, cuando se las compruebe en un caso dado, se investigue mediante la exploración radiológica (especialmente la *kimografía*), la presencia de dichos aneurismas.

Esas modificaciones son: 1) deflexión ventricular más amplia dirigida hacia abajo en *I*<sup>a</sup> y hacia arriba en *III*<sup>a</sup>, con *T*<sub>1</sub> negativa (se comprueba en el 27.3 por ciento de los casos); 2) deflexión ventricular más amplia dirigida hacia arriba en *I*<sup>a</sup> y hacia abajo en *II*<sup>a</sup> y *III*<sup>a</sup> (36.4 por ciento de los casos). En el 18.2 por ciento restante los electrocardiogramas mostraron solamente un bloqueo de rama u otras modificaciones de poco valor diagnóstico. — *M. Jorlevich.*

**EL ELECTROCARDIOGRAMA DURANTE EL SHOCK INSULINICO COMO TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS.** (*The electrocardiogram during insulin shock treatment of schizophrenia and other psychoses*), S. Bellet, H. Freed y W. W. Dyer. "Arch. J. Med. Sc.", 1939, CXCVIII, 533.

Los autores estudian las alteraciones e.c.g. que se producen durante el shock insulínico provocado en 40 enfermos, afectos de esquizofrenia u otras psicosis, pero con aparato cardiovascular indemne.

Los cambios e.c.g. más o menos marcados aparecieron en el 60% de los casos, consistiendo en:

1) depresión del segmento ST.; 2) aplanamiento de ondas T.; 3) prolongación del intervalo QT.; 4) arritmias: fibrilación auricular, extrasístolas auriculares, marcapaso errático y bloqueo sinoauricular; 5) cambios de P y manchas del complejo QRS.

Los cambios más marcados se registraron usualmente durante el período de glucemias más bajas y desaparecieron en la mayor parte de los casos con el retorno del azúcar sanguíneo a niveles normales. — *J. González Videla.*

**MODIFICACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS DURANTE LA ENCEFALOGRAFIA.** (*Modificazioni elettrocardiografiche da encefalografia*), F. Ambrosi "Cuore Circ.", 1939, XXIII, 407.

Refieren los resultados electrocardiográficos en 10 pacientes a los cuales se practicó la encefalografía con inyección de aire, ninguno de los cuales acusaba evidencias clínicas o E. C. G. de afección cardíaca, salvo uno con e

trasistoles ventriculares. Como única modificación encuentran alteraciones de la frecuencia del ritmo, caracterizadas, por ligera taquicardia inicial que, a la media o una hora, se transforma en bradicardia moderada que desaparece después de 5 a 6 horas. — *B. Moia.*

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*UNA ESTADISTICA DE 434 CASOS DE ANGINA DE PECHO; DEDUCCIONES ETIOLOGICAS (Une statistique de 434 cas d'angine de poitrine; déductions étiologiques), A. Berard "J. Med. Lyon", 1939, XX, 521.*

El autor ha seleccionado 434 casos de angina de pecho verdadera, de tipo coronario, entre los cuales incluye, además de la angina de pecho de esfuerzo que constituye la gran mayoría, un pequeño número de anginosos de esfuerzo y decúbito, otro de decúbito solamente y finalmente algunos con infarto de miocardio. Solamente 8 casos tienen verificación necrópsica. De esos 434 casos elimina 27 que presentan otras afecciones cardiovasculares, y sobre los 407 restantes llega a las siguientes conclusiones etiológicas:

*Sexo:* 73% de hombres y 27% de mujeres (atribuye la alta incidencia de mujeres al alcoholismo); *Edad:* para los dos sexos el máximo de frecuencia está entre los 45-65 años. *Sífilis* (investigada por la anamnesis y serología, esta última en el 50% de los hombres y 20% de las mujeres). 14.81% en el hombre y 9.09% en la mujer, para los casos seguros. Destaca luego la importancia de la asociación insuficiencia aórtica sífilítica y angor, y concluye que si bien la hipertensión arterial se encuentra en 222 hombres y 95 mujeres, del grupo no sífilítico, la angina de pecho no se encuentra bajo la dependencia de la hipertensión, destacando el elevado porcentaje de mujeres anginosas con hipertensión. Las conclusiones del autor se aproximan mucho, según sus propias referencias, a las publicadas por Gallavardin hace un año. — *B. Moia.*

*ANGINA DE PECHO EN LA XANTOMATOSIS HEREDITARIA. (Angina pectoris in hereditary xanthomatosis), C. Müller. "Arch. Int. Med.", 1939, LXIV, 675.*

La *xantomatosis*, que es una enfermedad hereditaria relativamente frecuente, puede presentar, además de las localizaciones cutáneas y viscerales más conocidas, manifestaciones cardiovasculares debidas al depósito colesterólico a nivel de las arterias (especialmente aorta y coronarias).

Los *síntomas clínicos*, como las lesiones anatómicas, son semejantes a los de la arterioesclerosis común, siendo especialmente frecuentes la angina de pecho y el infarto del miocardio. Deberá sospecharse esa enfermedad, en los cardíacos en que es evidente la presencia de un factor hereditario independiente de la sífilis, el reumatismo y la hipertensión. El *tratamiento* consiste en la dieta pobre en colesterol y la administración de tiroidina. — *M. Joselevich.*

*ANGINAS DE PECHO DE ORIGEN ANEMICO*, (*Angines de poitrine d'origine anémique*), M. Roger Fromment y J. G. Guiran. "J. Med. Lyon", 1938, XX, 535.

Los autores señalan que si bien la anemia puede hacer revelar o agravar la sintomatología de una lesión coronariana preexistente, en otros casos ella es la sola responsable del síndrome clínico que, en estos casos, se caracterizaría porque el esfuerzo provoca no sólo dolor anginoso sino disnea de esfuerzo y palpitations. La asociación eventual de otros trastornos cardíacos de origen anoxémico (hipertrofia cardíaca con ritmo de galope o alteraciones electrocardiográficas de "tipo coronariano"), no deben hacer desestimar el papel del trastorno sanguíneo en provecho de las lesiones coronarianas, aconsejando, en los casos dudosos, recurrir a la terapéutica reglobulizadora, que dará la clave del diagnóstico, en los casos en los que la desaparición de los diversos síntomas corre pareja con la reglobulización. — *B. Moia*.

*UN NUEVO APORTE A LA ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA ANGINA PECTORIS*, (*A new approach to the etiology and treatment of angina pectoris*), W. J. Kerr. "Trans. Stud. Colleg. Phys. Phyladelphia", 1939, VII, 162.

El autor había observado ya que ciertos anginosos obesos, con un abdomen saliente y péndulo, con incurvaciones exageradas de la columna vertebral, y complexión florida, mejoraban de sus dolores precordiales cuando usaban un soporte abdominal adecuado. Desde luego que estos sujetos tienen mala tolerancia a la posición de pie. En estos pacientes, por las características abdominales descritas existiría, como perturbación fundamental, una defectuosa excursión diafragmática, lo que dificulta muy especialmente la vuelta de la sangre venosa al corazón derecho. Ello determinaría una reducción del rendimiento cardíaco, que acentuaría, en última instancia, la insuficiente circulación coronaria, facilitando la aparición de la crisis anginosa. El uso de una faja elástica que haga las veces de soporte abdominal, es de gran valor para restaurar la función del diafragma, lo que puede complementarse con curas de reducción de peso, seguidas de ejercicios posturales, masaje local, etc. — *B. Moia*.

*ESPASMO CORONARIANO REFLEJO CONSECUTIVO A LA OCLUSION BRUSCA DE OTRAS RAMAS DE LAS CORONARIAS*, (*Reflex coronary artery spasm following sudden occlusion of other coronary branches*), G. W. Manning, C. G. Mc. Eachern y G. E. Hall. "Arch. Int. Med.", 1939, LXIV, 661.

La mortalidad debida a la oclusión coronariana experimental es mucho mayor en los animales concientes que en los anestesiados. Esa mortalidad fué del 10 por ciento de los perros anestesiados y el 40 por ciento de los concientes, después de la ligadura de la coronaria izquierda y del 25 por ciento de los anestesiados y el 75 por ciento de los no anestesiados cuando la ligadura brusca se estableció en la rama circunfleja de dicha arteria.

Los autores comprobaron además que, en todos los casos en que se pro-

## ANÁLISIS DE REVISTAS

dujo una muerte brusca como consecuencia de la ligadura arterial sin anestesia previa, se presentaron también extrasístoles, taquicardia y fibrilación ventricular. La gran mortalidad de los animales no anestesiados podría explicarse por la producción de un espasmo reflejo de las pequeñas arterias y arteriolas colaterales, con el desarrollo consiguiente de nuevas zonas isquémicas sobreagregadas a la inicial. — *M. Joselevich.*

**EDAD, SEXO E HIPERTENSION EN EL INFARTO DEL MIOCARDIO DEBIDO A LA OCLUSION CORONARIANA, (Age, sexe and hypertension in myocardial infarction due to coronary occlusion), A. M. Master, S. Dack y H. L. Jaffe. "Arch. Int. Med.", 1939, LXIV, 767, 1939.**

En los 500 casos analizados, los dos tercios de los ataques ocurrieron entre los 45 y los 65 años de edad (casi un tercio antes de los 50 años). Después de los 64 años se observó una rápida disminución de los casos, pero si se relaciona este hecho con la menor proporción de personas que llega a sobrepasar dicha edad, se debe aceptar que existe por el contrario un aumento progresivo de los ataques hasta los 74 años.

En un grupo de 39 enfermos cuya edad estaba comprendida entre los 27 y 39 años, no pudo demostrarse la intervención del reumatismo, la sífilis, la diabetes, la hipertensión o un factor etiológico de orden familiar. La mortalidad aumenta con los años, siendo escasa por debajo de los 40 y muy grande en los viejos; la causa más frecuente de la muerte es la embolia en los más jóvenes y la insuficiencia cardíaca en los mayores. Los hombres fueron más afectados que las mujeres en la proporción de 3.4 a 1.

La hipertensión se observó en un gran número de casos, más en las mujeres que en los hombres; de acuerdo con la experiencia de los autores, dicha hipertensión debe jugar necesariamente un papel de importancia en la etiología de la oclusión coronariana. — *M. Joselevich.*

## INFECCIOSAS

**CARDIOPATIA REUMATICA EN MELLIZOS, M. Joselevich. "Rev. Arg. Reumat.", 1939, IV, 244.**

Se refiere la observación de dos mellizos de 22 años de edad, uno de los cuales acusa la existencia de la primer crisis de reumatismo poliarticular agudo febril a los 14 años y el otro manifestaciones solapadas a los 19, padeciendo ambos de endocarditis mitral y aórtica, pero predominando en el primero el vicio valvular mitral y el aórtico en el segundo. Se hacen comentarios sobre el problema del reumatismo familiar, y se plantea la hipótesis de que, aun cuando las manifestaciones articulares aparecieron a distinta edad, la agresión cardíaca, pudo haberse hecho en la misma época para ambos hermanos mellizos. — *B. Moia.*

**TAQUICARDIA VENTRICULAR FEBRIL IMPUTABLE AL REUMATISMO Y HABIENDO RETROCEDIDO A CONTINUACION DEL TRATAMIENTO SALICILADO, (Tachycardie ventriculaire fébrile imputable**

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*au rhumatisme et ayant rétrocéde á la suite du traitement salicylé*). A. Dumas. "J. Med. Lyon", 1939, XX, 527.

Se describe el caso de un hombre de 45 años que, sin antecedentes de cardiopatía anterior, presenta crisis de taquicardia de tipo paroxístico que habían hecho su aparición en la convalecencia de una amigdalitis no diftérica. El E.C.G. revela la existencia de extrasístoles bifocales, con R de dirección positiva y negativa. De pronto aparece una salva más o menos regular de extrasístoles a dirección positiva, que caracterizan la taquicardia ventricular. Como el enfermo tenía fiebre, en ausencia de otros datos etiológicos se pensó en una fiebre reumática, administrándole salicilato, con lo cual las crisis desaparecieron totalmente. Después de 10 días de apirexia, al disminuir la dosis de salicilato reaparecieron la fiebre y las crisis de taquicardia. La saliciloterapia más intensa, curó definitivamente al paciente. — B. Moia.

*ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA DEBIDA AL ESTREPTOCOCCO VIRIDANS, CON ESPECIAL REFERENCIA AL PRONOSTICO, (Subacute bacterial endocarditis due to streptococcus viridans, with special reference to prognosis)*. J. A. Capps. "Ann. Int. Med.", 1939, XIII, 280.

Durante un período de 28 años fueron seguidas 139 observaciones de endocarditis bacteriana subaguda debida al *streptococcus viridans*. De todos esos pacientes, 11 sobrevivieron más de 5 años desde el comienzo de la infección, presentando como datos característicos una fiebre menos elevada que los enfermos que murieron y una menor frecuencia de los fenómenos embólicos.

Los autores sostienen que los casos susceptibles de curación deben buscarse entre los enfermos que muestran un cuadro febril ligero y pocas manifestaciones subjetivas, únicos que pueden ser tratados con éxito mediante nuestros actuales procedimientos terapéuticos.

El tratamiento aconsejado por los autores consiste en el reposo prolongado en cama (2 a 4 meses) y en las inyecciones endovenosas diarias, durante 6 a 12 semanas, de una solución de cacodilato de soda. Las mejores perspectivas corresponderían al diagnóstico muy precoz, especialmente en esos enfermos ambulatorios que sólo presentan un estado febril no identificado coincidiendo con soplos precordiales. — M. Joselevich.

## PRESION ARTERIAL

*METODO PARA EL REGISTRO CONTINUO DE LA PRESION ARTERIAL SISTOLICA EN EL HOMBRE. (A method for the continuous recording of systolic arterial pressure in man)*. Doupe J., Newman H. W. y Wilkins R. W. "Jour. Physiol.", 1939, XCV, 239.

Los autores idean un método que permite el registro continuo de la presión sistólica en las arterias del brazo y de los dedos. El aparato consiste esencialmente en un mecanismo automático para mantener la presión en un manguito de tamaño apropiado en valores vecinos a la presión sistólica. El aire pro-

viene de un tanque a presión constante (400 mms. Hg.) y para entrar al manguito debe pasar a través de una válvula electromagnética. La válvula es puesta en actividad por las pulsaciones registradas en las porciones distales del manguito, las que actúan sobre una célula fotoeléctrica cuya corriente amplificada actúa sobre un éla y que a su vez cierra momentáneamente el circuito de la válvula admitiéndose aire al manguito. — E. Braun Menéndez.

**NIVEL DE LA PRESION ARTERIAL NORMAL: UN ESTUDIO ESTADISTICO Y CLINICO DE 11.383 PERSONAS.** (*Range of normal blood pressure; a statistical and clinical study of 11.383 persons*), S. C. Robinson y M. Brucer. "Arch. Int. Med.", 1939, LXIV, 409.

Las cifras tensionales normales oscilan entre 90 y 120 para la máxima y entre 60 y 80 para la mínima. La presión arterial normal no se modifica con la edad, variando muy poco después de la adolescencia, en que adquiere sus cifras definitivas.

La llamada *hipotensión arterial* no es una enfermedad sino una presión arterial ideal; los síntomas que se le atribuyen se comprueban por igual con todas las cifras tensionales.

La *hipertensión ligera* indica el comienzo de la enfermedad *hiperpiesia*; es entre esas personas que se encuentran los casos de "enfermedad cardíaca hipertensiva". Esa hipertensión comienza en la edad temprana y continua en progresivo aumento; no se trata de una enfermedad que aparezca bruscamente en la mitad de la vida. Más del 40 por ciento de los adultos presentan una hipertensión incipiente o bien establecida.

El menor índice de mortalidad se comprueba en las personas hipotensas: los que tienen una presión superior a 120 y 80 milímetros de mercurio presentan un porcentaje mayor de muertes que los que la tienen inferior a dichas cifras. — M. Joselevich.

**EFFECTO DE LA ACTIVIDAD VASOMOTORA PERIFERICA SOBRE LA PRESION ARTERIAL SISTOLICA EN LAS EXTEMIDADES DEL HOMBRE,** (*The effect of peripheral vasomotor activity on systolic arterial pressure in the extremities of man*). Doupe J., Newman H. W. y Wilkins R. W. "Jour. Physiol.", 1939, XCV, 244.

Los autores miden simultáneamente la presión sistólica en la arteria braquial y en las arterias digitales empleando varios métodos. Al mismo tiempo midieron la temperatura y registraron el débito sanguíneo de los dedos. Los valores de la presión sistólica obtenidos por medición en la porción distal o proximal de la arteria de un miembro son iguales, siempre que el flujo sanguíneo al miembro sea pequeño.

La vasodilatación de un miembro trae como consecuencia un descenso de la presión sistólica en la porción distal comparada con la presión medida en la proximal. Al contrario una vasoconstricción en un miembro que previamente tenía vasodilatación, es seguido de un aumento de la presión sistólica medida en la porción distal comparada con la medida en la porción proximal. — E. Braun Menéndez.

*PRODUCCION DE HIPERTENSION NEUROGENICA DE ORIGEN RENAL.* (*Production of a sustained neurogenic hypertension of renal origin*), K. S. Grimson, J. J. ouckaert y C. Heymans. "Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.", 1939, XLII, 225.

Es sabido que la desnervación de los senos carotídeos junto con la sección de los nervios depresores provoca en el perro una hipertensión arterial permanente. Si a estos animales se les extirpa el simpático en su totalidad la presión arterial vuelve a la normal.

Los autores extirparon en 3 perros todo el simpático salvo los nervios que van al riñón y a la suprarrenal. Luego extirparon los "4 frenos" de la presión arterial. La presión arterial subió y alcanzó un nivel elevado, en el que se mantuvo durante los 20 a 30 días que duró la observación. La desnervación del pedículo renal en dos animales determinó el descenso de la presión al nivel normal en el que permaneció durante los 90 y 40 días, respectivamente, que duró la observación.

Esta importante observación revela que una hiperactividad de los nervios vasoconstrictores espláncnicos renales es capaz de producir hipertensión arterial. — E. Braun Menéndez.

## TERAPEUTICA

*LA POTENCIA DE LAS PREPARACIONES DIGITALICAS DE LA FARMACOPEA DE 1936.* (*The potency of digitalis preparations of the 1936 Pharmacopeia*), Ch. W. Edmunds. "J. A. M. A.", 1939, CXIII, 284.

El autor ha comprobado que en los compuestos digitálicos preparados según la farmacopea de 1936, que se utilizan en los Estados Unidos, existe un aumento de potencia con respecto a los de la farmacopea de 1926 anteriormente empleados.

Ese aumento es debido a la utilización de las unidades internacionales como método de dosificación. Representa entre el 25 y 30 por ciento de aumento con respecto a la potencia de las preparaciones anteriores y no el 50 a 70 por ciento encontrado por las investigaciones de otros autores. Esa diferencia en los resultados se explicaría, según el autor, porque dichos investigadores incurrieron en errores de técnica o de cálculo. — M. Joselevich.

*SOBRE UN METODO ORIGINAL DE VALORIZACION CLINICA DE LOS PREPARADOS DIGITALICOS.* (*Su di un metodo originale di valutazione clinica della attività terapeutica dei preparati digitalici*). T. Sessa. "Cuore Circ.", 1939, XXIII, 385.

El autor pasa en revista los métodos experimentales de titulación digitálica, dando la preferencia a los de titulación clínica, destacando, sin embargo, que no existe todavía un criterio exacto para apreciar el efecto de la digital, tanto sobre el corazón sano como el enfermo. Propone, en consecuencia, estudiar los efectos de la digital sobre la velocidad circulatoria, colocando al sujeto en con-

diciones higiénico-dietéticas constantes. La aceleración digitálica de la velocidad circulatoria, medida con el método del cloruro de calcio, puede servir, no sólo para juzgar los resultados de la digitaloterapia, sino también como "test clínico" para la valoración terapéutica de los preparados digitálicos. — *B. Moia.*

*DEBE ADMINISTRARSE DIGITAL A PACIENTES CON BLOQUEO PARCIAL PREEXISTENTE?*, (*Should digitalis be administered to patients with preexisting partial heart block?*), H. L. Blumgart y M. D. Altschule. "Am. J. Med. Sc.", 1939, CXVIII, 455.

Con el fin de contribuir a la solución del problema acerca de si la digital debe ser administrada en pacientes con bloqueo cardíaco parcial, los autores tratan con dicha droga 19 casos, casi todos con insuficiencia congestiva. En catorce el PR prolongado era debido a una esclerosis coronaria, existiendo además en tres de ellos una relación variable 2:1 y 1:1 entre las contracciones auriculares y ventriculares. Los cinco pacientes restantes mostraban un PR prolongado asociado con reumatismo cardíaco, presentando dos de ellos manifestaciones de infección activa.

La digital fué administrada en dosis calculadas sobre la base del peso corporal, pero no alcanzando la dosis total estipulada por Eggleston.

De los 19 casos, el intervalo PR no se modificó en 11, en tres se prolongó 0.02" y en otros tres 0.04"; en un paciente el PR se acortó en 0.04" y en otro 0.08".

No ocurrió ninguna alteración del ritmo como consecuencia de la medicación digitálica, con excepción de un solo caso en el que un bloqueo 2:1 desapareció para ser reemplazado por una respuesta normal 1:1.

Los resultados demuestran que la digital, a dosis suficientes para inducir efectos terapéuticos, puede ser dada a pacientes con bloqueo parcial sin provocar trastornos en el pasaje de estímulos de aurículas a ventrículos. La presencia de bloqueo parcial no constituye pues una contraindicación de la digital. — *J. González Videla.*