

# ANALISIS DE REVISTAS

## SEMÍOLOGIA

*EL PRIMER RUIDO DEL CORAZON NORMAL. ESTUDIO FONOCARDIOGRAFICO. (Le premier bruit du coeur normal. Etude phonocardiographique).* Lian C. y Welte J. J.. "Arch. Mal. du Coeur". XXXI, 320, 1938.

El primer ruido se compone de 3 partes: una vibración inicial poco amplia y de baja frecuencia (30 a 40); una central, de mayor amplitud y frecuencia de vibraciones (60 a 100), y una final, en la que la frecuencia y amplitud de aquéllas disminuye progresivamente.

Lian y Welte sostienen que en la formación del 1er. tono no intervienen vibraciones de origen auricular, explicando esa contradicción con los resultados obtenidos por los médicos argentinos, por razones técnicas: el método de Wiggers - Dean, empleado en nuestro medio, amplifica todas las vibraciones torácicas por igual, cuando su frecuencia sobrepasa la cifra de 30 por segundo; lo que tiene por consecuencia la posibilidad de que inscriba ondas no audibles y deje de hacerlo con otras perceptibles por el oído.

"La fonocardiografía debe ser una verdadera *auscultación escrita*"; calidad que los autores adjudican al *telestetófono* por ellos utilizado, "sino, este método destinado a ilustrar al clínico, corre el riesgo de extraviarlo". — M. Joselevich.

*EL DESDOBLAMIENTO DEL PRIMER TONO. (Le dédoublement du premier bruit. Le premier bruit a précession auriculaire et le galop présystolique retardé).* Lian C. y Welte J. J.. "Arch. Mal. du Coeur". XXXI, 408, 1938.

Ningún ruido auricular interviene en la producción del desdoblamiento del primer ruido; sólo excepcionalmente, en corazones con un gran erectismo, puede existir un ruido de origen auricular que precede muy de cerca al 1er. tono y que los autores proponen denominar *primer tono a precesión auricular*. El galope presistólico es fácilmente diferenciable del desdoblamiento del 1er. tono, tanto por la auscultación como por la fonocardiografía; sólo excepcionalmente (*galope presistólico retardado*) podrían ser confundidos esos dos fenómenos tan diferentes. El desdoblamiento del 1er. tono es fisiológico y presistólico; el galope es sistólico y sintomático de la insuficiencia ventricular izquierda.

"Bajo ningún concepto el desdoblamiento del 1er. tono es un diminutivo o un precursor del ritmo de galope". — M. Joselevich.

*LOS RUIDOS DEL CORAZON FETAL EN EL UTERO (ESTUDIO FONOCARDIOGRAFICO). (Les bruits du coeur foetal in utero). (Etude phonocardiographique).* Lian C. y Golblin V. "Arch. Mal. du Coeur". XXXI, 178, 1938.

Los autores han empleado el *telestetófono* de Lian y Minot para regis-

trar gráficamente los tonos cardíacos fetales y para hacer oír a todo un anfiteatro dichos ruidos, mientras que los han grabado en discos merced al *fonoes-tetógrafo*.

Los ruidos cardíacos fetales no presentan un ritmo pendular, estando separados por intervalos de longitud diferente: un pequeño silencio de 14 centésimos de segundo y un gran silencio de 16 a 19 centésimos. El 1er. ruido dura 6 centésimos de segundo y el segundo 5 centésimos. En algunos casos existe un ritmo a 3 tiempos debido al desdoblamiento del 1er. tono. — *M. Joselevich*.

*LA RADIOLOGIA DEL ESOFAGO EN LAS AFECIONES CARDIOVASCULARES.* E. G. Fongi. "Prensa Médica Arg.". 1938, XXV, 905, 959, 1012.

En este documentado y completo trabajo el autor estudia el valor de la radiología del esófago relleno con sustancia opaca, en las distintas afecciones cardiovasculares, señalando las características en los grandamientos auriculares, y modificaciones de la aorta y arteria pulmonar, llegando a la conclusión que los datos suministrados por la misma son suficientemente importantes como para aconsejar su uso sistemático en todo examen completo del aparato cardiovascular. — *B. Moia*.

*ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL AGRANDAMIENTO DEL VENTRICULO IZQUIERDO Y DEL VENTRICULO DERECHO.* P. Cossio y R. Dambrosi, "Semana Méd.". 1938, XLV, 929.

El examen radiológico de 25 casos de insuficiencia aórtica con agrandamiento ventricular izquierdo, y el de 25 casos de estrechez mitral con agrandamiento ventricular derecho, permite llegar a la conclusión que en ambas circunstancias la punta del corazón se desplaza hacia abajo y afuera, pero proporcionalmente más hacia abajo, para el agrandamiento ventricular izquierdo, y más hacia afuera para el derecho. La matidez cardíaca aumenta transversalmente a la izquierda y abajo en ambas circunstancias, pero en la última lo hace más en el sentido transversal aumentando además hacia arriba, por fuera de la margen izquierda del esternón, debido al agrandamiento del cono pulmonar del ventrículo derecho. — *B. Moia*.

*DESPLAZAMIENTO DEL CORAZON EN LOS DECUBITOS LATERALES.* P. Cossio, I. Berconsky y J. Casares. "Semana Méd.", 1938, XLV, 748.

En 12 pacientes (6 con corazón normal y 6 con agrandamiento cardíaco de grado variable) se obtuvieron en cada uno tres telerradiografías: una en decúbito dorsal, otra en lateral derecho y otra en lateral izquierdo. Todas las radiografías se efectuaron con técnica idéntica, buscando siempre que la incidencia de los rayos fuera perpendicular al plano frontal y que no existiera escoliosis en los decúbitos. En otros 20 sujetos se determinó el choque de la punta

por la palpación en posición de pie y, reparado por un disco de plomo el sitio determinado, se obtenía una telerradiografía en frontal, posición de pie.

Se estableció así que pasando del decúbito dorsal al lateral derecho, el corazón se desplaza in toto a la derecha, haciéndose más vertical, de lo que resulta que su borde derecho se aparta hacia la derecha algo más de lo que el borde izquierdo se aproxima a la línea media. En cambio, al pasar al lateral izquierdo, el corazón se desplaza in toto a la izquierda, haciéndose más horizontal, por lo que el borde izquierdo se aparta hacia la izquierda más de lo que el derecho se aproxima a la línea media. Los desplazamientos en ambos decúbitos laterales, variaron de 0.4 a 2 y 3 cms. Todo ello restringe el valor del desplazamiento de la matidez cardíaca a la derecha en el decúbito lateral derecho, señalada por Walshe en 1851, como signo de pericarditis con derrame.

En cuanto al choque de la punta, el punto de palpación viene a quedar por fuera de la proyección radiológica, debido a la incurvación de la pared del tórax y a la dextrosión sistólica que aproxima la punta hacia la línea media. — *B. Moia.*

## PATOLOGÍA

*EL EQUILIBRIO PROTEICO DEL SUERO SANGUINEO EN LOS CARDIACOS. (L'équilibre protéique du sérum sanguin chez les cardiaques).* Lazaris A. "Arch. Mal. du Coeur". XXXI, 204, 1938.

La dosificación de las albúminas del suero en 22 cardíacos ha permitido a los autores establecer que en ellos existían modificaciones, independientes de la hidremia y la albuminuria y atribuibles a la denutrición determinada por la congestión hepática crónica.

Las albúminas totales eran normales en la mitad de los casos y estaban disminuídas en la otra mitad; las globulinas eran normales o disminuídas muy ligeramente, mientras que la serina estaba casi constantemente disminuída. La fibrina estaba casi siempre normal o sólo muy ligeramente disminuída. — *M. Joselevich.*

*COLESTEROLEMIA EN LAS ENFERMEDADES CARDIACAS. (Cholesterol content of the blood in heart disease).* Poindexter Ch. A. y Bruger M. "Arch. Int. Med.". LXI, 714, 1938.

La dosificación del colesterol sanguíneo en 61 sujetos (18 con cardiopatía reumática, 24 con cardiopatía arterioesclerosa y 19 hipertensos con insuficiencia cardíaca), ha permitido a los autores establecer que existe una evidente diferencia en las cifras obtenidas en el primero de esos grupos y en los dos restantes: mientras que el suero de los reumáticos presenta un tenor colesterólico menor que el de las personas normales, el de los hipertensos y arterioesclerosos suministra cifras francamente aumentadas. — *M. Joselevich.*

**ESTENOSIS AORTICA POR CALCIFICACION VALVULAR.** (*Calcific aortic stenosis. A. clinical and electrocardiographic study*). Beck L. H. y Dinnerstein M. "Arch. Int. Med.". LXI, 781, 1938.

Catorce casos de calcificación de las sigmoideas aórticas con estenosis forman la base de este trabajo del "Bellevue Hospital", de la Universidad de Columbia. En 5 casos se hizo el diagnóstico al observarse la calcificación en el examen radiológico; en los 9 restantes la lesión fué reconocida en la autopsia.

Esos enfermos se presentan con el cuadro de la insuficiencia aórtica con angina de pecho; el electrocardiograma mostraba a menudo trastornos semejantes a los de los casos de esclerosis coronariana, lo que, conjuntamente con el dolor precordial y la muerte súbita, también frecuente, puede conducir al diagnóstico de infarto del miocardio.

"Cuando los signos físicos de insuficiencia aórtica son acompañados de modificaciones electrocardiográficas de lesión miocárdica y cuando la sífilis y la endocarditis bacteriana se hallan ausentes, está indicado el diagnóstico de estenosis aórtica calcificada. El examen radiológico confirmará o desechará esa impresión". — M. Joselevich.

## ELECTROCARDIOGRAFIA

**ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO DEL REFLEJO SENOCAROTIDEO.** (*Etude électrocardiographique du réflexe sino-caroditien*). J. Lenègre. "Arch. Mal. du Coeur". XXXI, 421, 1938.

El reflejo senocarotídeo *normal* se traduce por escasas o nulas modificaciones de los trazados (bradicardia o taquicardia sinusal ligeras). El *patológico*, por trastornos acentuados (gran bradicardia, con o sin bloqueo A-V, atipia ventricular, aleteo o fibrilación auricular, modificación de los trastornos de ritmo preexistentes o su aparición cuando no existían).

Cuanto más acentuado es el trastorno provocado por el reflejo, peor es el pronóstico que debe formularse ante un caso dado. — M. Joselevich.

**SOBRE LA IMPORTANCIA DE ALTERACIONES ANOXICAS SEVERAS DEL COMPLEJO VENTRICULAR FINAL EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DE SUJETOS SANOS.** (*Über die Bedeutung schwerer Anoxieveränderungen der Nachschwankung im Elektrokardiogramm von Gesunden*). A. Rühl. "Z. Kreislaufforschg". 1938, 30, 393.

El autor ha estudiado en una gran cantidad de personas jóvenes y sanas (aspirantes a aviadores) el comportamiento Ecg., especialmente del complejo final, sometiéndolos a presiones que corresponden a alturas entre 5000 m. y 6500 m. De acuerdo con lo ya conocido, observó como regla general un aplanamiento de T en D1 y D2. Sin embargo, en una parte de los casos observó ya a los 5000 m., depresión de ST2 y a los 6500 m. depresión de ST1 y ST2, lo que para estas alturas todavía no se había observado. Si el sujeto había efectuado trabajo muscular previo, tales trastornos se exageraban considerablemente, aún estando el

sujeto repuesto de su esfuerzo. A los 5000 m. el Ecg. de esfuerzo acentuaba, como era de esperar, las alteraciones eléctricas.

A continuación se analizan las teorías que tratan de explicar estas modificaciones Ecg. El hecho de que esté principalmente alterada la derivación 2ª, habla a favor de un daño difuso. — *F. Battle.*

**MODIFICACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS EN LA NEFRITIS AGUDA.** (*Les troubles de l'électrocardiogramme au cours de la néphrite aigue*). Garreton Silva A., Hervé L., Nogués F. y Forero L. G. "Arch. Mal. du Coeur". XXXI, 217, 1938.

El estudio de 36 casos de nefritis aguda permite establecer a los autores que existe un tipo de glomerulo-nefritis aguda que evoluciona bajo la forma de una insuficiencia cardíaca grave, que se acompaña de una gran dilatación del corazón y a menudo se complica con edema agudo de pulmón.

En esos casos se comprueban modificaciones electrocardiográficas, atribuidas por los autores al espasmo vascular y coronariano, a la hipertensión arterial, estancamiento venoso y a la toxi-infección que es la causa de la nefritis: todo ello determinaría una acentuada modificación del metabolismo miocárdico.

Las modificaciones electrocardiográficas, que evolucionan paralelamente a la enfermedad, desapareciendo con ella hasta el punto de no dejar casi ni rastros al cabo de 4 a 6 semanas, consisten principalmente en: desnivelamiento del espacio S-T, aplanamiento e inversión de T y alargamiento de Q-T. No existen trastornos de la conducción aurículo-ventricular ni intraventricular, ni alteraciones aisladas de P, Q, R o S. — *M. Joselevich.*

**RELACION ENTRE ENFERMEDAD MIOCARDICA Y ANORMALIDAD DEL COMPLEJO VENTRICULAR DEL ELECTROCARDIOGRAMA.** (*Relation of myocardial disease to abnormalities of the ventricular complex of the electrocardiogram*). H. Pardee y L. Price. "Am. Heart J.". XV, 28, 1938.

Se estudian 60 casos, tratando de relacionar las características del complejo ventricular del e. c. g. y los hallazgos anatomopatológicos del miocardio ventricular. De los 13 casos que presentaban un complejo ventricular normal, en 6 existían lesiones anatómicas ligeras; de los 47 casos con complejo ventricular anormal, en 9 no se demostró la existencia de alteración miocárdica. Cuando la anormalidad de e. c. g. residía solamente en el complejo ventricular inicial (QRS), las lesiones anatómicas eran suaves o moderadas; cuando la onda T presentaba características anormales, las lesiones anatómicas eran más extensas y de mayor intensidad. El desnivel del segmento ST estaba siempre asociado con la existencia de focos de degeneración miocárdica aguda, excepto en aquel tipo de complejo ventricular que se atribuye a acentuada hipertrofia del ventrículo izquierdo. — *R. Vedoya.*

*LA UTILIDAD DE LAS DERIVACIONES IV Y V PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS INFARTOS DEL MIOCARDIO TIPO T1. (De l'utilité des dérivations IV y V pour le diagnostic des infarctus du myocarde type T1).* Donzelot E. y Peláez M. "Arch. Mal. du Coeur". XXXI, 393, 1938.

El estudio de 8 observaciones de infarto del miocardio de tipo T1, permite a los autores establecer que las derivaciones IV y V muestran modificaciones características en esos casos.

En algunos enfermos dichas modificaciones aparecen exclusivamente en las derivaciones IV y V, en otros sólo en ellas son lo suficientemente claras y, cuando se presentan en las demás derivaciones también, son más marcadas en las precordiales y muchas veces aparecen más precozmente y persisten durante un período de tiempo mayor que en las otras. — *M. Joselevich.*

## ARRITMIAS Y BLOQUEO

*RITMO RECÍPROCO EN UN PACIENTE CON CARDIOPATIA CONGENITA, (Reciprocal rhythm in a patient with congenital heart disease),* F. B. Cutts. "Am. Heart J.", XIV, 717, 1937.

Se comenta un caso de ritmo recíproco, en el cual es casi constante el intervalo que separa el complejo ventricular de origen sinusal y aquél precedido por onda P negativa; el tiempo necesario para la conducción retrógrada es variable, como también el requerido para la conducción a-v del estímulo que origina el latido apareado, llamando la atención esta variación del RP y del PR, en contraposición con la relativa constancia del RR. En algunas oportunidades el ritmo recíproco se presenta sin que se observe onda P negativa entre ambos complejos ventriculares; se sugiere la posibilidad de que un estímulo pueda ser conducido de ventrículos a aurículas, y retornar nuevamente a los ventrículos, sin que exista una contracción auricular intercalada entre las dos ventriculares. — *R. Vedoya.*

*BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO Y ALETEO AURICULAR, CON OBSERVACIONES SOBRE EL EFECTO DEL SULFATO DE QUINIDINA, (Complete auriculoventricular block and auricular flutter with observations of the effect of quinidine sulfate),* L. F. Jourdonais y H. O. Mosenthal. "Am. Heart J.", XIV, 735, 1937.

Describen un caso de bloqueo a-v completo asociado con aleteo auricular, comentando los resultados obtenidos con la administración de quinidina; esta droga disminuyó a la mitad la frecuencia auricular, luego se observó un ritmo sinusal con bloqueo a-v simple (PR — 0,72"), y finalmente reapareció la disociación a-v, persistente, con frecuencia auricular normal. — *R. Vedoya.*

*DISOCIACION AURICULOVENTRICULAR COMPLETA CON SINDROME PASAJERO DE ADAMS-STOKES REVELADOR DE UNA DIF-*

*TERIA CUTANEA DESCONOCIDA, (Dissociation auriculo-ventriculaire complète avec syndrome passager d'Adams-Stokes révélatrice d'une diphtérie cutanée méconnue)*, Lenègre J. y Claud--Weyl R. "Arch. Mal. du Coeur", XXXI, 292, 1938.

Una señora de 34 años hizo una difteria cutánea un mes después de sufrir un traumatismo en la pierna derecha; 12 días después se manifestó un síndrome de Stokes-Adams por disociación auriculoventricular completa, sintomática de una grave intoxicación diftérica hasta ese momento no reconocida.

Posteriormente se desarrolló una polineuritis generalizada, que retrocedió muy lentamente, debiendo aún permanecer en cama la enferma a los 3 meses de iniciados los síntomas de intoxicación diftérica. El síndrome de Adams-Stokes desapareció muy rápidamente y algo más tardíamente la disociación auriculoventricular. — *M. Joselevich.*

*APNEA O CONVULSIONES SIGUIENDO A LA DETENCION DEL CO-RAZON. ESTUDIO CLINICO Y EXPERIMENTAL, (Apnea or convulsions following standstill of the heart. Clinical and experimental observations)*, P. Formijne. "Am. Heart J.", XV, 129, 1938.

Se estudian, en el terreno clínico y experimental, los trastornos fisiológicos de origen cerebral (período de apnea o convulsiones), que aparecen inmediatamente después del paro ventricular.

El período de apnea se atribuye a que al detenerse los ventrículos, como continúan los movimientos respiratorios, se produce hiperventilación de la sangre contenida en los pulmones; esta sangre, pobre en CO<sup>2</sup>, es puesta en circulación con las primeras contracciones cardíacas y al llegar al centro respiratorio origina el período de apnea. Experimentalmente se confirma este modo de ver, pues si se hace respirar al animal una mezcla de O<sup>2</sup> y 5 % de CO<sup>2</sup>, el período de apnea no se produce. Sin embargo, se acepta la posibilidad de que en determinadas circunstancias participen otros mecanismos accesorios, entre ellos un reflejo originado en el seno carotídeo.

Las convulsiones se atribuyen a la acción de la sangre hiperventilada sobre el cerebro; es de notar que las convulsiones no se observan cuando existe pérdida de conocimiento y que tampoco se presentan, o ellas son muy suaves, en los experimentos realizados sobre animales anestesiados. — *R. Vedoya.*

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*ESTIMACION DEL TRABAJO CARDIACO DURANTE Y ENTRE LOS ATAQUES DE ANGINA DE PECHO, (Estimations of the work of the heart during and between attacks of angina pectoris)*, Starr I., Gamble C. J., Donal J. S. y Collins L. H. "J. of Clin. Invest.", XVII, 287, 1938.

Cuatro enfermos con dolor precordial (tres de ellos con angina de pecho típica), fueron estudiados en el momento de los ataques y durante sus intervalos,

determinándose el volumen minuto, el metabolismo basal, la frecuencia del pulso, la presión arterial y el número de respiraciones.

El trabajo cardíaco era francamente mayor durante los ataques que fuera de ellos, lo que autoriza a los autores a aceptar que el dolor es provocado en esos casos, conforme se acepta generalmente, por una demanda de mayor trabajo en corazones cuyo aporte sanguíneo no puede ser proporcionalmente aumentado. — *M. Joselevich.*

*ESTUDIOS HEMODINAMICOS EN LA OCLUSION CORONARIA EXPERIMENTAL. IV. EXTIRPACION DEL GANGLIO ESTRELLADO, (Hemodynamic studies in experimental coronary occlusion. IV. Stellate ganglionectomy experiments), G. Schauer, L. Gross y L. Blum. "Am. Heart J.", XIV, 669, 1937.*

Se estudia la influencia de la extirpación del ganglio estrellado sobre las modificaciones hemodinámicas provocadas por la ligadura de la rama descendente anterior de la coronaria izquierda. Tanto en los perros operados previamente como en el grupo control, se observó: disminución del volumen minuto, retardo de la velocidad circulatoria y descenso de la presión arterial; estas perturbaciones hemodinámicas aparecen inmediatamente después de la ligadura coronaria y son de grado sensiblemente igual en los perros con o sin ganglio estrellado. Las modificaciones mencionadas tienden a desaparecer después de una semana, sin que existan diferencias significativas entre uno y otro grupo. En los animales operados la mortalidad inmediata fué menor, como también la frecuencia de la fibrilación ventricular que suele seguir a la oclusión coronaria; el tamaño del infarto producido fué sensiblemente igual en ambos grupos. — *R. Vedoya.*

*LA FRECUENCIA DEL INFARTO DE MIOCARDIO SIN DOLOR EN 200 CASOS CON AUTOPSIA, (The incidence of myocardial infarction without pain in 200 autopsied cases), J. Allen Kennedy. "Am. Heart J.", XIV, 703, 1937.*

Se analizan las historias clínicas de 200 pacientes, en quienes la necropsia demostró un total de 251 infartos de miocardio, con el propósito de determinar la frecuencia de la trombosis coronaria indolora.

En el grupo de los 142 infartos que determinaron la muerte en un plazo no mayor de 8 semanas, se eliminan 48 por existir circunstancias que impidieron recoger antecedentes satisfactorios (muerte súbita, coma diabático, etc.); de los 94 restantes, 86 padecieron dolor franco, 4 experimentaron molestias más suaves como equivalentes del dolor, y otros 4 se vieron libres de una y otra de estas manifestaciones subjetivas.

De los infartos que permitieron una sobrevida mayor de 8 semanas, se eliminan 7 por deficiencia de los antecedentes; de los 102 restantes, 65 tuvieron dolor, 14 sufrieron molestias más atenuadas, y los otros 23 no acusaron manifestaciones dolorosas. — *R. Vedoya.*

*LA INFLUENCIA DEL TAMAÑO DEL INFARTO CARDIACO SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA*, (*The influence of the size of cardiac infarcts upon the electrocardiogram*), H. Gold, W. Modell y J. Travell. "Am. Heart J.", XV, 77, 1938.

La ligadura, en el gato, de la rama circunfleja de la coronaria izquierda, origina un infarto del miocardio cuya situación es semejante en todos los casos, mientras que sus dimensiones varían ampliamente; el estudio comparado de las modificaciones del e.c.g. y el tamaño del infarto, permite deducir las siguientes conclusiones:

1.—En el 25 % de los casos no existe desnivel del segmento ST; se trata, en general, de los infartos más pequeños.

2.—Los infartos de mayor tamaño son los que originan un mayor desnivel del segmento ST.

3.—No guardan relación con el tamaño del infarto, ni la presencia de taquicardia ventricular ni la distinta rapidez con que el segmento ST retorna al nivel primitivo.

4.—Existen grandes variaciones individuales, observándose infartos de dimensiones semejantes en todos los grupos: en los casos con o sin taquicardia ventricular, en los que no presentan desnivel del segmento ST como en aquellos en que él es moderado o acentuado. — *R. Vedoya*.

## INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

*LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA TERMINAL EN EL CURSO DE LAS ENDOCARDITIS REUMATICAS ANTIGUAS*, (*L'endocardite infectieuse terminale au cours des endocardites rhumatismales anciennes*), A. Dumas. "Arch. Mal. du Coeur", XXXI, 381, 1938.

Se refieren cuatro casos de cardiópatas que, habiendo sufrido su reumatismo más de 20 años antes, terminaron su existencia debido a la reinfección de sus lesiones endocárdicas cicatriciales por el estreptococo llamado *viridans*.

El autor llama *terminal* a esa endocarditis infecciosa sobrevenida tantos años después de la lesión reumática inicial y sostiene que esos casos demuestran que endocarditis reumática y endocarditis infecciosa (*enfermedad de Bouillaud* y *enfermedad de Osler*), son dos afecciones diferentes, contrariamente a lo que afirmaron últimamente algunos investigadores americanos y europeos. — *M. Joselevich*.

*ANEURISMA SIFILITICO DE LA AORTA INTRAPERICARDICA. INSUFICIENCIA AORTICA FUNCIONAL. ESCLEROSIS MITRAL POR ENDOCARDITIS REUMATICA*, A. J. Heindenreich, M. Joselevich y J. M. Herstein. "Prensa Méd. Arg.", XXV, 613, 1938.

Se describe el caso de un paciente de 37 años de edad con sífilis adquirida y antecedentes de reumatismo, que acusaba simultáneamente con la lesión endo-

cárdica mitral, un aneurisma intrapericárdico de la aorta de origen sífilítico que originaba una dilatación del anillo sigmoideo con insuficiencia aórtica funcional. Comprobación necrópsica. — *B. Moia*.

*LA SIGNIFICACION DE LA ACTIVIDAD REUMATICA EN LA CARDIOPATIA REUMATICA CRONICA. - PARTE I. INTENSIDAD Y EXTENSION, (The significance of rheumatic activity in chronic rheumatic heart disease. - Part I. Intesity and extent), I. R. Juster. "Am. Heart J.", XV, 1, 1938.*

Un prolijo estudio demuestra que la infección persiste activa en muchos adultos portadores de una cardiopatía reumática crónica; la actividad del proceso infeccioso puede ser intermitente o continua, puede ser tan suave que sea difícil de descubrir o mostrar, en algunos casos, un alto grado de severidad.

El signo más valioso para su reconocimiento es la leucocitosis, siguiendo en orden de importancia las artralgias, mialgias y dolores precordiales; la taquicardia y las alteraciones electrocardiográficas son también signos importantes en el grupo con ritmo sinusal. La presencia de fiebre es casi constante, pero no se presenta con suficiente regularidad como para concederle el valor de los signos precedentes. — *R. Vedoya*.

## ENDOCRINAS

*EL CORAZON EN LA ACROMEGALIA, (The heart in acromegaly), Courville C. y Mason V. R. "Arch. Int. Med.", LXI, 704, 1938.*

De 28 acromegálicos, 18 (el 75 por ciento) presentaban signos evidentes de insuficiencia cardíaca, habiendo muerto 6 de ellos a causa de esa insuficiencia.

Ni la hipertensión arterial ni las lesiones valvulares pueden ser responsabilizadas de la insuficiencia cardíaca. Al comienzo se comprueba una hipertrofia cardíaca, que puede llegar a ser considerable cuando aparecen los síntomas de insuficiencia, los que difieren muy poco de los observados en otras cardiopatías.

El electrocardiograma no presenta modificaciones constantes ni características (desviación del eje eléctrico hacia la izquierda, aumento de la amplitud de Q-R-S, con manchas o melladuras y, en los períodos terminales, distintos tipos de arritmia y cambios de la onda T). — *M. Joselevich*.

*ESTUDIOS DE LA CIRCULACION EN ENFERMOS CON MIXEDEMA ESPONTANEO, (Studies of the circulation in patients suffering from spontaneous myxedema), Stewart H. J., Deitrick J. E. y Crane N. F. "J. of Clin. Invest.", XVII, 237, 1938.*

En cuatro mixedematosos comprobaron: disminución del volumen sistólico y minuto y de la velocidad sanguínea, con agrandamiento cardíaco, condiciones todas que se modificaron con la administración de extracto tiroideo y el aumento consiguiente del metabolismo basal. — *M. Joselevich*.

*UN ESTUDIO CUANTITATIVO DE LOS CAPILARES CUTANEOS EN EL HIPERTIROIDISMO*, (*A quantitative study of cutaneous capillaries in hyperthyroidism*), E. Roberts y J. Q. Griffith. "Am. Heart J.", XIV, 588, 1937.

El estudio se basa en el recuento capilar realizado en 14 sujetos normales y 16 hipertiroideos. Las cifras obtenidas en cada uno de estos casos no son comparables entre sí, pues la superficie examinada no es exactamente igual en todos los pacientes y el recuento es influido por la distinta visibilidad de la piel, propia de la diferente constitución histológica que ella presenta en cada individuo. En cambio, se consideran significativas las variaciones observadas en un mismo sujeto, antes y después de la inyección intradérmica de histamina; mientras en el grupo control el número de capilares visibles aumenta considerablemente (T. M. 120 %), en los hipertiroideos el aumento es mucho más reducido (T. M. 16 %), sin que en este grupo exista una relación entre el grado de reacción a la histamina y la cifra del M. B.

Se sugiere que la dilatación de los vasos cutáneos observada en el hipertiroidismo, favorece la pérdida de calor por la superficie corporal. — R. Vedoya.

*UN CASO DE INSUFICIENCIA CARDIACA BRONCEADA. SINDROME ENDOCRINO-HEPATO-MIOCARDICO*, (*Un cas d'insuffisance cardiaque bronzée. Syndrome endocrino-hépatomyocardique*), Donzelot E. y de Véricourt E. R. "Arch. des Mal. du Coeur", XXXI, 226, 1938.

Los autores, que tanto han contribuido a aislar el cuadro de la *insuficiencia cardíaca bronceada*, refieren un nuevo caso clínico del *síndrome endocrino-hépatomiocárdico*, que habían anteriormente presentado en la *Soc. Française de Cardiologie*, "a pesar de la ausencia de documentos anatómicos". — M. Joselevich.

## VITAMINAS

*VITAMINA C EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA* (*Vitamin C in Heart Failure*), W. Evans. *Lancet*, I, 308, 1938.

En 8 pacientes con variados grados de insuficiencia cardíaca y otro con intensos edemas de origen desconocido se administró vitamina C por vía oral (redoxon), en dosis variables, y acompañando a la medicación habitual, llegando a la conclusión que ella es capaz de determinar una diuresis mayor que la digitalica pero menor que la de la teobromina, diuretina y cloruro de amonio. Por ello recomiendan la administración de vitamina C a los cardíacos, ya sea bajo forma comercial o de jugos de limón o naranja frescos. — B. Moia.

*EL ACIDO ASCORBICO EN LOS ENFERMOS CARDIOVASCULARES*, A. V. di Ció y M. Scheingart. "Prensa Méd. Arg.", XXV, 436, 1938.

Estudiando el ácido ascórbico en la sangre total de 21 enfermos cardiovas-

## ANÁLISIS DE REVISTAS

culares encuentran valores por debajo de lo normal en el 25 %. La inyección de dosis altas de ácido ascórbico, demuestra por otra parte que muchos de estos enfermos retienen más del 80 % del ácido inyectado, revelando así un déficit intenso de esta sustancia en el organismo. Por ello creen conveniente la administración del ácido escórbico en tales circunstancias. — *B. Moia.*

*METABOLISMO DE LA VITAMINA C EN LA FIEBRE REUMÁTICA.* (*Metabolism of vitamin C in rheumatic fever*), Rinehart J. F., Greenberg L. D., Olnier M. y Choy F. "Arch. Int. Med.", LXI, 552, 1938.

Estudio efectuado en 42 enfermos con reumatismo en actividad y 22 en período inactivo. El contenido en vitamina C de la sangre estaba uniformemente descendido en prácticamente todos los casos, lo que habla en favor del concepto de que la carencia de dicho factor puede desempeñar un papel etiológico en la fiebre reumática. — *M. Joselevich.*

## PERICARDIO

*SOBRE DEFECTOS PERICARDICOS CONGENITOS.* (*Über angeborene Herzbeuteldefekte*), Ruth Beyer. "Z. Kreislauforsch.", XXX, 411, 1938.

Se describe un caso de malformación pericárdica congénita en un niño de 22 días. La serosa cubría solamente los grandes vasos, las aurículas con sus orejuelas y el tercio superior de ambos ventrículos. La autora pasa en revista las distintas teorías de malformaciones pericárdicas y las discute frente al presente caso. — *F. Battle.*

## PRESION ARTERIAL Y VASOS

*EFECTO DE LA IRRADIACION DE LOS SENOS CAROTIDEOS SOBRE LA PRESION ARTERIAL.* (*Effect de l'irradiation des sinus carotidiens sur la tension artérielle*), van Dooren F. y Melot G. "Arch. Mal. du Coeur", XXXI, 178, 1938.

La irradiación de los senos carotídeos determina ciertas modificaciones, más frecuentes en los sujetos hipertensos, que demuestran la acción de los rayos-X sobre dichos senos (excitación). Los efectos de esa irradiación (generalmente disminución de la presión arterial máxima y mínima y de la frecuencia del pulso), hablan en favor de su utilidad como tratamiento de la hipertensión arterial. — *M. Joselevich.*

*ESTUDIO DE LA CIRCULACION COLATERAL PROVOCADA POR LA OCLUSION VASCULAR EXPERIMENTAL.* (*Studies of the collateral circulation following experimental vascular occlusion*), I. D. Stein. "Am. Heart J.", XIV, 726, 1937.

Se ligan los vasos de la oreja del conejo, con objeto de estudiar el desarrollo de la circulación colateral; ésta aparece en pocos días, siendo suficiente en muchos casos como para impedir la aparición de la gangrena, aún en ausencia de toda terapéutica.

El autor manifiesta que el ejercicio vascular pasivo no sólo es superfluo, sino nocivo: produce cianosis y espasmo vascular que persiste durante horas, y si el tratamiento es continuado determina la aparición de isquemia y necrosis. — *R. Vedoya.*

## TERAPEUTICA

*LA ADMINISTRACION ENDOVENOSA DE SULFATO DE QUINIDINA EN LA TAQUICARDIA VENTRICULAR, (The use of quinidine sulfate intravenously in ventricular tachycardia), J. Hepburn y H. E. Rykert. "Am. Heart J.", XIV, 620, 1937.*

Se comentan los resultados obtenidos con la administración endovenosa de quinidina en la taquicardia ventricular; de los nueve pacientes tratados con esta droga, seis siguen viviendo cuatro años más tarde, mientras que de los 17 casos no tratados sólo uno vivió más de 15 días. Se sugiere que la administración endovenosa de quinidina debe reservarse a los casos en los cuales el shock y los vómitos excluyen la vía oral. — *R. Vedoya.*

*SOBRE HELBORSID Y SUS VINCULACIONES CON LA ESTROFANTINOTERAPIA, (Ueber Helborsid und seine Beziehungen zur Strophantintherapie), Oskar v. Zimmermann-Meinzingen y Danilo Cicovacki. "Münch. med. Woch.", LXXXV, 505, 1938.*

Los autores han estudiado la acción cardiotónica de la Hellebrina, un glucósido extraído del *Helleborus niger* por la casa Hoffmann-La Roche y comercializado bajo el nombre de Helborsid.

Usaron la vía endovenosa y comprobaron que el Helborsid es un cardiotónico extraordinariamente valioso, y que de acuerdo con los ensayos clínicos practicados en 60 enfermos de todas las edades y con toda clase de cardiopatías, desarrolla un efecto casi análogo al de la estrofantina. Respecto a la dosificación, vía de administración e indicaciones puede decirse que son iguales que para esta última, aunque la acción vagal parece ser en el Helborsid más acentuada y duradera, circunstancia beneficiosa en las descompensaciones taquicárdicas. En lo que respecta a fenómenos de intoxicación, no existe tampoco ninguna diferencia entre Helborsid y estrofantina. Las modificaciones electrocardiográficas también concuerdan con las que producen los demás digitálicos. — *F. Batlle.*

*TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ANGINA DE PECHO Y CONDICIONES ASOCIADAS, (Surgical treatment of angina pectoris and allied conditions), D. T. Davies, H. E. Mansell y L. O'Sahughnessy, con la cooperación del vizconde Dawson of Pen "Lancet", I, 1 y 76, 1938.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

Los autores relatan los resultados obtenidos practicando la cardioomentopexia, o bien, la pericardiotomía transpleural, la extrapleural y la cardioneumopexia, con vistas a la provocación de adherencias que determinen el aporte de una circulación colateral al corazón, en 15 observaciones de angina de pecho y otras cinco con otros síntomas de isquemia cardíaca (insuficiencia hipertensiva, insuficiencia congestiva con Stokes-Adams, bloqueo de rama y fibrilación auricular). De los primeros 15, murieron 5, y de los 10 sobrevivientes 8 quedaron libres de síntomas anginosos. De los otros 5, uno murió y uno mejoró. Al lado de la descripción detallada de estas 20 historias clínicas se inscriben otras 20 semejantes que no fueron operadas, y de las cuales ya murieron 8.

La intervención no debe practicarse sino existen evidencias ciertas de isquemia cardíaca, y si el paciente pasa de los 65 años (uno de los operados en esta serie tenía 72 años y se encuentra entre los fallecimientos post-operatorios).

Los autores finalizan recalcando que las evidencias experimentales, clínicas y patológicas, justifican la aplicación de la cardioomentopexia a una proporción de pacientes sufriendo de circulación coronaria insuficiente.

Llama la atención que en la bibliografía no existan referencias sobre los interesantes trabajos de C. J. Beck y su escuela, que tienden a un fin semejante.

— B. Moia.