

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

RELACION DEL VOLUMEN-MINUTO CON LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. (*Relation of cardiac output to congestive heart failure*). J. Mc. Guire, R. Shore, V. Hauenstein y F. Goldman. "Arch. Int. Med.", 1939, LXIII, 290.

En 19 de los 20 enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva estudiados existía una franca disminución del *volúmen-minuto*. Los autores explican el hecho de que esa reducción del *volúmen-minuto* falte a menudo, conforme ha sido comprobado por otras investigaciones en casos de insuficiencia cardíaca congestiva, por la frecuente superposición de diferentes factores que lo aumentan: 1) ejercicio asociado con hiperpnea; 2) excitación y ansiedad; 3) anoxemia prolongada de los tejidos; 4) metabolismo aumentado; 5) aumento de la presión venosa; 6) febrícula. — *M. Joselevich.*

ACCION DEL ALCOHOL OCTILICO (OCTANOL PRIMARIO) SOBRE EL APARATO CIRCULATORIO. R. Perez Cirera y R. González Ruiz. "Arch. Lat. Am. Card. y Hemat.", 1938, VIII, 273.

En el gato descerebrado encuentra descenso de la presión arterial, con inyecciones endovenosas de solución al 1:1000. En el corazón aislado de rana, e "in situ", de gato, se observa en el primero, disminución gradual de la amplitud de las contracciones que se vá intensificando a medida que se usan diluciones más concentradas desde 1:250.000 a 1:100.000. Coincidiendo con esto hay un aumento progresivo del tono. En concentración a 1:40.000 se observa gran disminución de la amplitud y aumento del tono hasta ponerse en estado de semicontracción. Hechos semejantes se observan, en el segundo, con concentraciones al 1:000. Estos efectos son pasajeros desapareciendo cuando se perfunde con Ringer. Sobre los capilares, en el preparado de rana Lowen-Trendelenburg, se observa, al principio, vasodilatación reemplazada rápidamente por enérgica contracción que puede llegar a impedir la circulación y el goteo en el preparado. — *B. Moia.*

SOBRE LA FISIOPATOLOGIA DE LOS GANGLIOS NERVIOSOS INTRACARDIACOS (*Sulla fisiopatologia dei gangli nervosi intracardiaci*). I. D'Amato y G. M. Cataldi. "Cuore Circ", 1939, XVII, 113.

Los autores describen en el perro, 4 conglomerados ganglionares: el 1º, ó de la región interatriosinusal; el 2º, ó del cono arterial; el 3º, ó del surco auriculo-ventricular posterior, y el 4º, ó de la aurícula izquierda. Estudian los efectos de la excitación, por el calor, parálisis, por el frío, y destrucción, por la cauterización (termocauterio, alcohol fenicado). Solamente el primer conglomerado actúa sobre la frecuencia del ritmo auriculo-ventricular, que aumenta cuando se lo calienta y disminuye cuando se lo enfría. Los otros conglomerados sólo modifican el ritmo cuando se los destruye.

La destrucción o la congelación de los diversos acúmulos ganglionares produce, en cambio, con cierta constancia, modificaciones del complejo QRS que las

asemejan, en un todo, a las observadas espontánea y experimentalmente en las alteraciones de la circulación coronaria. Los autores creen que es la primera vez que, sin actuar directamente sobre las coronarias o sobre el miocardio ventricular, se obtienen alteraciones E.C.G. de tipo coronario, actuando sobre las aurículas.

Estos resultados podrían explicarse admitiendo que, siendo la función del miocardio regulada por los ganglios intracardiacos, se observaran perturbaciones miocárdicas cada vez que aquellos se perturban o, lo que los autores creen más aceptable, que los ganglios regulan el funcionamiento coronario, a través del cual se observan las perturbaciones miocárdicas. *B. Moia.*

ESTUDIOS SOBRE LA DIURESIS MERCURIAL. II. EL EFECTO INMEDIATO SOBRE LA PRESION VENOSA. (Studies on mercurial diuresis. II. The immediate effect on the venous blood pressure). I. F. Volini y R. O. Levitt. "Am. Heart J.", 1939, XVIII, 187.

Del estudio de 79 pacientes deducen que la presión venosa disminuye después de una abundante diuresis mercurial (Esidrón), así como después de una diuresis espontánea copiosa; al parecer, la caída de la presión venosa es directamente proporcional a la cantidad de orina emitida en las 24 horas. Discuten el posible mecanismo de la influencia de la diuresis sobre la presión venosa. — *R. Vedoya.*

SÉMIOLOGIA

UN NUEVO SIGNO DE INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA (A new sign of left ventricular failure). P. Wood y A. Selzer. "Brit. Heart J.", 1939, I, 81.

En los casos de hipertrofia del V.I. por hipertensión arterial o insuficiencia aórtica, es frecuente observar una onda P ensanchada, de bajo voltaje, usualmente bífida o adoptando una configuración en meseta; sugieren que esta modificación de la onda P traduce una hipertrofia de la aurícula izquierda. — *R. Vedoya.*

ANÁLISIS SEMIOLOGICO DE LA INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA. T. Padilla, M. Campora, S. Tittlin, A. Olivieri y A. Trimani. "Arch. Urug. Card.", 1939, II, 163.

Se analizan 384 casos de alteración cardiovascular de variada etiología, presentando el síndrome común de la insuficiencia ventricular izquierda caracterizada por angina de pecho en 57 %; asma cardíaca en 36 %; ritmo de galope en 20 %; edema agudo de pulmón en 6 %; fenómenos de insuficiencia congestiva en 27 % y pulso alternante en 3 %. Sobre los 384 en 382 había un E.C.G. con alguna anormalidad aunque fuera pequeña, aun cuando no se encuentra un E.C.G. característico de la insuficiencia ventricular izquierda. — *B. Moia.*

LA DISOCIACION DE LA PRESION VENOSA PERIFERICA Y DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA. SIGNO CARACTERISTICO DE LA OBSTRUCCION DE LA VENA CAVA SUPERIOR. J. Pujol Izquierdo. "Rev. Cubana Card.", 1939, II, 25.

El autor insiste nuevamente en que, el hallazgo de una acentuada hipertensión venosa en miembros superiores con velocidad circulatoria normal, es un signo de positivo valor en el diagnóstico de la obstrucción de la vena cava superior. — *B. Moia.*

EL COMPORTAMIENTO DEL PULSO, RESPIRACION, PRESION ARTERIAL y VENOSA Y VELOCIDAD CIRCULATORIA, AL ESFUERZO, (Il comportamento allo sforzo del polso, del respiro, della pressione arteriosa, della velocità di circolo e della pressione venosa). J. A. Cino. "Folia Med", 1939, XXV, 139.

Basándose en los estudios de Cossio, Berconsky y del Castillo, el autor ha tratado de relacionar las cifras obtenidas determinando la velocidad circulatoria por el $C^{12}Ca$, con las de la frecuencia del pulso, respiración, y presiones arterial y venosa, en 30 trabajadores del Africa Oriental Italiana integrados por sujetos aparentemente sanos y por enfermos del aparato cardiovascular, con o sin insuficiencia circulatoria ostensible, antes y después de ejecutar 30 flexiones en un minuto.

Ello le permite observar que, mientras que en el sujeto sano, después del esfuerzo, el tiempo de velocidad circulatoria disminuye, mientras que la presión arterial máxima aumenta y la mínima tiende a disminuir, en el cardiópata, el tiempo de velocidad circulatoria aumenta, la máxima tiende a bajar y la mínima a subir. — *B. Moia.*

CONSIDERACIONES SOBRE EL ASPECTO RADIOLOGICO DE LA AORTA EN POSICION TRANSVERSA IZQUIERDA, (Considérations sur l'aspect radiologique de l'aorte en position transverse gauche). R. Heim de Balsac. "Arch. des Mal. du Coeur", 1939, XXXII, 1.

El examen radiológico de la aorta en posición transversa izquierda puede mostrar el trayecto, posición y calibre de todo el vaso, o al menos de algunos segmentos que habitualmente se visualizan mal; completa por lo tanto el examen realizado en otras incidencias y merece ser practicado sistemáticamente. — *R. Vedoya.*

PRESION DE LOS TEJIDOS: UN METODO OBJETIVO DE SEGUIR LOS CAMBIOS DE LA PIEL EN LA ESCLERODERMIA, (Tissue pressure: an objective method of following skin changes in scleroderma). W. A. Sodeman y G. E. Burch. "Am. Heart J.", 1939, XVII, 21.

En 7 sujetos que padecen esclerodermia, la presión en el tejido subcutáneo de las zonas afectadas varia de 26 a 320 mm. de agua, mientras que en los sujetos normales esa determinación no excede de 54 mm.

Sugieren la utilidad de este procedimiento en el diagnóstico de los casos

de esclerodermia con signos clínicos atenuados, antes de la aparición de síntomas subjetivos manifiestos; como las cifras varían de acuerdo a la intensidad de la esclerodermia, el método ofrece una guía para valorar la eficacia de la terapéutica empleada. — *R. Vedoya.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

DERIVACIONES PRECORDIALES EN ELECTROCARDIOGRAFIA CLINICA, (*Chest leads in clinical electrocardiography*), P. Wood y A. Selzer, "Brit. Heart J.", 1939, I, 49.

Estudian 314 pacientes con distintos tipos de cardiopatía, en cada uno de los cuales registran 6 derivaciones precordiales. Sitúan el electrodo proximal en 3 puntos: "pectoral derecho" (C_1), "pectoral izquierdo" (aproximadamente C_3) y punta; con fines comparativos, colocan el electrodo distal en el brazo derecho y la pierna izquierda. De acuerdo a la nomenclatura recientemente aconsejada, registran aproximadamente: CR_1 , CR_3 y D IV R, así como CF_1 , CF_2 y D IV F.

Comentan interesantes características en las carditis reumáticas, pericarditis, B. de R., infarto de miocardio; analizan las modificaciones digitálicas así como las variaciones halladas en los casos de hipertrofia del V.D. o del V.I.

Prefieren el brazo derecho para colocar el electrodo indiferente, aunque el uso de la pierna izquierda puede ser útil en casos especiales (principalmente para distinguir la hipertrofia del V.I. de la posición horizontal del corazón por elevación del diafragma). Manifiestan también que las derivaciones precordiales múltiples suministran una información más amplia que el empleo de una derivación IV aislada, evitando a veces falsas interpretaciones. — *R. Vedoya.*

LA DURACION DE Q-T EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DESPUES DE EXTRASISTOLES VENTRICULARES, (*Die Q-T Dauer im Elektrokardiogramm nach ventrikulären Extrasystolen*), L. Marx, Z. Kreislaufforschg, 1939, XXXI, 42.

El autor ha estudiado la duración del intervalo Q-T después de extrasístoles ventriculares, encontrándolo acortado, y tanto más, cuanto más larga es la pausa compensadora postextrasistólica. De ahí saca la conclusión que el valor del Q-T no solo está en relación con la frecuencia cardíaca, sino que un factor importante es la magnitud del volumen sistólico. Un volumen sistólico grande acorta el intervalo Q-T. — *F. Battle.*

P-R ACORTADO CON O SIN QRS ANCHO Y MELLADO, V. S. Terán, "Rev. Med. Rosario", 1938, XXVIII, 1191.

El autor refiere la observación de QRS ancho y mellado con P-R corto, en un viejo anginoso, y 5 casos de P-R corto (menor de 0.12"), sin QRS ancho, pertenecientes a: dextrocardia, enf. de Ayerza, pulso paradojal, angor pectoris y sujeto aparentemente sano.

En ninguno se observó aparición de accesos de taquicardia paroxística o

flutter y fibrilación, ni en los trazados, ni en los antecedentes. En la mitad de los casos había desviación del eje eléctrico a la derecha. — *B. Moia*.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA SEMIOLOGIA DE LA ONDA Q EN LOS PADECIMIENTOS DE LA RED CORONARIA, I. Chávez y L. Méndez, "Arch. Lat. Am. Card. y Hemat.", 1938, VIII, 205.

Estudian 119 E.C.G. con aumento de voltaje de Q, predominantemente en DIII. La encuentran en el 36% de infartos cardíacos y 15% angor de esfuerzo. Además otro 36% presentó alteraciones vasculares degenerativas o inflamatorias lo que, sumado a los anteriores, dá 87% ed compromiso de la circulación coronaria. En consecuencia, una onda Q, profunda aún fuera de todo otro dato clínico, y máxime si mide más del 25% de la R, se puede considerar como un excelente signo del síndrome de insuficiencia coronaria, y debe hacer sospechar el ataque de un territorio miocárdico importante, con especial participación del septum interventricular. — *B. Moia*.

LA SIGNIFICACION DE LOS ELECTROCARDIOGRAMAS QUE MUESTRAN UNA "SEGUNDA ONDA POSITIVA DE QRS" EN III DERIVACION, (*The significance of electrocardiograms showing a "second positive wave of QRS in lead III*), A. A. Fitzgerald Peel, "Brit. Heart J.", 1939, I, 86.

Sobre un total de 1200 casos, encuentran 62 que presentan una "segunda onda positiva de QRS₃" (R') según el criterio de Katz y Slater; analizan estos casos con el objeto de precisar la significación diagnóstica y pronóstica de aquél signo electrocardiográfico. De su estudio se deduce:

1º — Cuando la onda R' constituye la única anormalidad del ecg, existe una afección cardíaca con mayor frecuencia que en los casos con ecg normal (70% y 43%).

2º — Cuando la onda R' coexiste con otras significativas anormalidades del ecg, se comprueba la existencia de una cardiopatía en la totalidad de los casos y el porcentaje de mortalidad asciende al 90%.

3º — Cuando la onda R' coexiste con una onda R₃ mayor de 2 mm., adquiere mayor significación diagnóstica, comprobándose una afección cardíaca en el 100% de los casos; el pronóstico se agrava, pues la mortalidad asciende al 75%, mientras que alcanza sólo al 45% si R₃ es menor de 2 mm.

4º — La duración del complejo QRS carece de significación diagnóstica, pero es un importante índice para el pronóstico; cuando el complejo QRS dura menos de 0.08" el porcentaje de mortalidad alcanza al 22%, elevándose al 72% cuando la duración de QRS sobrepasa aquella cifra. — *R. Vedoya*.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO DE LOS FRENICECTOMIZADOS, I. Ortega Verdes, "Rev. Cubana Card.", 1938, I, 141.

El autor estudia las modificaciones electrocardiográficas sufridas por 50 tuberculosos pulmonares, antes de la ejecución de la frenicectomía, durante las

distintas etapas de la intervención quirúrgica, y posteriormente, después de la elevación diafragmática. No observa mayores modificaciones del complejo P, ni del ritmo, ni de la conducción a-v. Las variaciones de forma del complejo QRS no son llamativas ni constantes, no habiendo observado tampoco rotación del eje eléctrico a la derecha. Tampoco encuentra modificaciones en la derivación IV. — *B. Moia.*

VARIACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS DESPUES DE LA FRENI-COEXERESIS, (*Variazioni elettrocardiografiche dopo frenicoexeresi*), V. Agnello, "Cuore Circ.", 1939, XXVII, 87.

El autor divide a los frenicectomizados en dos grupos; aquellos en los que la intervención vá seguida de notable elevación diafragmática, y aquellos en que esta elevación no es tan acentuada.

En los primeros observa casi siempre que el eje eléctrico tiende a desviarse, especialmente hacia la derecha. Se observan también modificaciones en el voltaje más irregulares. En general las modificaciones del eje eléctrico son más acentuadas en las intervenciones izquierdas, que en las derechas.

Las modificaciones son también menos evidentes en los casos en que el diafragma no sufre acentuadas elevaciones. Cree que en tales casos interviene, además de las modificaciones mecánicas, las derivadas de la sección de las fibras vago-simpáticas. — *B. Moia.*

EL EFECTO DE LA ALCALOSIS Y DE LA ACIDOSIS SOBRE LA ELECTROCARDIOGRAMA HUMANO, (*The effects of alkalosis and of acidosis upon the human electrocardiogram*), P. S. Barker, A. Arbor, E. L. Shrader y E. Ronzoni, "Am. Heart J.", 1939, XVII, 169.

De sus investigaciones deducen que la alcalosis, producida por hiperventilación voluntaria o por ingestión de bicarbonato sódico, reduce la amplitud de la onda T; en cambio, la acidosis, producida por ejercicio muscular o ingestión de cloruro de amonio, aumenta el voltaje de la onda T. — *R. Vedoya.*

MODIFICACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS DURANTE LA NARCOSIS ENDOVENOSA (*Modificazioni elettro cardiografiche durante la narcosi intravenosa*), F. Ambrosi "Cuore Circ.", 1939, XVII, 146.

El autor refiere sus observaciones con el Evipán sódico y el Eunarcon, inyectados por vía endovenosa, al conejo. En unos casos no aparecen sino modificaciones triviales, pero en otros se ven aparecer serios trastornos en la conducción tanto a-v como intraventricular y perturbaciones del tipo de las observadas en la mala circulación coronaria. Cree por lo tanto que deben cuidarse mucho las dosis inyectadas en clínica humana, tratando de evitar los peligros de la hiperdosificación. — *B. Moia.*

ARRITMIAS Y BLOQUEO

EXTRASISTOLES VENTRICULARES PROVOCADOS POR EXCITACION ELECTRICA DEL CORAZON HUMANO PUESTO AL DESCUBIERTO Y ROTADO TREINTA GRADOS SOBRE SU EJE LONGITUDINAL, EN DIRECCION CONTRARIA A LAS AGUJAS DEL RELOJ, (Ventricular extrasystoles induced by electrical stimulation of the exposed human heart rotated thyrty degrees counterclockwise on its vertical axis). C. J. Lundy, I. Treiger y D. Davison, "Am. Heart J.", 1939, XVII, 85.

Durante una intervención quirúrgica que expone el corazón, aplican estímulos eléctrico en los siguientes puntos: 1) cara anterior del V.I., cerca de la base, 2) cara anterolateral del V.I., cerca de la punta, 3) cara posterior del V.D., en la base, 4) cara anterior del V.D., cerca de la punta.

La similitud de la forma de los extrasístoles (registrados simultáneamente en I y III D) obtenidos por estimulación de los puntos 1 y 3, así como la semejanza de los registrados en los puntos 2 y 4, parece indicar que la forma de los extrasístoles depende más de la proximidad del punto excitado a la punta o base del corazón, que de su situación en el V.I. o en el V.D. — R. Vedoya.

FORMAS POCO FRECUENTES DE RITMOS EN LOS CUALES PARTICIPA EL NOBULO A-V, (Unusual forms of rhythms involving the A-V node), L. N. Katz y L. G. Kaplan, "Am. Heart J.", 1938, XVI, 694.

Comentan 4 casos de arritmias debidas a la actividad del nódulo a-v. que presentan curiosas características.

- a) En un caso la compresión del seno carotídeo izquierdo provoca bradicardia sinusal, escapes nodales sucesivos, disociación con interferencia y un aparente "ritmo recíproco", aunque se trata en realidad de una captura ventricular. En otra ocasión, la compresión bilateral del seno carotídeo produce bradicardia sinusal, escapes nodales sucesivos con algunas ondas P retrógradas y verdadero "ritmo recíproco".
- b) Otros casos de ritmo nodal muestran un PR (RP) variable, eliminando los autores la posibilidad de que se trate de disociación con interferencia (según nuestro modo de ver, a pesar de sus argumentos, el segundo de estos casos no es convincente).
- c) El tercer caso presenta un ecg con PR acortado y QRS ancho y mellado, en el cual se observan varios ciclos de origen sinusal siguiendo a cada extrasístole ventricular: el trastorno de conducción intraventricular (?) no desaparece en los ciclos sinusales, aunque en II D se observa un franco cambio de forma de QRS. La onda P es distinta durante el PR corto y el normal, por lo cual consideran que se trata de un ritmo nodal interrumpido por contracciones de origen sinusal que aparecen a continuación de los extrasístoles ventriculares. Generalizan esta interpretación a todos los casos similares a aquellos descritos por Wolff, Parkinson y White, aunque en ellos no se observa, generalmente, cambio de forma de la onda P en relación a la duración del PR. — R. Vedoya.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO ANATOMO-CLINICO DE LA DISOCIACION AURICULO-VENTRICULAR PERMANENTE A RITMO VENTRICULAR RAPIDO. (*Contribution á l'étude anatomo-clinique de la dissociation auriculo-ventriculaire permanente a rythme ventriculaire rapide*), J. Lequine y T. Sanabria, "Arch. Mal. du Coeur", 1939, XXXII, 27.

Comentan un caso que presenta sucesivamente: bloqueo a-v parcial 2:1 con una frecuencia auricular de 150 por minuto, ritmo nodal rápido (125 por minuto), y finalmente, disociación a-v con ritmo ventricular rápido e irregular, oscilando la frecuencia entre 80 y 120 por minuto.

La necropsia demuestra la normalidad del nódulo a-v y del sistema de conducción; en cambio, se comprueba un pequeño infarto localizado en el tabique interventricular, en la inmediata vecindad de la bifurcación del haz de His, e interesando filetes nerviosos que intervienen en la inervación del sistema hisiano.

Manifiestan que una lesión del miocardio no específico, por irritación de estos elementos nerviosos, puede determinar la aparición de ciertos ritmos rápidos del corazón. — R. Vedoya.

BLOQUEO DE RAMA. (*Bundle Branch Block. Criteria of classification, diagnosis and prognosis; a study of two hundred and ten cases, with follow-up data*). H. A. Freund y R. Sokolov, "Arch. Int. Med.", 1939, LXIII 318.

No existe cuadro clínico del bloqueo de rama, pudiéndoselo encontrar en corazones normales o poco menos tanto como en otros dañados por las lesiones más diversas. El diagnóstico no es hecho ni sospechado, prácticamente nunca antes de efectuar el electrocardiograma. En el 42% de los enfermos no se registraron antecedentes cardíacos y en un 26% tampoco existía un agrandamiento apreciable del corazón.

El pronóstico del bloqueo de rama no depende del mismo sino del estado del enfermo, el del miocardio y el de las lesiones que lo originan. La mayoría de los enfermos mueren dentro del primer año de obtenido el trazado; si sobreviven después de ese plazo, es probable que lo hagan todavía por un largo tiempo.

Los enfermos con *trombosis coronariana* y con *sífilis cardio-vascular* presentan un pronóstico inmediato grave; los con *cardiopatía tiroidea* o *congénita* son de pronóstico mucho más benigno y los *reumáticos* y *arterioescleróticos* tienen un pronóstico intermedio entre los ya citados. — M. Joselevich.

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

PRECORDIALGIA MIASTENICA DE ESFUERZO. T. Ortíz Ramírez, "Arch. Lat. Am. Card. y Hemat.", 1938, VIII, 223.

Se describe un caso de precordialgia que aparecía en un sujeto en estado de agotamiento nervioso, y fatigabilidad muscular, caracterizándose por un dolor que aparecía en forma progresiva, en la parte superior del pecho, cuando el

sujeto caminaba varias cuerdas. La circunstancia de que el dolor desaparecía bruscamente si el sujeto contenía la respiración y reaparecía en las inspiraciones profundas, hizo suponer la existencia de fatiga de la musculatura intercostal. Un entrenamiento muscular general acabó con las molestias. — B. Moia.

OCCLUSION CORONARIA, INSUFICIENCIA CARDIACA Y TEMPERATURA AMBIENTE. (*Coronary occlusion, heart failure, and environmental temperatures*). W. Bennett Bean y C. A. Mills, "Am. Heart J.", 1938, XVI, 701.

Los ataques de oclusión coronaria son más frecuentes en invierno que en verano, así como la aparición de la insuficiencia cardíaca de origen reumático o arterioescleroso; esta relación no existen, en cambio, en la insuficiencia cardíaca sifilítica por insuficiencia aórtica.

Se atribuye a la mayor frecuencia de las infecciones y a la aceleración del metabolismo general durante el invierno, aconsejando para aquellos pacientes el cambio de clima, permanente o transitorio. — R. Vedoya.

LOCALIZACION DE LOS INFARTOS CARDIACOS EN EL HOMBRE. I. COMPARACION DE LOS METODOS DE LOCALIZACION ANTERO-POSTERIOR CON LOS DE HACES MUSCULARES. (*Localization of cardiac infarcts in man. I. A comparison of anterior-posterior with Muscle Bundle Modes of Localization*). II. VEINTE Y NUEVE NUEVOS CASOS DE LOCALIZACION DE LOS HACES MUSCULARES, CON CONFIRMACION POST MORTEM. (II. *Twenty-nine New Cases of Muscle Bundle Localization with Postmortem Confirmation*). J. S. Robb y R. C. Robb. "Am. J. Med. Sc.", 1939, VII, 18.

Del resumen de ambos trabajos los autores llegan a las siguientes conclusiones: El método T_1 , T_3 , de localización, concuerda con el de los haces musculares, cuando se trata de infartos de localización común. Cuando el infarto se localiza en forma no usual y falta la relación recíproca T_1 - T_3 , con el método propuesto se puede presumir que, haciendo exclusiva referencia a las derivaciones I y III, cuando el segmento R- T_1 está deprimido, hay compromiso del haz músculo *bulbo espiral superficial*; cuando lo es el R- T_3 , hay compromiso del músculo *sino espiral profundo*; cuando RT_1 y RT_3 están elevados hay lesión del músculo *sinoespiral superficial*; cuando nace en o próximo al vértice de R en todas las derivaciones, especialmente cuando hay bajo voltaje, existe lesión del músculo *bulboespiral profundo*. Los hallazgos clínicos complementan la E.C.G. ya que el dolor predomina en los ataques de los músculos superficiales, mientras el colapso lo hace en los de los profundos.

El pronóstico en los infartos del músculo *sinoespiral profundo* es grave y exige un tratamiento energético; el peligro es aun mayor en los del *bulboespiral profundo* que se acompaña frecuentemente de muerte brusca. — B. Moia.

ESTUDIOS SOBRE LA CIRCULACION CORONARIA. VI. EL EFECTO DE ALGUNOS CUERPOS DEL GRUPO DIGITALICO SOBRE LA CIRCULACION CORONARIA. (*Studies on coronary circulation. VI.*

ANÁLISIS DE REVISTAS

The effect of some members of the digitalis group on the coronary circulation). A. M. Ginsberg, O. O. Stoland y K. A. Siler. "Am. Heart J.", 1938, XVI, 663.

Estudian experimentalmente la acción de varios preparados digitálicos sobre la circulación coronaria, comprobando que ésta disminuye en los primeros 10 minutos que siguen a la inyección, pero luego, durante un período más prolongado, observan generalmente un aumento de la circulación coronaria. Deducen de sus experiencias que la acción vasoconstrictora coronaria de la digital no es suficiente para contra-indicar su uso en las afecciones cardíacas, salvo en aquellos casos en los cuales existe una acentuada deficiencia de la circulación coronaria. Por otra parte, es de notar que la acción vasoconstrictora es mucho más acentuada en la preparación corazón-pulmón que en el perro intacto, de modo que hay derecho para pensar que los otros cambios circulatorios que siguen a la administración de digital impiden, en cierto grado, la disminución de la circulación coronaria. — R. Vedoya.

VALVULAS

LA CIANOSIS EN LA ESTENOSIS MITRAL (*The cyanosis in mitral stenosis*). P. Cossio e I. Berconsky. "Am. Heart J.", 1939, XVII, 1.

Estudian los gases en sangre, aire alveolar, presión venosa y otros datos hemodinámicos, con el objeto de aclarar la causa de la cianosis en la estrechez mitral; de los 22 casos estudiados, 20 presentaban cianosis de mayor o menor grado.

En 6 pacientes la cianosis fué debida a una mayor utilización periférica del oxígeno (cianosis periférica), mientras que en otros 10 pacientes se agregaba un aumento de la insaturación de O_2 de la sangre arterial (cianosis mixta); en 4 casos los datos obtenidos no explican la cianosis, pues la cantidad de hemoglobina reducida que existe en la red capilar no excede el "umbral de cianosis".

El factor central de la cianosis (aumento de la insaturación de O_2 en la sangre arterial) se atribuye a la congestión pulmonar; la cianosis periférica se debe al éstasis circulatorio, en parte debido a la insuficiencia cardíaca y en parte a un factor mecánico actuando sobre la vena cava superior (agrandamiento de la aurícula izquierda y rotación del corazón), cuya existencia se comprueba al intentar el cateterismo de la aurícula derecha por vía venosa.

En aquellos casos en los cuales la cantidad de hemoglobina reducida en la sangre capilar no sobrepasa los valores mínimos, la cianosis puede ser debida a la dilatación de las pequeñas venas de la red capilar, producida por la hipertensión venosa de la insuficiencia cardíaca, o bien por el aumento de la presión venosa causado por el obstáculo mecánico a nivel de la vena cava superior; los autores manifiestan que el último factor puede ser, por sí solo, la causa de la "facies mitral". — R. Vedoya.

DESDOBLAMIENTO DEL PRIMER RUIDO DEL CORAZON EN LA ESTENOSIS MITRAL INCIPIENTE, A. Amargós, A. C. Morelli y R. Scarsi. "Arch. Urug. Card.", 1939, II, 180.

Los autores llaman la atención sobre el desdoblamiento del primer ruido en sujetos portadores de estrechez mitral, a veces incipiente, y no acompañadas otras del cortejo auscultatorio habitual de esta afección. El desdoblamiento se oye mejor de pie o sentado, en aquellos casos en que no hay rodamiento presistólico ni dureza del primer ruido. El sitio de máxima audibilidad está en la zona vecina al apéndice xifoides un poco hacia la izquierda, o en la parte interna (paraesternal) del 4º espacio intercostal izquierdo. Se trata, en general de un desdoblamiento cerrado, con escasa separación entre los dos componentes. El fonocardiograma revela la existencia de dos tipos de desdoblamiento: uno por separación entre los componentes isométricos y de eyección del primer ruido, y el otro por aparición de un inteso ruido auricular. El desdoblamiento tiende a desaparecer al continuar su evolución la estrechez mitral. — *B. Moia.*

INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

POSTERIORES OBSERVACIONES SOBRE LA EXISTENCIA DE MANIFESTACIONES REUMATICAS EN LAS FAMILIAS DE ENFERMOS REUMATICOS, (*Further observations on the occurrence of rheumatic manifestations in the families of rheumatic patients*), R. L. Gauld, A. Ciocco y F. M. E. Read, "J. of Clin Inves.", 1939, XVIII, 213.

Estudio basado en una cuidadosa investigación de los antecedentes reumáticos efectuada en las familias de 96 niños reumáticos de la "Cardiac Clinic of the Harriet Lane Home" y de otros 33 utilizados como control, de la "Tuberculosis Clinic of the Harriet Lane Home", ambos del "John Hopkins Hospital".

Existía un porcentaje francamente mayor de reumáticos entre los padres de los niños reumáticos que entre los utilizados como control (3.7 veces más), lo que autoriza a los autores a afirmar que la predisposición hereditaria puede desempeñar un importante papel en el desarrollo del reumatismo, sin que por ello pretendan negar el papel desempeñado por la infección y el contagio. — *M. Joselevich.*

ENDOCARDITIS BACTERIANA INJERTADA SOBRE VALVULITIS Y AORTITIS LUETICA. UN ESTUDIO CLINICO Y ANATOMOPATOLOGICO, CON RELATO DE 5 CASOS, (*Bacterial endocarditis superimposed on syphilitic aortitis and valvulitis. Clinicopathological study with 5 cases reports*), H. E. Martin y W. L. Adams, "Am. Heart J.", 1938, XVI, 714.

Comentan 5 casos de aortitis o endocarditis luética, en los cuales se superpone una endocarditis bacteriana. Manifiestan que la existencia de una de estas afecciones no excluye la posibilidad de la otra, por lo cual el diagnóstico de su coexistencia debe ser considerado en el terreno clínico, a pesar de la rareza de esta asociación. — *R. Vedoua.*

ANÁLISIS DE REVISTAS

REUMATOIDE ESCARLATINOSO Y TRASTORNOS CARDIACOS. (*Scharlachrheumatoid und Herzstörungen*). B. Holz. "Münch. Med. Woch.". 1939, 86, 90.

En 7 escarlatinosos encontró el autor al aparecer un reumatoide, trastornos cardíacos. Ellos consistieron en bloqueos aurículo-ventriculares de toda clase (alargamiento de PR, periodos de Wenckebach, bloqueo total). Los trastornos Ecg., parecieron depender del reumatismo, y es probable que, observando Ecg. de enfermos de este tipo, se encontrarán estas alteraciones con más frecuencia que hasta ahora. — *F. Batlle.*

EL PRONOSTICO Y LA ULTERIOR EVOLUCION DE LA PERICARDITIS AGUDA REUMATICA. (*The prognosis and subsequent developments in acute rheumatic pericarditis*), E. Massie y S. A. Levine. "J. A. M. A.". 1939, CXII, 1219.

Se estudiaron 135 casos de pericarditis reumática aguda, de los que 110 tuvieron artritis conjuntamente con el ataque, corea y los 24 restantes presentaron como nota destacada la localización cardíaca de la enfermedad.

De esos 135 casos, 22 murieron en el período agudo y 25 lo hicieron después de pasado el ataque (entre 6 meses y 7 años más tarde). En 77 de los casos restantes se pudo seguir la evolución durante un plazo medio de 7 años, comprobándose que 42 de ellos continuaron en buen estado y desempeñando sus ocupaciones normalmente.

El 36 por ciento de los casos seguidos no presentaban signos de lesión cardíaca alguna; el 14 por ciento tenían sólo insuficiencia mitral y en los restante la válvula aórtica estaba afectada con una frecuencia llamativamente mayor de la habitual en los reumáticos comunes.

La prolongación del espacio *P-R* del electrocardiograma raramente persistió durante años, lo mismo que la fibrilación o el aleteo auriculares; estas últimas eran persistentes sólo cuando coexistía una lesión mitral. En ningún caso se encontró signos clínicos o electrocardiográficos de pericarditis constrictiva. Los autores creen, contrariamente a lo aceptado generalmente, que las lesiones mio cardíacas o pericárdicas tiene escasa importancia para la evolución y el pronóstico de las cardiopatías agudas reumáticas, los que dependen principalmente de las lesiones valvulares. — *M. Joselevich.*

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS EN EL REUMATISMO CRONICO PRIMARIO. (*Elektrokardiographische Veränderungen bei primär-chronischem Rheumatismus*). B. Kern. "Münch. Med. Woch.". 1939, LXXXVI, 365.

En las anginas, reumatismos febriles, etc., se han descrito por muchos autores alteraciones Ecg., especialmente de T y del segmento ST. En el reumatismo primariamente crónico, no se observan tales modificaciones del complejo final, sino que el autor ha notado un nuevo signo: el achicamiento del QRS.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Se encuentra en el 20 % de los casos e igualmente distribuido en reumatismos musculares, ciática y otras neuralgias o neuritis, etc. Simultáneamente existen molestias cardíacas (ligeras estenocardias, angustia, puntadas precordiales y palpitaciones). Estas manifestaciones subjetivas guardan relación con la intensidad del proceso y con las alteraciones Ecg. Se sospecha un achicamiento del QRS, cuando el valor manifiesto de R es menor de 1 milivolt y no existen otros signos del daño miocárdico. Fuera del interés Ecg., estos hechos tienen valor en el estudio de este tipo de afección reumática, pues demuestran que al igual que en el Bouillaud, se trata de una enfermedad general y no local. — *F. Battie.*

SIFILIS DEL TABIQUE INTERVENTRICULAR Y TAQUICARDIA VENTRICULAR. SIFILIS DE LA ARTERIA PULMONAR. (Syphilis de la cloison intraventriculaire et tachycardie ventriculaire. Syphilis de l'artère pulmonaire), E. Coelho y A. d'Oliveira. "Arch. des Mal. du Coeur". 1939. XXXII. 17.

Comentan un caso de taquicardia ventricular causada por gomas sifilíticas del septum interventricular; la necropsia mostró también lesiones luéticas de la arteria pulmonar, con insuficiencia sigmoidea. — *R. Vedoya.*

PRESION ARTERIAL Y VENOSA

EFECTO PRESOR DE LA ANFETAMINA ("BENZEDRINA") SOBRE LOS PACIENTES NORMALES, HIPOTENSOS E HIPERTENSOS. (Pressor Effect of Amphetamine ("Benzedrine") on Normal, Hypotensive and Hypertensive Patients). W. W. Dyer. "Am. J. Med. Sc.", 1939. 197. 103.

Las inhalaciones de esta droga simpaticomimética, similar en muchos aspectos a la efedrina y epinefrina, a pesar de un ligero hiperdosaje, no modificó apreciablemente la presión arterial. Administrada, en cambio, por boca a dosis de 0.02 a 0.03 grs., a 23 pacientes, normo, hipo e hipertensos, y a dosis de 0.01 a 0.02 grs., en 20 pacientes moderadamente enfermos, la mayoría de los cuales hipertensos, demostró que la acción corre paralela al dosaje y es, en cierto modo, independiente del estado de salud del individuo.

Con dosis únicas de 0.01 a 0.02, elevaciones tensionales significativas ocurrieron en el 10 % de los sujetos. El alza fué mayor con 0.03 gr. De ello se desprende que esta droga debe usarse con cuidado en los hipertensos. — *B. Moia.*

LA FUNCION RENAL EN LOS HIPERTENSOS ESTUDIADA CON EL METODO DE REHBERG. (La funzione renale negli ipertesi studiata col metodo di Rehberg). B. Della Maggiore. "Cuore Circ.", 1939. XVII. 74.

El autor ha separado 12 hipertensos floridos (prescleróticos), 7 esclerosos (nefroesclerosis renal benigna), y 11 hipertensos pálidos (renales angioespásticos) a los cuales estudió el funcionalismo renal mediante las pruebas de la creatina, de la constante de Ambard y de la diuresis media diaria. En la casi totalidad de los hipertensos observó disminución de la posibilidad funcio-

nal del riñón, tanto en lo que se refiere al glomérulo como al túbulo: el filtrado glomerular y la diuresis media son inferiores a lo normal, en orden decreciente desde el florido al pálido, mientras que la constante de Ambard es superior, en orden ascendente, del florido al pálido. La diuresis media ha sido mayor en el esclerótico, y menor en el angioespástico y en el florido. — *B. Moia.*

ALGUNOS TIPOS DIFERENTES DE HIPERTENSION ESENCIAL: SU CURSO Y PRONOSTICO. (*Some Different Types of Essential Hypertension: Their Course and Prognosis*), W. M. Keith, H. P. Wegener y W. W. Barber. "Am. J. Med. Sc.", 1939, 197, 332.

Los autores estudian 200 hipertensos esenciales, clasificándolos en 4 grupos: 1º hipertensión asintomática, sin perturbación de la función renal ni cardíaca y con alteraciones mínimas de los vasos retinianos; 2º el grupo anterior, con nerviosidad y alteraciones retinianas más acentuadas, sin retinitis; 3º aparición de síntomas subjetivos; ligera perturbación de las funciones renal y cardíaca, retinitis angioespástica; 4º acentuación de las alteraciones, con edema de los discos y retinitis difusa, perturbación y falla final de las principales funciones orgánicas.

Estos cuadros clínicos no están relacionados con el estado histológico de las arteriolas de los músculos esqueléticos, aún cuando, en realidad, son los pacientes del grupo IV, que presentan más frecuentemente estas alteraciones.

El pronóstico se ensombrece y la evolución se acorta a medida que se pasa del grupo I al IV, pudiendo considerarse a este último como rápidamente progresivo o maligno. — *B. Moia.*

LA MEDICION DE LA PRESION VENOSA POR EL METODO DIRECTO. (*The measurement of venous pressure by the direct method*), R. H. Lyons, J. Allen Kennedy y C. Sidney Burwell. "Am. Heart J.", 1938, XVI, 765.

Analizan los factores que influyen sobre la medición de la presión venosa por el método directo, mencionando como causas de error:

- a) Variaciones de la técnica (nivel del sitio de la punción venosa, grado de abducción del brazo).
- b) Variaciones en el estado del paciente (posición, relajación y tipo respiratorio).

Sugieren una nueva técnica para la medición de la presión venosa, que tiende a disminuir la importancia de estas causas de error: manifiestan que las mediciones anatómicas y radiológicas demuestran que la aurícula derecha se encuentran a 100 mm., aproximadamente, por delante de la piel del dorso, y que este nivel debe ser usado como punto de referencia. Procediendo de acuerdo a la técnica propuesta, la presión venosa de los sujetos normales oscila entre 50 y 150 mm. de solución salina. *R. Vedoya.*

MEDICIONES DE LA PRESION VENOSA DURANTE EL SINCOPE CAUSADO POR HIPERIRRITABILIDAD DEL SENO CAROTIDEO. (*Venous Blood Pressure Measurements during Syncope caused by a Hyperirritable Carotid Sinus Reflex*), L. G. Robinson. "Am. J. Med. Sc.", 1935, 197, 100.

La presión venosa se midió, por el método directo, en 8 pacientes con esta característica, antes, durante y después de la inducción del síncope seno carotídeo.

La presión venosa normal antes de la crisis se eleva durante el período convulsivo y vuelve a la normal cuando cesan las convulsiones. — *B. Moia*.

VASOS

TRANSPOSICION COMPLETA DE LOS GRANDES VASOS. (*Complete transposition of the great vessels*), H. G. Taussing. "Am. Heart J.", 1938, XVI, 728.

De la observación anatomoclínica de 4 casos de transposición completa de los grandes vasos, en todos los cuales coexisten otras malformaciones cardíacas congénitas, el autor deduce que existen 4 signos característicos de la transposición completa de los grandes vasos: 1) cianosis persistente, 2) agrandamiento cardíaco, principalmente del V.D., 3) sombra aórtica estrechada en posición anteroposterior, 4) aumento transversal de la sombra de los grandes vasos en O.A.I. — *R. Vedoya*.

LESIONES VASCULARES INTRACRANIALES. (*Intracranial vascular lesions*), W. McK Craig. "Am. Heart J.", 1939, XVII, 40.

A propósito de 10 casos de lesiones vasculares intracraniales (angiomas aneurismáticos o aneurismas) analizan su sintomatología clínica y posibilidades del tratamiento quirúrgico. — *R. Vedoya*.

ERITROMELALGIA, E. Cutié Mancebo, "Rev. Cubana Card.", 1939, V, 19.

Después de una breve reseña bibliográfica sobre la fisiopatogenia de este síndrome al autor, refiere que desde 1935, trata 4 casos de esta índole con calcio y parat-hormone, habiendo conseguido, en tres, notables mejorías subjetivas. — *B. Moia*

TROMBOSIS ARTERIAL SIGUIENDO A UNA SIMPLE CONTUSION. (*Arterial thrombosis following simple contusion*), F. A. Le Febre. "Am. Heart J.", 1939, XVII, 111.

Describen un caso de trombosis de la arteria tibial posterior a continuación de una contusión; el paciente no mejora en los 6 meses que siguen al traumatismo, coincidiendo la mejoría con la iniciación del ejercicio vascular pasivo, de lo cual se deduce que el tratamiento es responsable del aumento de la circulación en la extremidad afectada. — *R. Vedoya*.

LA ULCERA VARICOSA POST-FLEBITICA. TRATAMIENTO QUIRURGICO CON ESPECIAL REFERENCIA A LAS VENAS COMUNICANTES DE LA PARTE INFERIOR DE LA PIERNA. (*The post phlebitic varicose ulcer. — Surgical treatment with special reference to the communicating veins of the lower leg*), R. R. Linton y J. K. Keely. "Am. Heart J.", 1939, XVII, 27.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Describen una nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de las úlceras varicosas post-flebíticas, basada en la ligadura de las venas safenas y comunicantes de la mitad inferior de la pierna. Sobre 41 úlceras tratadas, 39 fueron curadas, durando el período de observación post-operatorio de 5 meses a 1 $\frac{1}{2}$ año. — R. Vedoya.

CURACION DE UN ANEURISMA DISECANTE DIFUSO DE LA AORTA, (*Guarizione di aneurisma dissecante diffuso dell'aorta*), G. Bini. "Cuore Circ.", 1939, XVII, 94.

El autor relata un caso de un aneurisma disecante subintimal, de la aorta, obedeciendo a un proceso arterioesclerótico, que se encuentra como lesión cicatrizada, no causante de la muerte, en la autopsia de una mujer de edad avanzada. — B. Moia.

ANEURISMAS ARTERIOVENOSOS ESPONTANEOS DEL TORAX, (*Spontaneous arteriovenous aneurysms of the thorax*), E. L. Armstrong, Ch. B. Coggin y H. S. Hendrickson. "Arch. Int. Med.", 1939, LXIII, 298.

Se relatan 2 casos de fístula arteriovenosa del tórax, provocados por la ruptura, en el interior del pericardio, de aneurismas de la aorta ascendente. Los síntomas característicos de los aneurismas arteriovenosos torácicos son los siguientes:

1) Comienzo brusco de la afección; 2) Presencia de cianosis, edema, frialdad y distensión venosa en la mitad superior del cuerpo; 3) Comprobación de un tumor endotorácico, con mayor posibilidad si los signos son de un aneurisma; 4) Presencia del ruido característico de las comunicaciones arteriovenosas; 5) Venas superficiales pulsátiles; 6) Presión arterial de miembros inferiores mayor que la de los superiores (*signo de Hill y Rowlands*). — M. Joselevich.

TERAPEUTICA

LA DIGITAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON RITMO NORMAL, (*Digitalis in heart failure with normal rhythm*), C. J. Gavey y J. Parkinson. "Brit. Heart J.", 1939, I, 27.

Del estudio prolijo de 65 casos de insuficiencia cardíaca congestiva con ritmo sinusal, deducen que la digital está siempre indicada en la insuficiencia cardíaca, tanto si existe un ritmo normal como si se trata de una fibrilación auricular; sin embargo, esta droga es a menudo ineficaz, fallando por completo en 1/3 de los casos aproximadamente.

En la insuficiencia cardíaca con ritmo sinusal, la digital es útil en más de la mitad de los casos; en la insuficiencia cardíaca con F.A. la digital es útil más a menudo que en los casos con ritmo normal, beneficiando a más de los 2/3 de los pacientes. Sin embargo, los casos con F.A. de etiología no reumática, responden a la digital en forma similar a los casos con ritmo sinusal; en cambio, la acción de la droga es mucho más favorable en los casos de cardio-

patía reumática con F.A., lo que sería debido, aunque sólo en parte, a la gran frecuencia ventricular.

La respuesta de la insuficiencia cardíaca a la digital no parece, pues, estar en relación con la existencia de ritmo sinusal o F.A.; la diferencia real depende de la existencia, ya de una fibrilación auricular reumática, ya de una insuficiencia cardíaca de cualquier otro tipo, independientemente del ritmo que ella presente. — *R. Vedoya.*

EXPERIENCIAS CON SIMPATOL-QUINIDINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACION AURICULAR, (Ueber Versuche mit Chinidin-Sympatol zur Behandlung des Vorhofflimmerns), W. Stepp y L. L. Kirchmann, Münch. med. Woch. 1939, LXXXVI, 435.

Basados en hechos experimentales que parecen demostrar que el simpatol (una substancia del grupo de la adrenalina) aumenta la resistencia del miocardio a la quinidina, la han empleado en 5 pacientes con buenos resultados. Creen que de esta manera podrá usarse con mayor frecuencia y menores riesgos la quinidina. — *F. Battle.*

MODIFICACION DEL VOLUMEN-MIUTO POR LA DIETA, (Beeinflussung des Herzminutenvolumens durch Diät), L. Roemheld, "Z. Kreislaufforschg.", 1939, XXXI, 73.

El autor ha estudiado la influencia de la dieta en sujetos sanos y cardíacos con pocas alteraciones funcionales, y cardíacos descompensados. Los dos primeros grupos reaccionarían a una dieta de sobrecarga con aumento del V.M. y a una dieta de protección con disminución del V.M. La dieta de sobrecarga estaba constituida por el agregado de 1 a 1.5 litros de agua o 6-10 grs. de cloruro de sodio a la alimentación habitual. La dieta de protección se componía de frutas, o bien de dietas seca y desclorurada. Los cardíacos descompensados se comportan al revés: disminución del V.M. con la dieta de sobrecarga y aumento con la dieta protectora. La disminución del V.M. se atribuye a un empeoramiento de la circulación, aumentando en este caso la diferencia arteriovenosa del O₂, como mecanismo compensador. Estos hechos demuestran la gran importancia que tiene la dietética en los cardiopatas. — *F. Battle.*

AUTOHEMOTERAPIA AMBULATORIA EN LA HIPERTENSION ARTERIAL, A. Delle Vedove, "Rev. Med. Rosario", 1939, XXIX, 111.

El autor presenta 28 casos de hipertensión arterial, con estudio clínico detallado, acusando fenómenos subjetivos diversos, los cuales, especialmente la cefalea, el nervosismo y el insomnio fueron, invariablemente, favorablemente influenciados por la autohemoterapia, sin que este tratamiento produjera modificaciones apreciables de la presión arterial. Las mejorías fueron duraderas y no se observaron accidentes. — *B. Moia.*