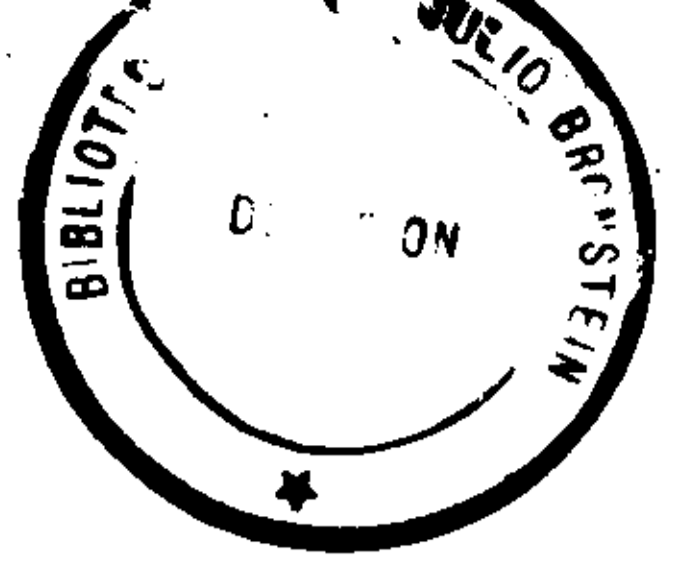


ANALISIS DE REVISTAS



FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

DETERMINACION DEL VOLUMEN SISTOLICO EN EL HOMBRE.

(*Measurement of the cardiac output in man*), por A. M. Cooke y J. G. Priestley. "Journ. Physiol.", 1937, XC, 104.

Los autores compararon en 4 sujetos los métodos de Grollman (acetileno) y de Douglas y Haldane (anhídrido carbónico) para la medida del volumen sistólico. Realizaron determinaciones casi simultáneas, con ambos métodos en los mismos sujetos. Llegan a la conclusión de que ambos métodos tienen causas de error debido al retorno de sangre al corazón antes de que se termine el experimento. Este error es algo mayor con el método de Grollman. En caso de combinar ambos métodos se obtiene mayor concordancia en los resultados. Sin embargo, en uno de los sujetos el volumen sistólico calculado por el método del CO₂ dió valores muy superiores a los que se obtenían por el del acetileno. Es posible que esta discrepancia pueda explicarse por variaciones individuales en el contenido de CO₂ de la sangre venosa mezclada, variaciones debidas a una respiración profunda o quizá al efecto del CO₂ sobre la circulación. — *E. Braun Méndez.*

EL REFLEJO NEUMOCORONARIO (Ueber den pulmocoronaren Reflex).

D. Scherf y E. Schönbrunner. "Kl. Woch.", 1937, XVI, 340.

Los autores estudiaron en perros las modificaciones ECG después de embolias pulmonares producidas experimentalmente. Buscaron colocarse en las condiciones más aproximadas a las que se presentan en clínica, produciendo embolias pequeñas (émbolos a base de percloruro de Fe, sulfato de bario y suero fisiológico de un tamaño de 2-3 mm. de ancho y 10-15 de largo) introducidas en la vena femoral y tratando en lo posible de evitar modificaciones provenientes de los anestésicos que, o paralizan el vago (éter y otros) o lo excitan (morfina, et.); por eso usaron la bulbocapnina. De los perros a los que provocaron embolias pulmonares, consiguieron en tres modificaciones ECG que aparecieron rápidamente con alteraciones evidentes del complejo ventricular inicial y final. En otros 4 animales las alteraciones conseguidas no eran demostrativas. En los restantes 3 el ECG no se modificó. Los trastornos ECG. son comparables a los que se observan clínicamente después de embolias y son iguales a los de los trastornos de irrigación miocárdica. Los autores explican el hecho de haber obtenido resultados francos sólo en 3 casos, por la reacción neuro-vegetativa del organismo. También en el hombre pueden faltar trastornos ECG. después de embolias. Como estas alteraciones son imputables a un reflejo neumocoronario, ello explica los buenos resultados que se obtienen en la clínica con los vasodilatadores coronarios (atropina, papaverina, teofilina) aunque un juicio definitivo sólo será posible después de un gran material, dada la evolución atípica de las embolias pulmonares. — *F. F. Battle.*

SEMILOGIA

NUEVOS HECHOS SOBRE AUSCULTACION MEDICA. T. Ortiz Ramírez.
"Arch. Lat. Am. Card. Hem.", 1937, VII, 47.

El autor trata de dar fundamentos experimentales a su teoría de los soplos cardioserosos. Para ello estudia las manifestaciones estetoscópicas que producen el frotamiento de la pleura, del peritoneo, etc., con diversos órganos provistos o no de serosa, y separados por distintos tipos de lubricante. Ellas le permiten concluir que, en todas las serosas normales, aparecen ruidos o sonidos por deslizamiento cuando entre ellas no se interpone la capa lubricante, constituyendo la tensión de las membranas subendoteliales y la firmeza de los órganos revestidos de serosa, los factores principales para que la fricción haga posible tal contacto. Todas las variedades de soplos, y frotos observados en clínica, pueden producirse en serosas normales lubricadas correctamente, dependiendo su carácter de la elasticidad de las estructuras que tapizan. Ellas pueden observarse también por la fricción de serosas normales y estructuras desprovistas de endotelio, y finalmente por la fricción de serosas alteradas.

Los frotos típicos se producen más fácilmente por despegamiento que por deslizamiento, pudiendo también reproducirse por la interposición de cuerpos extraños (sangre coagulada, licopodio en suspensión, etc.), entre serosas normales.

Todos los fenómenos acústicos generados en estas experiencias pueden propagarse a distancia; un frote puede propagarse como soplo.

Las vibraciones acústicas, en igualdad de condiciones, son mayores cuando la fricción se efectúa perpendicularmente a la dirección de los haces tendinosos, aponeuróticos o musculares o de las irregularidades subendoteliales.

No dan manifestaciones vibrátiles (acústicas o táctiles) las estructuras tapizadas de endotelio que conservan rozamiento indirecto (es decir separadas por un lubricante) y se deprimen bajo débil presión.

En base a estos datos experimentales, el autor discute, luego, la importancia de estos soplos en la clínica, llegando a la conclusión que esta teoría explica muchos de los fenómenos acústicos observados en cardiopatología. — B. Moia.

ESTUDIO ORTORADIOGRAFICO EN 291 ESTUDIANTES QUE NO PRESENTABAN EVIDENCIAS DE CARDIOPATIAS, (An ortodiagraphic study of 291 College students who showed no evidence of heart disease).
J. Edeiken y F. C. Wood. "Amer. Heart J.", 1937. XIII, 387.

Se hicieron ortodiagramas en 291 estudiantes del sexo masculino de 16 a 26 años de edad, sin signos de afección cardíaca. Las medidas realizadas, sugieren que los valores calculados según Eyester y Hodges pueden resultar muy elevados: el área calculada es un 10 % mayor que la real y el diámetro calculado 0.5 cms. más largo que el real. Los corazones pequeños en el plano frontal, frecuentemente, tenían también un diámetro posterior pequeño.

La forma del corazón presentó grandes variaciones dependientes de: a) la

constitución del individuo, b) altura del diafragma, c) forma del tórax, d) deformidades de la columna. En los corazones verticales es frecuente encontrar una prominencia de la región de la arteria pulmonar la que cuando se combina con un borde izquierdo recto simula, a veces, el corazón mitral.

En varios casos se visualizó la porción proximal de la aorta descendente; por consiguiente, no debe considerarse este hallazgo como indicación de arterioesclerosis. Se halló cierta relación entre la taquicardia y corazón pequeño por una parte, y bradicardia con corazón grande, por otra. Las observaciones realizadas en este grupo de 291 jóvenes normales demuestran que no puede confiarse en criterios radiológicos rígidos para determinar la presencia o ausencia de cardiopatías. La medición de los diámetros cardíacos así como la estimación de la silueta deben interpretarse con un conocimiento cabal de sus limitaciones. — E. Braun Menéndez.

PATOLOGIA

MODIFICACIONES CARDIACAS Y REGULACION FISIOLÓGICA EN LA ANEMIA PARASITARIA, (Heart changes and physiologic adjustment in hookworm anemia), W. B. Porter. "Amer. Heart J.", 1937, XIII, 550.

Se estudian 18 casos de anemia debida a afecciones parasitarias con el fin de determinar los factores que contribuyen a compensar los efectos desfavorables que la anemia produce en el organismo.

Se pudo comprobar que se establecen varios mecanismos para compensar el disminuído aporte de oxígeno por la sangre, entre los cuales se pueden citar: a) un aumento de la capacidad vital; b) disminuída sensibilidad del centro respiratorio a estímulos químicos; c) aumento de tolerancia de los tejidos a la falta de oxígeno.

Además, ciertos datos, hablan en favor de una derivación selectiva de sangre hacia los órganos profundos con reducción del volumen de sangre circulante periférica. El agrandamiento cardíaco, que es una de las primeras manifestaciones de la anemia parasitaria, puede considerarse como un proceso compensador transitorio y reversible; pero si los factores que lo han provocado persisten, sobreviene una hipertrofia del miocardio, irreductible y de carácter decididamente patológico. — E. Braun Menéndez.

FORMA AGUDA PERNICIOSA DE BERIBERI Y SU TRATAMIENTO POR ADMINISTRACION INTRAVENOSA DE VITAMINA B₁. CON MENCIÓN ESPECIAL DE LAS MODIFICACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS. (Acute pernicious form of beriberi and its treatment by intravenous administration of vitamin B₁. With especial reference to electrocardiographic changes), H. Hashimoto. "Amer. Heart J.", 1937, XIII, 581.

Un muchacho de 15 años de edad afectado por un beriberi de forma aguda perniciosa sin complicaciones, presentó una insuficiencia cardíaca aguda que mejoró en 50 horas bajo la acción de 3 mgs. de vitamina B₁ purificada inyectada

en las venas. Durante el período de insuficiencia cardíaca el electrocardiograma del enfermo presentó una inversión de la onda T en D₁ y desviación del eje eléctrico hacia la derecha. Después del tratamiento la onda T₁ se volvió positiva y se redujo la desviación del eje eléctrico. — E. Braun Menéndez.

TROMBOSIS AURICULAR IZQUIERDA PRIMITIVA A FORMA SEUDO-TUMORAL, (*Thrombose auriculaire gauche a forme pseudo-tumorale*), Ch. Laubry, P. Soulié y J. Dugas. "Arch. Mal. Coeur. Vaiss", 1937, XXX, 481.

Un hombre de 43 años de edad, presenta un cuadro de insuficiencia cardíaca irreductible, sin arritmia y sin fiebre, salvo en los períodos finales, sin antecedentes reumáticos, con aumento de volumen de la aurícula izquierda a rayos y electrocardiograma con preponderancia ventricular derecha, lo que hace suponer un diagnóstico de endocarditis mitral evolutiva, con probable sinfisis pericárdica. La autopsia reveló, sin embargo, la existencia de un trombosis auricular izquierda, sin que se pudieran apreciar lesiones de las paredes ni de las válvulas. Numerosos infartos en pulmón. — B. Moia.

INFARTO DE PULMON COMPLICANDO LAS AFECCIONES GRAVES DE LA VALVULA MITRAL, (*Pulmonary infarction complicating severe disease of the mitral valve*), H. B. Levine y P. D. White. "Arch. Int. Med.", 1937, LX, 39.

El infarto de pulmón es de observación frecuente en los cardíacos, especialmente en los mitrales y en los que presentan el cuadro de la "insuficiencia congestiva".

Las autopsias del "Massachusetts General Hospital" demuestran lo siguiente: de 52 enfermos con estrechez mitral, se encontraron infartos en el 61 por ciento de los asistólicos y sólo en el 7 por ciento de los que no tenían la "insuficiencia cardíaca congestiva"; de 82 casos de hipertensión arterial, 39 presentaban aquel síndrome y de ellos el 21 por ciento tenía infarto de pulmón.

La producción de los infartos puede deberse: 1) a una trombosis, favorecida a veces por la arterioesclerosis del sistema de la pulmonar; 2) a una embolia originada por trombosis venosa de las piernas, abdomen o pelvis; 3) a una embolia originada por trombosis de las cavidades derechas; 4) infección aguda desarrollada sobre antiguos procesos reumáticos.

La sintomatología suele ser atípica, especialmente cuando las manifestaciones de insuficiencia cardíaca son muy acentuadas; en esos casos el diagnóstico es muy difícil. El infarto dificulta la acción de los tónico-cardíacos y ensombrece el pronóstico. Cinco casos personales son relatados en este trabajo. — M. Joselevich.

PROYECTIL INTRACARDIACO BIEN TOLERADO, (*Projectile intracardique bien toléré*), L. Calandre. "Arch. Mal. Coeur Vaiss", 1937, XX, 497.

Se describe el caso de un joven de 22 años, herido mientras defendía Madrid, por una bala de fusil. Se produce discreto hemopericardias, con dolores precor-

diales. La radiografía, en las distintas posiciones, muestra que el proyectil se ha alojado en la masa del ventrículo izquierdo un poco por debajo del tabique aurículoventricular. El E.C.G. acusó alteraciones semejantes a las que produce la trombosis coronaria quedando, finalmente, como secuela, T_I negativa y T_{III} positiva. En la actualidad el enfermo se siente perfectamente bien, por lo que no se intentará la extracción del proyectil. — *B. Moia.*

DOSIFICACION DE LA NICOTINA EN EL HUMO DE LOS CIGARROS Y EN LA ORINA DE LOS FUMADORES, L. Casas Pérez. "Arch. Lat. Am. Card. Hem.", 1937, VII, 71.

La autora describe un método que le permite dosar pequeñas cantidades de nicotina, y llega a la conclusión que la proporción de nicotina varía considerablemente de una marca de cigarro a otra. En base a sus determinaciones, asegura que la eliminación de la nicotina se hace casi totalmente por la orina, lo que permite deducir que ella no se acumula en el organismo, para intoxicarlo, cuando la función renal es normal. Por lo tanto, la acción tóxica y caústica de la nicotina en el organismo sano se ejerce únicamente por contacto, durante el tiempo que transcurre desde la absorción a la eliminación.

En caso de perturbación de la función renal se puede suponer que la nicotina se acumula, produciendo entonces una intoxicación ya sea leve o aguda. — *B. Moia.*

ELECTROCARDIOGRAFIA Y ARRITMIAS

EL ELECTROCARDIOGRAMA DEL PREMATURO, M. R. Baila y D. Aguilar Giraldes. "Rev. Med. Lat. Am.", 1937, XXII, 755.

Este estudio se refiere a las observaciones de electrocardiogramas obtenidos en prematuros nacidos entre los 7 y 8 meses, dentro de los 4 días del nacimiento. Ninguno de los prematuros estudiados presentaba evidencias de alteración cardiovascular. El análisis cuidadoso de los diversos accidentes del E.C.G. en las derivaciones standard y en la D_{IV} (practicada en 10) permite a los autores llegar a la conclusión que el E.C.G. del prematuro presenta "con pequeñas variantes de tiempo y amplitud, las características del E.C.G. del recién nacido a término". — *B. Moia.*

ESENCIA Y SIGNIFICADO DEL INTERVALO QT EN EL ELECTROCARDIOGRAMA, (*Ueber Wesen und Bedeutung des QT-Intervalles im Elektrokardiogram*), H. Hecht y C. Korth. "Z. Kreislaufforschg.", 1937, XXIX, 577.

El intervalo QT es la expresión eléctrica del tiempo de excitación de los ventrículos, que normalmente está estrechamente vinculado a la contracción mecánica del corazón, aunque las duraciones de ambos procesos no coinciden. Para decidir si un espacio QT está alargado o acortado, los autores, prefieren utilizar una tabla obtenida de la medición de más de 1000 E.C.G. normales, en vez

de emplear las distintas fórmulas propuestas. En 24 pacientes con síntomas tetánicos, con calcemia disminuída, el espacio QT está visiblemente alargado. En cambio, en un caso de hipercalcemia (osteítis fibrosa generalizada) se encontró el fenómeno opuesto: intervalo QT acortado e hipercalcemia. En las personas normales se encuentra, igualmente, que después de la inyección de calcio, junto con el ascenso de la calcemia se acorta el intervalo QT.

Las alteraciones ECG. en la hipocalcemia deben ser consideradas como un alargamiento de la excitación de ambas curvas monofásicas del ECG. No existen motivos para atribuir este tipo de ECG de la tetania a lesiones miocárdicas. — *F. Battle.*

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL VALOR LOCALIZADOR DE LA FORMA DEL EXTRASISTOLE VENTRICULAR, (Contribution a l'étude de la valeur localizatrice de la forme de l'extrasystole ventriculaire), A. van Bogaert. "Arch. Mal. Coeur Vaiss", 1937, XXX, 461.

En estudios experimentales realizados en perros, el autor ha llegado a comprobar que la forma de la extrasístole no varía, si se excita la región epicárdica o la pericárdica, siempre que la excitación se efectúe en puntos exactamente opuestos. No ha observado en cambio regularidad en la forma de las extrasístoles ventriculares, como para caracterizar su origen en uno o en otro ventrículo, aún teniendo en cuenta la desviación preexistente del eje eléctrico. — *B. Moia.*

ESTUDIO EXPERIMENTAL DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA EXTRASISTOLIA VENTRICULAR, (Etude expérimentale de l'électrocardiogramme dans l'extrasystole ventriculaire), P. Loukouski y E. Guinodman. "Arch. Mal. Coeur Vaiss", 1937, XXX, 467.

Los autores pasan en revista las diversas opiniones existentes al respecto, y refieren sus experiencias realizadas en perros. En primer lugar, señalan que la excitación de puntos exactamente opuestos del epicardio y pericardio producen, habitualmente, extrasístoles de la misma dirección aunque a veces de distinto aspecto. Luego, confrontando sus resultados con los de la literatura, llegan a la conclusión que, tanto para el hombre como para el perro, el levograma de tipo concordante, pertenece infaliblemente al ventrículo izquierdo, mientras que el dextrograma concordante pertenece al ventrículo derecho. En cambio cuando la extrasístole es de tipo dextrograma en D_I y levograma en D_{III} , pertenece, casi exclusivamente, al ventrículo derecho; en sentido inverso, cuando es levograma en D_I y dextrograma en D_{III} , siempre en el hombre y casi siempre en el animal, proviene del ventrículo izquierdo. — *B. Moia.*

LA DIFERENCIACION ELECTROCARDIOGRAFICA DEL ALETEO CON CONDUCCION COMPLETA Y LAS TAQUICARDIAS PAROXISTICAS SIN ALETEO POR MEDIO DE LA DIGITAL Y EL DORYL, (Die elektrokardiographische Unterscheidung von Vorhofflattern mit voller Ueberleitung und paroxysmalen Tachykardien ohne Vorhofflattern mittels

Digitalis unnd Doryl), K. Blumberger y H. Derichs. "Münch. Med. Wschr.", 1937, LXXXIV, 1165.

La diferenciación de taquicardias por aleteo o fibrilación deben ser separadas de las taquicardias paroxísticas propiamente dichas, ya que presentan particularidades diagnósticas, pronósticas y terapéuticas muy distintas. Siempre es necesaria la ayuda del E.C.G., pero en pleno ataque pueden existir dudas, especialmente cuando existe aleteo con conducción 1:1. Los autores recomiendan para estos casos la inyección de digital endovenosa a altas dosis o doryl por igual vía (0,1 a 0.25 milígr.) con lo cual se está en condiciones de frenar la taquicardia. El electrocardiograma obtenido después del acceso y mejor todavía la transición de uno a otro ritmo facilitan el diagnóstico. — *F. Batlle.*

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA INTOXICACION ACETONICA AGUDA EXPERIMENTAL, (*L'elettrocardiogramma nell'intossicazione acetonica acuta sperimentale*), S. Caccuri, "Folia Med.", 1937, XXIII, 522.

La intoxicación aguda del conejo con acetona, administrada por diversas vías, demuestra que sólo se producen modificaciones E.C.G. cuando se inyecta el fármaco por vía endovenosa, o se le hace inhalar. En el primer caso se obtienen alteraciones variables (deformación de los complejos auriculares y ventriculares, bloqueo de rama y extrasistolia ventricular), mientras que, en el segundo, lo habitual es ver aparecer bradicardias sinusales arrítmicas y aun ritmos nodales, que desaparecen después de la vagotomía o de la inyección de adrenalina o atropina. El autor interpreta estos hechos diciendo que, en esta última circunstancia se produciría una acción sobre los centros vagales; en el primer caso, en cambio, intervienen además la acción tóxica sobre el miocardio y el edema pulmonar concomitante. En cualesquiera de las dos circunstancias, las alteraciones electrocardiográficas no pueden referirse exclusivamente a la cetone-mia, que está siempre aumentada, cuando se hace ingerir o se inyecta la sustancia por vía hipodérmica, condiciones en las cuales no se modifica el trazado eléctrico. — *B. Moia.*

ESTUDIOS SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ESTADOS DE ACIDOSIS Y ALCALOSIS EXPERIMENTAL, (*Studi sul tracciato elettrocardiografico negli stati de acidosi ed alcalosi sperimentali*), M. Mattioli, "Folia Med.", 1937, XXIII, 619. z

El autor, provocando alcalosis y acidosis experimentales en el conejo, mediante la administración de bicarbonato de sodio y de acetona, cloruro de amonio y ácido clorhídrico respectivamente, llega a la conclusión que, salvo que se alcancen cifras elevadísimas de variaciones del Ph en un u otro sentido, las alteraciones electrocardiográficas observadas, son mínimas y de escasa importancia. — *B. Moia.*

IV. *DERIVACION Y OCLUSION CORONARIA*, V. S. Terán, "Rev. Méd. Rosario", 1937, XXVII, 489.

El autor estudió 12 casos de infarto de miocardio y 4 de esclerosis coronaria lenta, todos sin control necrópsico. Llega a la conclusión que la derivación IV, permitió, por sí sola, establecer el diagnóstico, sólo en un caso de infarto; en 7 acompañó a las alteraciones de las derivaciones standard, y en los otros 4 no presentó modificaciones. En las oclusiones lentas siempre acusó modificaciones acompañando a las que existen en las derivaciones standard. En algunos de estos casos las modificaciones electrocardiográficas fueron semejantes a las observadas en las oclusiones agudas. Conceptúa, con otros autores, que la depresión del ST₄, no es siempre característica de infarto de miocardio. — B. Moia.

LAS TRANSICIONES ENTRE RITMO SINUSAL NORMAL, ESCAPE VENTRICULAR, RITMO NODAL Y DISOCIACION AURICULO-VENTRICULAR. RELATO DE 12 CASOS, INCLUYENDO 7 CON DISOCIACION POR INTERFERENCIA, (*The transitorious between normal sinus rhythm, ventricular escape, A-V nodal rhythm and A-V dissociation. A report of 12 cases, including 7 showing interference dissociation*), F. B. Cutts, "Amer. Heart J.", 1937, XIII, 451.

El autor presenta 12 casos cuyos electrocardiogramas mostraban que el comando del corazón estaba alternativamente a cargo del nódulo sino-auricular y aurículo-ventricular. En siete casos existía una disociación por interferencia de dos ritmos. — E. Braun Menéndez.

CORONARIAS

EL TAMAÑO DEL CORAZON DESPUES DE LA TROMBOSIS CORONARIA, (*The Size of the Heart after Coronary Thrombosis*), J. H. Palmer, "The Canad. Med. Ass. J.", 1937, XXXVI, 387.

El corazón se encontró agrandado, radiológicamente, en el 64 % de una serie de 200 pacientes que habían sobrevivido a un ataque de trombosis coronaria. No se incluye un grupo dudoso de 16 %, que fué considerado normal, aunque las determinaciones necrópsicas favorecen la concepción de que estos casos dudosos son en realidad agrandados. El factor más importante del agrandamiento es la hipertensión arterial, constituyendo por sí sola la causa única o predominante en más del 80 %. La coronariopatía, aisladamente, sea el infarto actual o la esclerosis arterial subyacente, sólo fué causa de agrandamiento cardíaco en 11 casos (8.6 %), de los cuales 4 tenían aneurisma cardíaco; 3 bloqueo de rama y los otros 4 agrandamiento, aparentemente, debido únicamente a la isquemia miocárdica.

No hubo evidencias de la así llamada dilatación aguda en 27 pacientes examinados radiológicamente dentro del mes del ataque. La insuficiencia cardíaca

congestiva (que no se observó en los corazones de tamaño normal), raramente produjo apreciable aumento del volumen cardíaco.

Alrededor del tercio de los pacientes (36 %), no evidenció, en ningún momento, agrandamiento cardíaco, a pesar de haber sido seguidos durante un período de, por lo menos, tres años, y de haber tenido varios ataques posteriores. — B. Moia.

LA PRESION ARTERIAL EN LOS AÑOS QUE SIGUEN AL RESTABLECIMIENTO DE LA TROMBOSIS CORONARIA, (The Blood Pressure in the Years Following Coronary Thrombosis), J. H. Palmer y M. D. McGill, "The Lancet", 1937, XXVII, I, 741.

En 212 pacientes afectos de trombosis coronaria que sobrevivieron por lo menos más de 3 meses, se encontró que la existencia de hipertensión (excediendo 160 mm. para la máxima o 100 mm. para la mínima), existía antes o después del ataque en el 73 % de los casos. De las 20 mujeres sólo una no era hipertensa. La hipertensión existía en el momento del ataque, tanto más frecuentemente cuanto mayor era la edad del sujeto (37 % a los 50 años contra 78-84 % durante los 60 y 70 años). Después del ataque, no incluyendo el primer mes, la presión máxima acusó una ligera tendencia a subir y la mínima a descender. Los estudios estadísticos hacen suponer que el término medio de los niveles tensionales pre-ataque eran de 170/100. Aunque estos niveles medios no fueron recuperados después del ataque, durante un período de 10 años, en algunos fueron, sin embargo, sobrepasados. — B. Moia.

EL PRONOSTICO DESPUES DE LA CONVALESCENCIA DE LA TROMBOSIS CORONARIA, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA INFLUENCIA DE LA HIPERTENSION Y AGRANDAMIENTO CARDIACO, (The prognosis following Recovery from Coronary Thrombosis, with special Reference to the Influence of Hypertension and Cardiac Enlargement), J. H. Palmer, "Quart. J. Med.", 1937, VI, 49.

Se estudió el pronóstico con especial referencia a la hipertensión arterial y agrandamiento cardíaco en 212 casos de trombosis coronaria que habían sobrevivido al ataque, por lo menos, tres meses, 10 de los cuales lo hicieron por más de 10 años.

Más del cuarto de la serie podía desarrollar una vida activa, pero el resto acusaba angina de pecho o disnea de esfuerzo (incluyendo insuficiencia cardíaca congestiva crónica) que los invalidaba para las tareas habituales. Los primeros vivieron más que los segundos.

La aparición de angina de pecho, post-infarto, no se relacionó con los niveles de la presión arterial ni con el volumen del corazón. Ella existía, cualquiera sea su grado de intensidad, en 39 % de los casos antes del ataque y en el 58 % después del ataque. En menos del 10 % la angina preexistente no se repitió después del ataque. En una u otra circunstancia, el síntoma no afectó el término medio de sobrevivida.

Disnea severa, como para restringir la actividad, se presentó siguiendo estrechamente la aparición de agrandamiento cardíaco, pero el sintonía no fue más frecuente en los hipertensos, que en el resto de la serie entera. La insuficiencia cardíaca, que afectó al 13 % del total se encontró sólo en pacientes con agrandamiento cardíaco.

Nuevos ataques de trombosis, se presentaron en el 28 % del total, la mitad de ellos durante los dos primeros años. Su incidencia no se relacionó con los niveles tensionales, pero fue un poco mayor en los corazones agrandados que en los normales. Alrededor de 1/5 de estos ataques recidivantes fueron mortales.

Los cambios tensionales, así como la altura de la presión después del ataque, son, en general, de poca significación. En cambio, el agrandamiento cardíaco, es un factor más importante de restricción de actividad: la expresión de su influencia es la disnea de esfuerzo e insuficiencia congestiva. La sobrevida, sin restricción de la actividad es, por lo menos, dos veces más frecuente en los corazones normales que en los agrandados. — *B. Moia.*

INFECIOSAS

EL MECANISMO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCCION AURICULO-VENTRICULAR EN LA FIEBRE REUMATICA, (The mechanism of impaired auriculoventricular conduction in acute rheumatic fever), Howard G. Bruenn, "Amer. Heart J.", 1937, XIII, 413.

Este estudio se basa en la observación de 22 pacientes con fiebre reumática (9 hombres y 13 mujeres), que presentaron, durante su enfermedad, trastornos de conducción auriculoventricular. Se observaron en el electrocardiograma los efectos de la inyección intravenosa de sulfato de atropina y de la inyección subcutánea de adrenalina, así como los efectos de la emoción intensa y del ejercicio. Como testigos se tomaron 7 individuos normales de edad, aproximadamente, igual a la de los enfermos, los que se sometieron a idénticas pruebas.

La atropina hizo desaparecer por completo el trastorno de conducción en 19 de los 22 casos estudiados, sin que pudiera encontrarse una relación neta entre disminución del tiempo de conducción y aceleración cardíaca por lo que se deduce que estos dos efectos no están directamente relacionados. En tres individuos en estado de intensa emoción, durante la obtención de los electrocardiogramas, se notó una reducción marcada del intervalo PR. Pequeñas dosis de adrenalina en inyección subcutánea provocaron modificaciones en la frecuencia y en la conducción auriculo-ventricular idénticas en los normales y en los reumáticos.

El autor concluye que el trastorno de conducción auriculo-ventricular en la fiebre reumática se debe en parte, al menos, a un aumento del tono vagal. — *E. Braun Menéndez.*

EL CORAZON, QUINCE A VEINTE AÑOS DESPUES DE UNA DIFTERIA GRAVE, (The heart fifteen to twenty years after severe diphtheria),

W. P. Thompson, S. E. Golden y P. D. White, "Amer. Heart J.", 1937, XIII, 534.

En 1927 Jones y White publicaron los resultados de un estudio realizado en 100 sujetos jóvenes que habían sufrido de difteria grave o moderadamente grave 5 a 8 años antes de ser examinados. No encontraron pruebas clínicas ni electrocardiográficas de lesión cardíaca, ni de trastornos de conducción en ninguno de sus pacientes. De estos 100 pacientes, 91 han podido ser examinados nuevamente 10 años después y constituyen el material del presente estudio.

La edad actual de los individuos examinados, variaba entre 16 y 46 años. No se encontró ningún caso claro de bloqueo aurículoventricular o intraventricular.

Tres individuos tenían una conducción aurículoventricular en el límite máximo (P-R de 0.20 seg.). En dos de ellos había sospechas de que hubiera existido una infección reumática intercurrente. En 4 casos, es posible que existiera algún pequeño trastorno de conducción intraventricular.

Concluyen los autores que, aún cuando existen casos en que aparecen trastornos de conducción en el curso de una difteria y que excepcionalmente este trastorno puede persistir, no existen pruebas de que él se desarrolle algunos años después de la enfermedad. — *E. Braun Menéndez.*

ACERCA DE LOS RESULTADOS LEJANOS DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA, A. Garreton Silva, "Arch. Lat. Am. Card. Hemat.", 1937, VII, 63.

Pasado el episodio agudo, el autor aconseja administrar durante 10 o 15 días de cada mes 3 a 4 gs. de un preparado salicilado acompañado de la ingestión ininterrumpida de sustancias de alta concentración vitamínica. Las curas mensuales se hacen por períodos de cuatro meses con dos de intervalo, manteniendo el tratamiento durante dos años.

Refiere luego los resultados obtenidos en un grupo de 13 reumáticos, seguidos de 9 a 11 años, y el otro de 15 enfermos seguidos de 4 a 5 años. En ninguno de ellos se ha observado recidiva, habiéndose practicado, en algunos, la extirpación de focos sépticos. El buen estado general, la poca modificación evolutiva de la sombra cardio-aórtica, así como la resistencia a las infecciones intercurrentes, justifican la bondad del procedimiento. — *B. Moia.*

PRESION VENOSA Y VASOS

INFLUENCIA DE LA PRESION VENOSA SOBRE EL TIEMPO DE CIRCULACION, (*Influenza della pressione venosa sul tempo di circolazione*), G. Motta. "Cuore Circ.", 1937, XXI, 329.

En 50 pacientes afectos de diversas cardiopatías (8 compensados, 22 con ligera descompensación y 20 netamente descompensados), así como en uno portador de un bocio retroesternal, se hicieron determinaciones de la velocidad circu-

latoria con el cloruro de calcio y, en algunos, con éter, y de la presión venosa, por punción directa.

Se observó que la presión venosa no era siempre igual en los dos brazos, variando de uno a otro sin poder establecerse una predominancia de uno sobre otro, en determinado sentido. Se llega a la conclusión que el tiempo de circulación no resulta influenciado por la presión venosa, ni presentan ambos factores ninguna relación entre sí. — *B. Moia.*

EL VALOR CLINICO DE LAS DETERMINACIONES COMPARATIVAS DE LAS PRESIONES EN LAS VENAS CUBITAL Y FEMORAL, (The clinical value of comparative measurements of the pressure in the femoral and cubital veins), E. B. Ferris y R. W. Wilkins. "Amer. Heart J.", 1937, XIII, 431.

El propósito de este artículo es demostrar el valor clínico de las observaciones comparativas de la presión en las venas cubital y femoral y de relatar casos en los que la investigación de la presión en la vena femoral resultó de gran utilidad.

El conocimiento de la presión en las venas cubitales de ambos brazos permite descubrir una obstrucción de las grandes venas del tórax. Normalmente la presión es igual en ambos brazos de manera que una diferencia de presión indica obstrucción y la magnitud de esta diferencia informa acerca del grado de la obstrucción. Igualmente la medición comparativa determina la localización y el grado de una obstrucción en el territorio de una de las venas cavas superior o inferior o en ambas. — *E. Braun Menéndez.*

EL VALOR DE LAS DETERMINACIONES DE PRESION VENOSA EN PACIENTES CARDIACOS AMBULATORIOS, (The value of direct venous pressure estimations in ambulatory cardiac patients), A. R. Berger. "Amer. Heart J.", 1937, XIII, 440.

Después de citar brevemente los principales métodos empleados para determinar el grado de eficiencia circulatoria, el autor relata los resultados obtenidos en el estudio intensivo durante un período de 4 años de la presión venosa, por el método de Moritz y Taboada, en 68 pacientes ambulatorios afectados de cardiopatías y 20 individuos normales

El valor medio de la presión venosa, en los individuos normales, fué de 7.7 cms. , observándose, sin embargo, fluctuaciones bastante considerables. En los cardiópatas las fluctuaciones fueron algo mayores pero el valor medio encontrado fué igual al de los normales (7.6 cms.).

No pudo demostrarse en ningún caso que el ascenso de presión precediera apreciablemente a los otros signos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva. La conclusión que se desprende de este trabajo es la de que, si bien asciende la presión venosa al aparecer una insuficiencia cardíaca congestiva, no constituye, este aumento de presión, un signo, ni muy seguro, ni muy precoz. — *E. Braun Menéndez.*

ELEVACION DE LA TEMPERATURA RECTAL A CONSECUENCIA DE LA OBSTRUCCION MECANICA DE LA CIRCULACION PERIFERICA, (*Elevation of rectal temperature following mechanical obstruction to the peripheral circulation*), por J. Muray Steele. "Amer. Heart J.", 1937, XIII, 542.

La elevación de la temperatura rectal que acompaña a la insuficiencia cardíaca es, debida a la dificultad con que el organismo distribuye el calor a la superficie del cuerpo cuando la circulación periférica es lenta.

Mediante el registro continuo de la temperatura rectal —que obtiene fotografiando la luz reflejada por un espejo que sigue los movimientos de un galvanómetro conectado con la unión termoeléctrica— el autor ha podido demostrar que una obstrucción, relativamente pequeña, de la circulación periférica, es seguida, rápidamente por un ascenso de la temperatura rectal. El ascenso es mayor cuanto mayor sea la temperatura ambiente. — *E. Braun Menéndez.*

OBSERVACIONES CLINICAS EN LA ERITROMELALGIA Y UN METODO PARA ALIVIAR SUS SINTOMAS, (*Clinical observations in erythromelalgia and a method for its symptomatic relief*), J. Mufson. "Amer. Heart J.", 1937, XIII, 483.

Bajo el nombre de eritromelalgia o enfermedad de Weir Mitchell se han agrupado aquellos casos de lesiones vasculares periféricas en que un dolor urente en las extremidades aparece o se agrava con el calor o con la posición declive del miembro y que, a menudo, está asociado a rubor de la piel y dilatación de los pequeños vasos cutáneos. Es este, en realidad, un síndrome cuya causa no siempre es fácil de evidenciar.

El estudio realizado por el autor, en dos casos, le demostró que la respuesta fisiológica de los capilares al calor está exagerada resultando de una hipertensión intrínseca y una dilatación de los pequeños vasos cutáneos. Esta dilatación exagerada es debida a la ausencia de la vasoconstricción antagonista normal. El autor obtuvo alivio del dolor mediante la inyección endovenosa de 4 a 6 c.c. por minuto, de una solución al 1: 250.000 de adrenalina o bien, mediante la atomización, en las mucosas respiratorias, de una solución de la misma al 1:100. — *E. Braun Menéndez.*

ARCO AORTICO A LA DERECHA, (*Right-Sided Aortic Arch*), E. Bedford y J. Parkinson. "Brit J. Radiol.", 1936, IX, 776.

Se trata de un completo estudio clínico y radiológico de 11 casos de arco aórtico a la derecha. En seis de ellos la anomalía se presentó aisladamente, es decir, sin coexistir otra malformación congénita, aunque dos de estos presentaron lesiones cardiovasculares adquiridas (sífilis en uno y fiebre reumática en el otro). En los otros cinco coexistían otras malformaciones congénitas, cuatro de ellas respondiendo al tipo de la tetralogía de Fallot.

Se describen las correspondientes historias clínicas discutiéndose los hallazgos radiológicos, insertados en la monografía, que son extremadamente claros y demostrativos.

Es de señalar que, en un caso asociado a la Fallot, en la posición O. A. D., el esófago no fué desplazado, lo que sugiere que ha de tratarse del llamado tipo I (2A de Krause), en el que la subclavia nace en la aorta ascendente y cruza en frente de la traquea. — *B. Moia.*

UN CASO DE AORTA EN POSICION DERECHA, (Un cas d'aorte en position droite), D. Routier y R. Heim de Balzac. "Arch. Mal. Coeur. Vaiss", 1937, XXX, 504.

Descripción de un caso con excelentes documentos radiográficos. — *B. Moia.*

TROMBOSIS DE LA ARTERIA PULMONAR, (Ueber Thrombose der Arteria pulmonalis), G. Liebermeister. "Münch. med. Wschr.", 1937, LXXXIV, 1131.

Se describe un caso de trombosis de la arteria pulmonar en un enfermo que tenía una enfermedad mitral. El diagnóstico se hizo en la autopsia, como ocurre casi siempre. Para el diagnóstico el autor da importancia a la existencia de cianosis, que no exista desde la niñez y por la falta de relación entre ella y la disnea. Muy importante es el cuadro radiológico, en el cual aparecen las arterias pulmonares muy dilatadas y con contorno bien precisado. — *F. Battle.*

TERAPEUTICA

RESULTADOS ALEJADOS DE UNA ESTELECTOMIA DOBLE SUCESIVA HECHA POR TAQUICARDIA SINUSAL. REAPARICION DE LA TAQUICARDIA AL CABO DE 74 MESES. APARICION DE SIGNOS ANGINOSOS, (Résultats éloignés d'une stelectomie double successive faite pour tachycardie sinusale. Réapparition de la tachycardie au bout de vingt-quatre mois. Apparition des signes angineux), L. Langeron. "Bull. Mem. Spc. Med. Hop. Paris", 1937, LIII, 987.

En una joven mujer, padeciendo de taquicardia sinusal, muy penosa y rebelde a todo tratamiento se efectúa una doble estelectomía comprobando, en la primera masa nerviosa retirada, la presencia de un neurinoma periférico. Los resultados inmediatos fueron brillantes, normalizándose el pulso a razón de 70 contracciones por minuto. Al cabo de dos años la taquicardia ha vuelto, sin embargo, a reaparecer acompañándose de síntomas de angina de pecho de esfuerzo. En resumen, resultado nulo de una estelectomía doble, por taquicardia sinusal no hipertiroidea, al cabo de dos años. Aparición de angor, lo que obliga a llamar la atención de aquellos que practican la estelectomía para curar esta enfermedad. — *B. Moia.*

SOBRE LA TERAPEUTICA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL, (Sulla terapia dell' ipertensione arteriosa (Nota VI), A. Simili. "Cuore Circ", 1937, XXI, 346.

El autor relata sus experiencias con la iodo-calcio-diuretina en el tratamiento de la hipertensión arterial, esencial o con neuritis, lesiones cardíacas y arterioesclerosis, deteniéndose, especialmente, en la consideración de 10 casos. Llega a la conclusión que la iodocalciodiuretina, a la dosis habitual de 3 comprimidos diarios, se tolera muy bien, especialmente si cada 15 ó 20 días se establecen intervalos de 10 ó 15 días libres de medicamento. La droga se muestra útil para yugular la sintomatología subjetiva, produciendo también en, algunos casos, descensos lentos de la máxima y más frecuentemente de la media, por lo que, aún cuando no lo considera el único ni el mejor, cree que es un preparado casi siempre útil y eficaz en la terapia de la hipertensión arterial, especialmente en lo que se relaciona con la sintomatología subjetiva. — B. Moia.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ISQUEMIA CARDIACA, (Surgical Treatment of Cardiac Ischaemia), L. O. Shaughnessy, con una introducción del visc. Dawson of Penn, "The Lancet", 1937, XXIII, 185.

Después de recordar la patología de la isquemia cardíaca y el proceso natural de reparación, se pasan en revista las diversas tentativas experimentales para ayudar a la circulación colateral al corazón. El autor describe su método, consistente en la cardio-omentopexia, relatando seis historias clínicas en las cuales dicha intervención fué practicada. Ellas incluyen un hombre de 72 años y una mujer inválida en cama, de 65 años. Según el autor, la operación es sencilla, no va seguida de shock, y puede ser practicada, aún en sujetos con riesgos para la mayoría de las intervenciones quirúrgicas. De los seis operados ninguno sufrió shock ni murió inmediatamente después de la intervención. Dos murieron: uno a los pocos días a consecuencia de una melena por vieja úlcera duodenal, y el otro a los tres meses de uremia, aunque habiendo mejorado mucho de sus síntomas de isquemia. En el resto, todos mejoraron notablemente. El pedículo injertado tiene la ventaja de asegurar la circulación suplementaria a las zonas de miocardio todavía capaces de actividad, previniendo la posible necrosis de un área tan isquémica como para perder su función activa, constituyendo, en realidad, una medida profiláctica para evitar posteriores obliteraciones coronarias. — B. Moia.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DE LA ANGINA DE PECHO, (Medicinal treatment of angina pectoris), J. E. F. Riseman y M. G. Brown. "Arch. Int. M.", LX, 100, 1937.

Trabajo basado en el estudio de 26 enfermos ambulatorios afectos de angor del tipo Heberden; los medicamentos eran administrados a dosis y durante un tiempo suficiente como para poder observar sus efectos, que eran controlados mediante "tests" adecuados, a parte de los datos referidos por los pacientes (alejamiento de las crisis y mayor facilidad para el trabajo habitual).

Subjetivamente se obtuvo mejoría con todos los medicamentos utilizados y aún con aquellos que no pueden actuar aparentemente sobre el síndrome (lactosa, bicarbonato de soda, etc.) y aproximadamente en la misma proporción de ca-