

## ANALISIS DE REVISTAS

### FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLÓGICA

*EFFECTO TARDIO DE LA DENERVACION BILATERAL DEL SENO CAROTIDEO EN EL HOMBRE, (The late effects of bilateral carotid sinus denervation in man. Report of two cases with studies of the vascular reflexes), Capps R. B. y Takats G. de. "J. of Clin. Invest.", XVII, 385, 1938.*

En dos casos de denervación bilateral del seno carotídeo con simpatectomía bilateral cervicodorsal, se estudiaron los reflejos vasculares a los 8 y 17 meses de practicada la operación.

No existía aumento de la frecuencia del pulso ni de la presión arterial como consecuencia de la intervención, ni aumento de la labilidad tensional o esfígmica con la prueba del ejercicio.

En cambio se comprobó una hipotensión arterial postural acentuada, lo que hace plantear a los autores la posibilidad de que algunos casos de hipotensión postural idiopática pueden ser explicados por una pérdida de la sensibilidad seno-carotídea a los estímulos fisiológicos normales. — *M. Joselevich.*

### SEMIOLOGÍA

*LA DETERMINACION DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA CON LOBELINA, (Die Bestimmung der Kreislaufzeit mit Lobelin), Lazar Stanojevic. "Z. Kresilaufforschg.", XXX, 521, 1938.*

El procedimiento de la lobelina para la determinación de la velocidad circulatoria constituye un método objetivo para conocer el estado del aparato cardiovascular. El consiste en la inyección endovenosa de 0,03-0,07 mg. de lobelina por kilogramo de peso corporal, comenzando por la primera dosis y aumentando gradualmente si no se consigue provocar la tos, que es el índice utilizado. El efecto provocado (la tos) es objetivo, llamativo e instantáneo. La determinación es simple e instantánea y puede ser repetida a las pocas horas o varias veces en el día, no observándose nunca fenómenos de intolerancia, acumulación o intoxicación. También puede registrarse el fenómeno por medio de un neumógrafo.

Los valores medios hallados son: para cardíacos descompensados 30,2", en los compensados 13,4" y en los sujetos con corazón sano, por debajo de 13". En hipertiroideos y anémicos está acortado. Los primeros en emplear el método fueron los rusos Teplov y Sor (1935). — *F. Battle.*

*RUIDOS AGREGADOS QUE SE PRESENTAN DURANTE LA SISTOLE CARDIACA, (Extra sounds occurring in cardiac systole), F. D. Johnston. "Am. Heart J.", XV, 221, 1938.*

Estudian, desde el punto de vista clínico y fonocardiográfico, 21 pacientes que presentaban un ruido sistólico agregado; este ruido carece de significación

pronóstica, observándose generalmente en personas libres de afección del aparato cardiovascular. El ruido se produce en distintos momentos de la sístole, variando su intensidad con los movimientos respiratorios y los cambios de posición del enfermo. Se sugiere que se trata de un ruido extra-cardíaco, producido por adherencias pleuro-pericárdicas, o por cualquier otra alteración de estas serosas que les permite vibrar durante la sístole. — *R. Vedoya.*

*ANOTACIONES SOBRE LOS SIGNOS DE AUSCULTACION DE LA PERSISTENCIA DEL CANAL ARTERIAL, (Remarques sur les signes d'auscultation dans la persistance du canal artériel), Routier D. "Arch. Mal. du Coeur", XXXI, 388, 1938.*

En 14 enfermos diagnosticados como presentando una *persistencia del canal arterial*, el fonocardiograma confirmó la interpretación auscultatoria de que se trataba de un soplo continuo a refuerzo diastólico.

En 8 de ellos existía además un doble soplo crural, cuya presencia en estos casos se explicaría porque el escape aórtico que se produce durante el diástole en el árbol pulmonar, tendría el mismo significado que el originado por las sigmoideas aórticas insuficientes. — *M. Joselevich.*

*MAS RECIENTE DESARROLLO DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES CARDIACAS, (More Recent Developments of Heart Function Tests), G. Nylin. "J. A. M. A.", CIX, 1933, 1937.*

El autor, valiéndose de una escalera que es recorrida a distinta velocidad según la indicación de un metrónomo, estudia el gasto de oxígeno, el volumen cardíaco (mediante una técnica radiológica especial y el electrocardiograma), antes, durante y después del ejercicio. Encuentra que combinados los datos obtenidos en estas tres investigaciones se pueden tener grandes posibilidades de caracterizar la insuficiencia latente del corazón y los pulmones. — *B. Moia.*

*EL USO DEL NITRITO DE SODIO COMO PRUEBA DE LA FLEXIBILIDAD DEL LECHO VASCULAR PERIFERICO, (The use of sodium nitrite for testing the flexibility of the peripheral vascular bed), W. C. Beck y G. de Takátz. "Am. Heart J.", XV, 158, 1938.*

Proponen una prueba para determinar la capacidad del lecho vascular periférico; ella consiste en la inyección endovenosa de 0,04 gramo de una solución recientemente preparada de nitrito de sodio, comparando las curvas oscilométricas obtenidas antes y 10 a 15 minutos después de la inyección. — *R. Vedoya.*

## PATOLOGÍA

*HIPERTROFIA CARDIACA: SU RELACION CON LA ESCLEROSIS CORONARIANA Y LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA,*

(*Cardiac Hypertrophy: its relation to coronary arteriosclerosis and congestive heart failure*), Davis D. y Blumgart H. L. "Ann. Int. Med.", XI, 1024, 1937.

Los corazones más pesados eran los de enfermos que habían tenido insuficiencia cardíaca congestiva: 16 sobre 17 estudiados pesaban más de 400 gramos. Los de enfermos con esclerosis coronariana sin insuficiencia cardíaca congestiva, raramente sobrepasaban los 400 gramos (sólo 6 de 31 casos).

La hipertrofia cardíaca estaba en relación con la intensidad de la lesión coronariana en los arterioesclerosos: escasa o nula en los pequeños grados de esclerosis, ligera o moderada con mayores lesiones. Esas comprobaciones apoyan la teoría que explica la hipertrofia cardíaca como causada por una lesión (en este caso por mala nutrición de las fibras debida a la obstrucción coronariana). — *M. Joselevich*.

*EL SIGNIFICADO DEL AGRANDAMIENTO CARDIACO PROVOCADO POR LA FISTULA ARTERIOVENOSA*, (*The significance of cardiac enlargement caused by arteriovenous fistula*), Porter W. B. y Baker J. P. "Ann. Int. Med.", XI, 370, 1937.

El estudio de 4 enfermos con fístula arteriovenosa permite a los autores establecer que:

1) El aumento de la velocidad de la sangre y el de la presión en la vena afectada y sus tributarias, en la vecindad de la fístula, determina un gran acrecentamiento del aflujo sanguíneo al corazón; 2) con la dilatación adecuada de la arteria y la vena, el aflujo de sangre y la presión disminuyen en la vena, paralelamente al aumento del lecho de la circulación de retorno; 3) tanto el agrandamiento cardíaco como el de la arteria y vena del circuito fistuloso son dilataciones compensadoras, siendo la hipertrofia cardíaca responsable sólo en muy pequeño grado del aumento de tamaño del corazón; 4) una dilatación acentuada y reducible del corazón puede persistir durante muchos años (hasta 21), sin insuficiencia cardíaca ni mayor hipertrofia del miocardio. — *M. Joselevich*.

*LA NATURALEZA DE LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES EN LOS ESTADOS DE DEFICIENCIA NUTRITIVA (BERIBERI)*, (*The nature of the cardiovascular disturbances in nutritional deficiency states (Beriberi)*), Weiss S. y Wilkins R. W. "Ann. of Int. Med.", XI, 104, 1937.

Los trastornos cardiovasculares provocados por una alimentación inadecuada son muy frecuentes en Estados Unidos, habiendo podido estudiar los autores 120 de esos casos, los que forman la base de este trabajo. Tanto los trastornos funcionales como los signos clínicos de tales padecimientos no presentan nada de característico, pudiendo ser establecidos en su verdadera naturaleza sólo cuando se obtiene su remisión mediante el tratamiento por la vitamina B<sub>1</sub>, que a su vez no actúa en los sujetos normales y en los que tienen afecciones cardiovasculares de otro origen.

Los autores manifiestan que no pretenden haber demostrado de una manera concluyente la relación directa que puede existir entre trastornos cardiovasculares y deficiencias de vitamina B<sub>1</sub> o de cualquier otra, problema todavía no resuelto, como tampoco lo ha sido el del "Beriberi-heart" de Oriente. Sólo han intentado demostrar clínicamente que existen trastornos cardiovasculares asociados con una carencia de vitamina B, a menudo con dietas suficientes en valor calórico y que el cuadro clínico de esos estados, aunque variable, tiene cierta semejanza con el del corazón de beriberi oriental. — *M. Joselevich.*

## ELECTROCARDIOGRAFÍA

*MODIFICACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS OBSERVADAS EN UN HOMBRE MUERTO DE FRIO, (Changements électrocardiographiques observés chez un homme mort de froid), Tomaszewski W. "Arch. Mal. du Coeur", XXXI, 525, 1938.*

El electrocardiograma obtenido en un hombre muerto de frío mostró un alargamiento de P-R y de Q-R-S, descenso de S-T, una bradicardia de 21 por minuto y modificaciones de Q-R-S que el autor designa con el nombre de *dispersión*. Después de la administración de tónicocardíacos, el ritmo se aceleró a 41 por minuto y se atenuaron las modificaciones del electrocardiograma, muriendo el enfermo 6 horas después de su ingreso al hospital, sin haber recuperado el conocimiento. — *M. Joselevich.*

*SOBRE LA VALORACION DEL TIPO IZQUIERDO Y DERECHO EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DE LAS EXTREMIDADES, (Über die Bewertung des Recht- und Linkstyps im Extremitätenelektrokardiogramm), H. von Pein, P. Papageorgiou y L. Tölken. "Münch. med. Woch.", LXXXV, 1018, 1938.*

Los autores estudiaron 336 E.C.G. (material de la clínica de Bohnenkamp) que tenían predominio derecho o izquierdo y los relacionaron con el agrandamiento cardíaco o los cambios de posición dentro del tórax. El tipo izquierdo con T negativa en DI y positiva en DIII correspondió a corazones con llamativo agrandamiento. Para el resto de las modificaciones que se describen en los E.C.G. con desviación del eje eléctrico (S2 prof., T3 neg.), creen los autores que no permiten ninguna conclusión, ya que pueden encontrarse tanto en los cambios de posición como en la hipertrofia muscular. — *F. Battle.*

*LAS MODIFICACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS OBSERVADAS EN 22 CASOS DE INTOXICACION POR OXIDO DE CARBONO (GAS DE ALUMBRADO), (The electrocardiographic changes found in 22 cases of carbon monoxide (illuminating gas), poisoning), W. H. Stearn, C. K. Drinker y Th. H. Shaughnessy. "Am. Heart J.", XV, 434, 1938.*

Las modificaciones electrocardiográficas más frecuentes fueron el desnivel

negativo del segmento ST y el aplanamiento o inversión de la onda T, características observadas en 18 casos; encuentran además fibrilación auricular paroxística (4 casos), extrasístoles auriculares y ventriculares (3 casos), bajo voltaje (4 casos), modificaciones de la onda P (2 casos) y bloqueo intraventricular (un caso). No se observó bloqueo a-v directamente imputable a la intoxicación, pero se señala la aparición de un caso de trastorno del ritmo auricular con bloqueo a-v parcial.

La intoxicación con óxido de carbono, aún suficientemente intensa como para ocasionar la muerte, puede no producir modificaciones importantes del electrocardiograma. — *R. Vedoya.*

*LAS ONDAS VENTRICULARES EN EL INFARTO DEL MIOCARDIO. UN ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO USANDO DERIVACIONES PRECORDIALES Y ESOFAGICA. (The ventricular deflections in myocardial infarction. An electrocardiographic study using esophageal and precordial leads), J. G. M. Hamilton y J. Nyboer. "Am. Heart J.", XV, 414, 1938.*

La derivación esofágica (método unipolar) registrada en un caso de infarto del miocardio de cara posterior, muestra desnivel negativo del segmento ST, onda T positiva y onda positiva inicial del complejo QRS; llaman la atención sobre la similitud de estas características, con las observadas en la derivación precordial de los casos de infarto del miocardio de cara anterior. — *R. Vedoya.*

*EL ELECTROCARDIOGRAMA DEL FETO HUMANO, (L'éleccardiogramme du foetus humain), Marcel M. P. y Exchaquet J. P. "Arch. Mal. du Coeur", XXXI, 504, 1938.*

Los electrocardiogramas fueron efectuados en fetos extraídos del útero entre 2 semanas y 2 meses y medio después del embarazo. El feto de 2 semanas originó oscilaciones mínimas, pero los de 1 mes en adelante dieron curvas muy comparables con las del ser ya desarrollado.

La onda P aparece siempre unida al complejo ventricular, del que lo separa una distancia P-R de 0,11" a 0,22". El complejo ventricular, de voltaje más bien bajo, tiene una duración de 0,58" a 0,66", atribuible al alargamiento de S-T y de T.

Algunas de las características de los trazados obtenidos en esos 5 fetos son explicados por los autores mediante la aplicación de la teoría del *doble comando* de Geraudel. — *M. Joselevich.*

## ARRITMIAS Y BLOQUEO

*ESTUDIOS DE LA CIRCULACION EN LOS RITMOS CARDIACOS ANORMALES (OBSERVACIONES SOBRE LOS RITMOS VENTRICULARES RAPIDOS Y LENTOS), (Studies of the circulation in the presence*

*of abnormal cardiac rhythms. Observations relating to (Part I) rhythms associated with rapid ventricular rate and to (Part II) rhythms associated with slow ventricular rate*), Stewart H. J., Deitrick J. E., Crane N. F. y Thompson W. P. "J. of Clin. Invest.", XVII, 449, 1938.

Los enfermos con fibrilación y aleteo auricular y taquicardia paroxística presentaron una disminución del volumen sistólico y minuto y de la velocidad circulatoria, con dilatación cardíaca. Los que tenían bloqueo cardíaco y bradicardia sinusal presentaban un aumento del volumen sistólico, pero el volumen minuto estaba disminuído; el trabajo cardíaco era normal.

Los ritmos rápidos, regulares o irregulares, de sujetos en reposo, son poco eficaces, estando los enfermos en insuficiencia cardíaca. Los ritmos lentos no son incompatibles, en cambio, con una buena compensación circulatoria. — *M. Joselevich.*

**EL ORIGEN DE LAS TAQUICARDIAS PAROXISTICAS ESTABLECIDO POR EL ELECTROGRAMA ESOFAGICO**, (*The origin of paroxysmal tachycardias as determined by the esophageal electrogram*), Mc Gehee Harvey A. "Ann. of Int. Med.", XI, 57, 1937.

En tres casos de taquicardia paroxística de origen auricular, el autor pudo establecer el diagnóstico mediante el electrodo esofágico, que mostraba la onda P, ausente en las derivaciones comunes. — *M. Joselevich.*

**EL NUEVO ELECTROCARDIOGRAMA DENOTANDO BLOQUEO DE LA RAMA DERECHA DEL HAZ DE HIS**, (*The Newer Electrocardiogram denoting Right Bundle-branch Block*), W. Evans. "The Lancet", II, 1127, 1937. — **RELATO PATOLOGICO DEL CASO 7**, (*Pathologica Report on Case 7*), H. M. Turnbull y D. M. Oxon, 1184.

De acuerdo con la nueva nomenclatura, las curvas denotando bloqueo de la rama derecha son mucho menos frecuentes que las otras. Existen, sin embargo, curvas caracterizadas por una onda S profunda en derivación primera y también segunda, acompañando a un complejo QRS ancho, y cuya dirección puede hacerse hacia abajo en DIII mientras que la onda T se mantiene positiva en DI y DII y se hace negativa en DIII, y de las cuales el autor encontró sólo 2 casos de bloqueo de rama derecha típicos y 17 casos de bloqueo de la rama izquierda. En consecuencia estas curvas de nueva identificación, consideradas actualmente como de bloqueo de rama derecha, equilibrarían el porcentaje de bloqueo de rama izquierda de tipo común y el aparentemente menos frecuente de rama derecha.

El estudio histológico seriado del caso 7 muestra la sección prácticamente completa de la rama derecha del haz de His. — *B. Moia.*

**BLOQUEO DE RAMA PAROXISTICO ASOCIADO CON ENFERMEDAD CARDIACA**, (*Paroxysmal bundle-branch block associated with heart disease*), W. J. Comeau, J. G. M. Hamilton y P. D. White, "Am. Heart J." XV, 276, 1938.

Estudian 13 casos de bloqueo de rama paroxístico (sin acortamiento del PR) y analizan los citados anteriormente en la literatura; en la mayor parte de estos casos es evidente que existe una cardiopatía seria, cuya causa más frecuente es la esclerosis coronaria, siendo en otras ocasiones debida al reumatismo, difteria u otros factores difíciles de determinar clínicamente.

El trastorno de conducción se atribuye a la existencia de un proceso patológico en una de las ramas del haz de His, no siendo necesario que determine su bloqueo completo; el mecanismo invocado, basado en el retardo de la conducción a través de la rama lesionada, explica satisfactoriamente los hechos.

Se analiza la influencia del estado funcional de miocardio, de la frecuencia cardíaca y de la isquemia, comentando el caso de Bausfield, en el cual el B. de R. aparece durante los ataques de angina de pecho. En lo que se refiere a la influencia del vago, se acepta que actúa sólo por las variaciones de la frecuencia cardíaca, pues durante la taquicardia es más difícil la conducción a través de la rama lesionada; sin embargo, existen motivos para suponer una participación más activa del vago.

El bloqueo de rama intermitente sería el precursor del bloqueo de rama permanente, y puede ser, como este último, el único signo de una cardiopatía orgánica. — *R. Vedoya.*

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*EL CAFE COMO CAUSA DE DOLOR CARDIACO, (Coffee as a cause of cardiac pain), Levy R. L. "Ann. Int. Med.", XI, 833, 1937.*

El dolor precordial provocado por el café y atribuido por el autor a la cafeína, aparece especialmente en sujetos nerviosos, es independiente de una cardiopatía orgánica y se caracteriza por ser poco intenso, pero persistente y no producirse a raíz de esfuerzos o emociones.

Puede irradiarse a uno o los dos brazos, no es agravado por el ejercicio ni mejorado por la nitroglicerina. Su patogenia no se conoce. — *M. Joselevich.*

*EFFECTOS DE LA CARENCIA DE OXIGENO PROVOCADA EN PACIENTES CON DOLOR CARDIACO, (Effects of induced oxygen want in patients with cardiac pain), R. L. Levy, A. L. Barach y H. G. Bruenn, "Am. Heart J.", XV, 187, 1938.*

Mediante un ingenioso dispositivo, provocan anoxemia en 37 cardíacos y 11 sujetos normales, estudiando su influencia sobre el dolor anginoso. La aparición del dolor no fué constante en las pruebas repetidas en un mismo sujeto, inconstancia que no puede ser atribuida a variaciones de la frecuencia cardíaca o respiratoria, de la presión arterial, de la presión venosa o al grado de insaturación arterial. En los dos sujetos con estenosis aórtica, el dolor fué provocado invariablemente en varias oportunidades, llamando la atención que estos dos casos fueron los únicos en los cuales no se observó reducción del tiempo de velocidad circulatoria durante la prueba.

Manifiestan que la anoxemia debe ser considerada un factor importante en la génesis del dolor anginoso, y al parecer, un factor desencadenante, en el sentido de que el dolor sólo aparece cuando el aporte de oxígeno es deficiente; el papel de la anoxemia es más acentuado cuando la circulación coronaria es insuficiente. La anoxemia y la isquemia se complementan como causas provocadoras del dolor anginoso, sin que ninguno de estos factores sea totalmente efectivo por sí solo. — *R. Vedoya.*

*EL CONTENIDO EN LIPIDOS Y COLESTEROL DE LA SANGRE DE ENFERMOS CON ANGINA DE PECHO Y ARTRIOESCLEROSIS, (The lipid and cholesterol content of the blood of patients with angina pectoris and arteriosclerosis), Davis D., Stern B. y Lesnik G., "Ann. of Int. Med.", XI, 354, 1937.*

El estudio efectuado en 59 sujetos con angina de pecho y arterioesclerosis y en otros 54, utilizados como testigos, demostró a los autores que en los primeros existía un aumento de colesterol, ácidos grasos y fósforo lipoídico, en relación con los segundos. — *M. Joselevich.*

*UN ESTUDIO DE LAS ANASTOMOSIS Y OCLUSIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS MEDIANTE SU INYECCION Y DISECCION, (An injection plus dissection study of coronary artery occlusions and anastomoses), M. J. Schlesinger, "Am. Heart J.", XV, 528, 1938.*

Se describe un nuevo método para el estudio de las arterias coronarias, cuyas ventajas se deducen de las siguientes características:

1º Se usa como sustancia opaca una suspensión de fosfato de plomo en agar-agar, empleando colorantes distintos para las arterias coronarias derecha e izquierda. La inyección de cada una de estas arterias se realiza por separado, a una presión de 150 mm. de Hg. y a una temperatura de 45º; la sustancia empleada adquiere rápidamente una consistencia adecuada, que persiste a la temperatura ambiente.

2º A continuación, mediante una técnica especial, se abre el corazón, llevando a cabo un verdadero "desenrollamiento" de las arterias coronarias, de modo que ellas se presentan en un solo plano. Ello permite obtener placas radiográficas en las cuales se evita la superposición de las sombras correspondientes a las coronarias inyectadas.

3º Finalmente, se disecan las arterias guiándose por la imagen radiográfica, de modo que ambos métodos (disección y radiografía) se complementan. El empleo de sustancia opaca con distinta coloración para cada coronaria, facilita la disección y permite conocer la distribución de la sangre a partir de cada orificio coronario.

El autor describe el aspecto de las estenosis y oclusiones de las arterias coronarias, de origen arterioescleroso; estudia prolijamente la existencia de anastomosis entre las coronarias, llegando a las siguientes conclusiones:



a) En el corazón normal, aun en pacientes de edad avanzada, las arterias coronarias no presentan anastomosis entre sí.

b) Cuando la arteriosclerosis produce estenosis u oclusión coronaria, las anastomosis se originan rápidamente, y se localizan en la región donde ellas son necesarias. — *R. Vedoya.*

*LA EPICARDIO CORONARITIS TRONCULAR, (L'epicardio-coronarite tronculaire), P. M. Franco, "Rinascenza Médica", XV, N° 14, 1938.*

El autor ha estudiado histológicamente las envolturas célula adiposas que rodean a las arterias coronarias, especialmente en la región del pericardio que envuelve a las arterias coronarias en sus segmentos iniciales, correspondiendo al seno transversal de Henle. Cree que durante los procesos infecciosos, tóxicos, etc., estas zonas pueden inflamarse, dando lugar a la formación de lo que designa con el nombre de epicardio-coronaritis, ya que existe compromiso del pericardio y de la arteria, estas últimas difíciles de distinguir con el correr del tiempo de las de arteriosclerosis habitual. En este tejido irritado tomarían nacimiento excitaciones reflejas, capaces de llevar al acceso estenocárdico. Estas lesiones de pericardio-coronaritis se observan frecuentemente en casos de afecciones broncopulmonares, procesos sépticos, estados tóxicos como la uremia, etc. — *B. Moia.*

*TRASTORNOS DE LA FRECUENCIA Y RITMO CARDIACO EN LA TROMBOSIS CORONARIANA AGUDA, (Disturbances of rate and rhythm in acute coronary thrombosis), Master A. M., Dack S. y Jaffe H. L. "Ann. Int. Med." XI, 735, 1937.*

Todos los tipos de arritmia se encontraron en los 300 casos estudiados: la más común ( $\frac{1}{4}$  de los casos) fué la extrasistolia y la más rara, la taquicardia ventricular (sólo en 1 caso); en algunos enfermos se presentaron varios tipos de arritmia.

En general, aparecen en los tres primeros días que siguen a la oclusión y son transitorias, desapareciendo en las primeras 24 horas en más de la mitad de los casos; sólo el ritmo nodal y el bloqueo cardíaco duraron 1 a 2 semanas. Con una frecuencia de 60 a 100 pulsaciones, los enfermos curaban en general; con menos de 40 ó más de 120, la evolución fué mala.

Aunque murieron más enfermos con arritmia que con pulso regular, la muerte se produjo por otras causas y raramente por aquel trastorno.

El lugar del infarto no establece el tipo de arritmia, excepto para el bloqueo cardíaco, de origen septal, por obstrucción de la coronaria derecha. Una arritmia de comienzo brusco puede ser el único síntoma del infarto cardíaco; distintos factores intervienen en su producción, pero su presencia no indica un tratamiento especial, dada su rápida y espontánea desaparición. — *M. Joselevich.*

*BLOQUEO CARDIACO EN LA TROMBOSIS CORONARIA, (Heart-block in Coronary Thrombosis), J. D. Olav Kerr, "The Lancet", II, 1066, 1937.*

De acuerdo con investigaciones estadísticas el autor llega a la conclusión de

que alteraciones de la conducción aurículo-ventricular en sus diversos grados se observan el 7.4% de los casos de infarto de miocardio.

Describe 13 casos, de los cuales, 4 con ligero retardo de conducción, 4 con bloqueo incompleto y 5 con bloqueo total; de los primeros todos vivieron; de los segundos, se murieron dos y de los terceros murieron 3. Los sobrevivientes curaron con desaparición del bloqueo.

La trombosis coronaria puede ser causa determinante del bloqueo cardíaco crónico; muchas veces la lesión puede ser tan pequeña y bien localizada que el infarto determina la aparición del bloqueo sin que se acompañe de síntomas clínicos llamativos de trombosis coronaria. A pesar de que el pronóstico puede ser adversamente influenciado por esta complicación, no son raras las mejorías clínicas con desaparición del bloqueo. — *B. Moia.*

*UNA NOTA SOBRE LA PARTICIPACION DEL PERICARDIO EN LA TROMBOSIS CORONARIA, (A note on pericardial involvement in coronary thrombosis), Ch. F. Stewart y K. B. Turner, "Am. Heart J.", XV, 232, 1938.*

En 60 casos de infarto del miocardio, la necropsia demostró la participación del pericardio en 48 (80%), siendo el proceso localizado en 36 casos y generalizado en 10; en otros dos casos la pericarditis fué también generalizada pero probablemente debida a la uremia coexistente.

En 15 casos de pericarditis aguda localizada, debida a un infarto del miocardio reciente, se auscultaron frotos pericárdicos solamente en 3 casos, los cuales presentaban un infarto de cara anterior y región de la punta.

De los 6 casos de pericarditis aguda generalizada, 3 presentaban un infarto de cara anterior, auscultándose frotos en dos de ellos; los otros 3 casos presentaban un infarto de cara posterior y se auscultaban frotos en todos ellos.

La auscultación de frotos pericárdicos no excluye, pues, la posibilidad de que se trate de un infarto de cara posterior, pues ello es posible en los casos de pericarditis aguda generalizada. — *R. Vedoya.*

*SOBRE TROMBO-EMBOLIA COMBINADA DE LAS CORONARIAS (Uber kombinierte Thrombo-Embolie der Koronararterien), W. Hadorn, "Z. Kreislaufforschg", XXX, 563, 1938.*

Se describe un caso de trombo-embolia coronaria. El autor designa bajo este nombre el siguiente caso: Un enfermo tiene una trombosis coronaria con infarto de miocardio consecutivo. Sobre la zona infartada se formó un trombo parietal, el que a su vez dió origen a una embolia coronaria. En lo sucesivo habrá que contar, según el autor, con esta posibilidad al juzgar respecto a las causas de la muerte en las trombosis coronarias. El diagnóstico fué hecho, como es natural, en la mesa de autopsias. — *F. Battle.*

*LA IMPORTANCIA DE LAS EMBOLIAS COMO COMPLICACION DEL INFARTO CARDIACO, (The importance of embolism as a complication of cardiac infarction), Blumer G., "Ann. Int. Med.", XI, 499, 1937.*

En el 50 % de los casos de infarto del miocardio, existen trombos parietales en la superficie endocárdica, de la zona afectada, los que en muchos corazones se hallan presentes en ambos ventrículos.

La movilización de esos trombos provoca la aparición de infartos en el dominio de la grande y pequeña circulación, los que se manifiestan en el 14 % de los enfermos; con mayor frecuencia se localizan en los pulmones, desarrollándose en general dentro de los 10 primeros días de producida la trombosis coronariana.

La localización cerebral o la de los miembros es menos frecuentes pero más grave que la pulmonar; la posibilidad de su producción abona en favor del reposo absoluto y de la proscripción de la digital como bases del tratamiento del infarto miocárdico. — *M. Joselevich.*

## INFECCIOSAS Y ENDOCRINAS

*INMUNIZACION CONTRA LA FIEBRE REUMÁTICA CON FILTRADO DE ESTREPTOCOCO HEMOLÍTICO, (Immunization against rheumatic fever with hemolytic streptococcus filtrate), V. P. Wasson. "Am. Heart J." XV, 257, 1938.*

Un grupo de 34 niños fué tratado durante dos años con inyecciones subcutáneas de un filtrado de streptococo hemolítico. La A. manifiesta que la experiencia es demasiado pequeña para extraer conclusiones definitivas, pero los resultados han sido alentadores: en el grupo control (64 niños) se observaron ataques agudos de fiebre reumática en el 28,7 % de los casos, porcentaje que se reduce al 5,9 % en el grupo de niños vacunados. — *R. Vedoya.*

*TAMAÑO Y FORMA DEL CORAZÓN EN EL HIPERTIROIDISMO, (Size and shape of the heart in hyperthyroidism), Gotta H. "Arch. Int. Med." LXI, 860, 1938.*

El autor estudió el estado del corazón en 200 casos de hipertiroidismo, analizando sus caracteres clínicos, electrocardiográficos y telerradiográficos. En 86 de esos casos, repitió el estudio radiológico después de varios intervalos; en 74 de esos enfermos, el hipertiroidismo había desaparecido y en los 12 restantes persistía todavía.

De sus estudios deduce el autor que el hipertiroidismo no provoca el agrandamiento cardíaco que pueda comprobarse en esos enfermos, debiendo buscarse la causa de tal agrandamiento en la asociación de la afección glandular con otra cardiovascular.

La procedencia del arco medio izquierdo no se debe en esos enfermos al hipertiroidismo sino que es en ellos constitucional; la curación del hipertiroidismo no provoca una reducción del tamaño del corazón, como tampoco lo aumenta cuando dicho hipertiroidismo se desarrolla, salvo si se asocia con alguna afección cardiovascular. — *M. Joselevich.*

## PRESIÓN ARTERIAL Y VASOS

*EL FACTOR RENAL EN LA HIPERTENSION ARTERIAL CON COARCTACION DE LA AORTA*, (*The renal factor in the arterial hypertension with coarctation of the aorta*), Rytand D. A., "J. of Clin. Invest." XVII, 391, 1938.

La oclusión parcial de la aorta de las ratas entre ambas arterias renales, determina una hipertensión arterial únicamente si existe tejido renal más allá de la oclusión, no desarrollándose nunca esa hipertensión si al mismo tiempo se practica la nefrectomía.

Esos experimentos apoyan la hipótesis de que la hipertensión arterial que se comprueba en los casos de coartación de la aorta por encima de la estenosis, no se debe a un simple fenómeno mecánico debido a la obstrucción de la corriente sanguínea, sino a un hecho semejante al determinado en la circulación general por la oclusión parcial de las arterias renales, en la experiencia de Goldblatt. — *M. Joselevich.*

*ALGUNOS PROBLEMAS EN EL DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OCLUSION ARTERIAL AGUDA*, (*Some problems in the diagnosis, prognosis and treatment of acute arterial occlusion*) H. E. Rykert y D. Graham, "Am. Heart J.", XV, 395, 1938.

Describen dos distintos tipos de dolor en el síndrome de oclusión de las grandes arterias periféricas:

a) Dolor precoz, localizado a nivel de la oclusión arterial, que precede al entumecimiento y enfriamiento del miembro; alcanza rápidamente su máxima intensidad, pero es transitorio, durando en ocasiones pocos minutos. Este dolor es característico de la *embolia* arterial, no observándose nunca en casos de trombosis; posiblemente es debido al espasmo arterial determinado por la embolia.

b) Dolor más tardío, distal, de origen isquémico, y por lo tanto, común a la embolia y a la trombosis.

El pronóstico de la embolia de las grandes arterias periféricas depende, en gran parte, de la gravedad de la afección causal; debe tenerse en cuenta la posibilidad del restablecimiento espontáneo de la circulación, particularmente frecuente en la embolia de las arterias de los miembros superiores.

Según los A., los resultados del tratamiento quirúrgico (embolectomía) son superados por el ejercicio vascular pasivo, combinado con el calor y la administración de drogas antiespasmódicas. — *R. Vedoya.*

## TERAPÉUTICA

*DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA*, (*Early Diagnosis and Treatment of Heart Failure*), W. Evans, Britsh Med. J., 1937, I, 1145.

En un paciente que sabemos portador de enfermedad cardíaca, el recono-

cimiento de la insuficiencia cardíaca inicial se basará en la existencia de disnea de esfuerzo para los ejercicios habituales (verdadera disnea de esfuerzo), ingurgitación venosa, congestión pulmonar y familiaridad con las causas que llevan a la insuficiencia cardíaca.

El tratamiento de este estado inicial exige medidas higiénico-dietéticas especialmente, el reposo mitigado, y la medicación habitual, siendo de gran utilidad la restricción de líquidos y el uso de diuréticos mercuriales.

El autor pasa luego en revista las características de la insuficiencia cardíaca en las diversas condiciones etiológicas, concluyendo que en el tratamiento es necesario no generalizar sino individualizar. — *B. Moia.*

*EFFECTOS DE LAS INYECCIONES ENDOVENOSAS SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR DEL HOMBRE, (The effects on the cardiovascular system of fluids administered intravenously in man), Altschule M. D. y Gilligan D. R. "J. of Clin. Invest." XVII, 401, 1938.*

Se estudió el efecto de las inyecciones endovenosas de soluciones isotónicas o ligeramente hipertónicas sobre la presión venosa, frecuencia del pulso, velocidad circulatoria, presión arterial, volumen minuto, electrocardiograma, volumen de sangre circulante, etc., en sujetos normales.

Con la inyección lenta de soluciones isotónicas (500 a 1500 c. c. en cantidad no mayor de 20 c. c. por minuto) se produjeron pocos cambios, aumentando sólo el volumen de sangre en forma considerable. La inyección rápida determinó un gran aumento de la presión venosa, volumen minuto y velocidad y volumen de la sangre; algunas veces aumentó también la velocidad del pulso y la presión arterial. El aumento de la presión venosa fué siempre pasajero y el del volumen minuto fué proporcionalmente muy intenso en las grandes elevaciones de aquélla.

De esos resultados los autores deducen: 1º) Que para el tratamiento del shock incipiente, cuando no puede efectuarse la transfusión, las inyecciones endovenosas deberán ser practicadas rápidamente, a una velocidad mayor de 30 c. c. por minuto, a grandes dosis hipertónicas; 2º) Que cuando se las hace a personas de edad, debilitadas o cardíacas, deberá inyectarse soluciones isotónicas, de pequeño volumen y muy lentamente (menos de 15 c. c. por minuto). — *M. Joselevich.*

*EL EFECTO DE GRANDES DOSIS DE DIGITAL SOBRE EL METABOLISMO STANDARD, (The Effect of large Doses of Digitalis on Standard Metabolism), G. Nylin. "J. of Lab. and Clin. Med.", 1938, XXIII, 472.*

En casos de insuficiencia cardíaca congestiva, existe habitualmente aumento considerable del metabolismo basal, que la digital exagera en un principio, acompañándose de elevaciones de la presión arterial, pero bien pronto, con la mejoría clínica del paciente, el metabolismo tiende a reducirse a la normal y la presión arterial desciende. Si la insuficiencia cardíaca congestiva se acompaña de cirrosis hepática, entonces el ascenso inicial del metabolismo no se observa. — *B. Moia.*

*EL EFECTO INMEDIATO DE LOS DIURETICOS MERCURIALES SOBRE LA CAPACIDAD VITAL DE LOS PULMONES, (The immediate effect of mercurial diuretics on the vital capacity of the lungs), J. B. Alsever y S. A. Levine "Am. Heart J." XV, 201, 1038.*

Estudian el efecto de los diuréticos mercuriales (salirgan, novurit) sobre la función respiratoria de los cardíacos; en 9 pacientes observaron una mejoría subjetiva de la disnea, disminución de los signos de congestión pulmonar y aumento de la capacidad vital (T. M. 290 c. c. en 24 horas).

Concluyen que los diuréticos mercuriales tienen una acción francamente benéfica en los cardíacos con disnea, aun en los casos en los cuales no existe edema periférico aparente. — *R. Vedoya.*

*VALUACION DE LOS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CIRCULATORIAS PERIFERICAS, (Evaluation of results in treatment of peripheral circulatory diseases), S. Silbert, "Am. Heart J." XV, 265, 1938.*

En las afecciones de las arterias periféricas, al juzgar los resultados obtenidos con un determinado método terapéutico, es necesario tener en cuenta las siguientes causas de error: tendencia a la mejoría espontánea en el primer período de la enfermedad, influencia de la supresión del tabaco, y variaciones en el grado de vasoconstricción periférica de acuerdo a la temperatura ambiente y al estado psíquico del enfermo. — *R. Vedoya.*