

# ANALISIS DE REVISTAS

## FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

*EL EFECTO DE LA EXTIRPACION DE LOS GANGLIOS ESTRELLADOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO CARDIACO DE PERROS INTACTOS Y SU INFLUENCIA SOBRE LA EXTENSION DEL INFARTO MIOCARDICO Y EL FUNCIONAMIENTO CARDIACO DESPUES DE LA OCLUSION CORONARIA.* (*The effect of stellate ganglionectomy on the cardiac function of intact dogs and its effect on the extent of myocardial infarction and on cardiac function following coronary artery occlusion*), W. V. COX Y H. F. ROBERTSON. "Amer. Heart Jour.", 1936, XII, 285.

A veinte perros, cuidadosamente entrenados y estudiados desde el punto de vista de la frecuencia cardíaca y respiratoria, presión sanguínea y volumen minuto, en reposo y ejercicio, se les ligó la rama descendente anterior de la coronaria izquierda más o menos en el punto medio de su recorrido. En la mitad de los perros se procedió, antes de la ligadura, a la extirpación de ambos ganglios estrellados y de algunos otros ganglios dorsales superiores.

Los resultados obtenidos por los autores les permiten sostener: 1) que la estelectomía no es perjudicial para el funcionamiento cardíaco en el perro y 2) que la estelectomía previa a la oclusión coronaria, reduce la incidencia de muertes súbitas y reduce el tamaño de los infartos resultantes. — *E. Braun Menéndez.*

*EL TRABAJO DEL VENTRICULO IZQUIERDO EN LA INSUFICIENCIA AORTICA.* (*The Work of the Left Ventricle in Aortic Insufficiency*), E. B. BAY. "J. Clin. Investig.", 1936, XV, 643.

Mediante un ingenioso dispositivo mecánico, el autor trata de estudiar la existencia e importancia de la regurgitación sanguínea en la insuficiencia aórtica, estableciendo las posibles relaciones de la misma con las distintas manifestaciones de la circulación periférica, determinando finalmente el aumento de trabajo a que se ve sometido el ventrículo izquierdo por el defecto valvular.

En el aparato se producen a voluntad distintos grados de regurgitación, encontrándose que su intensidad puede calcularse mediante fórmulas construídas usando los hallazgos periféricos mensurables en el hombre. Estas fórmulas dan resultados comparables a las perdidas por regurgitación del aparato, cuando la "elasticidad, volumen sistólico y presión media con factores que guardan proporción con las fracciones de sus valores en el animal y en el hombre".

De acuerdo con tales fórmulas puede determinarse que la regurgitación en la insuficiencia aórtica del hombre varía de 15 a 87 c. c. por latido, cuando se calcula un volumen sistólico normal de 50 c. c. a razón de 70 latidos por minuto.

El trabajo del ventrículo izquierdo en estas condiciones se calcula por el rendimiento cardíaco y la presión arterial media, omitiendo la probable importancia de la elasticidad. Llegando a la conclusión que puede hallarse aumentado desde el 135 hasta el 358 % del trabajo basal con válvulas intactas. — *B. Moia.*

*LA ACTIVIDAD DE LOS CENTROS SIMPATICOS CARDIACOS.* (*The activity of the cardiac sympathetic centers*), D. W. BRONK, L. K. FERGUSON, R. MARGARIA Y D. Y. SOLANDT. "Am. J. Physiol.", 1936, CXVII, 237.

Los autores registran las corrientes de acción de los nervios cardíacos tributarios del ganglio estrellado del gato. Demuestran que existe, en estos nervios, una descarga continua de impulsos que ejercen una influencia tónica aceleradora y "aumentadora" sobre el corazón. Sin embargo, estas descargas pueden ser modificadas por cambios en la composición química de la sangre o por impulsos aferentes. Las principales vías portadoras de impulsos de la médula hacia el ganglio, son el tercero y el cuarto rami torácico y, en menor grado, el segundo y el quinto. La frecuencia de los impulsos de una célula motora simpática rara vez excede 10 a 15 por segundo. Los impulsos potenciales en los nervios postganglionares son de mucho mayor amplitud debido a que una sola fibra preganglionar inerva varias fibras postganglionares. Además existen ondas de mayor potencial causadas por la actividad sincrónica de varias fibras nerviosas lo cual es debido a la descarga rítmica y coordinada de gran número de células nerviosas en los centros. Esta actividad es sincrónica en ambos lados.

Los impulsos pueden agruparse según cuatro tipos diferentes. Los trenes de ondas pueden aparecer irregularmente o bien periódicamente con frecuencia variables entre 5 a 20 por segundo pero sin relación con ningún otro ritmo orgánico. En otros casos las descargas de impulsos son sincrónicas con el pulso o la respiración. Estas dos últimas formas de actividad nerviosa rítmica se deben en gran parte, a impulsos aferentes viscerales: impulsos originados en los vasos por el ascenso sistólico de la presión o impulsos originados por receptores pulmonares al ser éstos distendidos durante la inspiración. — *E. Braun Menéndez.*

*LA FRECUENCIA CARDIACA DEL PERRO SIMPATECTOMIZADO EN REPOSO Y EJERCICIO.* (*The heart rate of the sympathectomized dog in rest and exercise*), L. BROUKA, W. B. CANNON Y D. B. DILL. "J. of Physiol.", 1936, LXXXVII, 345.

El comportamiento general de perros cuyas cadenas ganglionares simpáticas han sido extirpadas completamente, permanece normal.

La frecuencia cardíaca del perro simpatectomizado en reposo es menor (30 por ciento menor) que la de un animal normal. Excitaciones emocionales producen en estos animales una aceleración cardíaca neta.

El ejercicio provoca una aceleración cardíaca en proporción a la intensidad

del ejercicio. No disminuye en estos animales la capacidad de ejecutar ejercicios intensos.

La aceleración cardíaca provocada por la emoción o el ejercicio no se debe a un aumento de la temperatura corporal, ni a metabolitos musculares ni a la secreción de adrenalina, ni a la simpatina. Parece deberse a la reducción de la tonicidad de las fibras cardioinhibidoras y a un aumento de la tonicidad de las fibras cardioaceleradoras del vago del perro. — *E. Braun Menéndez.*

*LA TEMPERATURA DE LA AREOLA COMO INDICE DE LA INTENSIDAD DE LA REACCION DE LA PIEL A LA HISTAMINA. (The temperature of the flare as an index of the intensity of the histamine skin reaction), S. PERLOW. "Amer. Heart Jour.", 1936. XI. 605.*

La reacción a la histamina se emplea como test de eficiencia circulatoria en el estudio de los trastornos de circulación periférica. Modificada por el autor consiste en la inyección intradérmica de una solución al 1:2.000 de histamina en 0.5 % de novocaína en cantidad suficiente para producir una ampolla de 2 mm. de diámetro. En condiciones normales a los 2 minutos aparece una areola roja de 3 cms. de diámetro cuya intensidad aumenta gradualmente para alcanzar su máximo a los 10 minutos. El criterio habitual para juzgar la intensidad de la reacción a la histamina es la rapidez del desarrollo y la intensidad de la areola.

El autor en vista de las dificultades que se presentan en algunos casos para apreciar la intensidad de la reacción en individuos con piel oscura o con pelos, ha determinado la temperatura de la areola con el fin de obtener un índice más objetivo y más seguro. Realizó mediciones de dicha temperatura en 12 individuos normales y en 8 con trastornos circulatorios periféricos. La temperatura de la areola histamínica alcanza su máximo en 15 a 20 minutos. La temperatura media de las areolas en las extremidades superiores en individuos normales varía entre 33.6° en el dorso del tercer dedo y 34.6° por arriba del codo y en las extremidades inferiores entre 32° en el dorso del pie y 33.6° por arriba de la rodilla. Si la temperatura de la areola no alcanza los valores indicados se puede sospechar la existencia de una deficiencia circulatoria. — *E. Braun Menéndez.*

## SEMIOLOGIA

*SOBRE LA VARIABILIDAD DE LOS SOPLOS CARDIACOS ORGANICOS CON PARTICULAR REFERENCIA A LAS VARIACIONES REGULARES Y PERIODICAS EN RELACION CON EL PULSO ALTERNANTE (SOPLOS ALTERNANTES) Y CON LAS FASES RESPIRATORIAS (SOPLOS PARADOJALES). ESTUDIO FONOCARDIOGRAFICO. (Sulla variabilita dei soffii organici, etc.), A. CALÓ. "Cuore e Circ.", 1936. XX. 566.*

El autor ha estudiado el fonocardiograma, el electrocardiograma y el pulso arterial registrados simultáneamente con el aparato de Boulitte. Se detiene en el estudio de la alternancia de los soplos, paralela a la del pulso, y a la de la dis-

minución inspiratoria del soplo, constituyendo un verdadero soplo paradójal. Tales variaciones interesan no sólo la intensidad, sino también la sede inicial y la duración del soplo, permaneciendo inmutable su tonalidad. — *B. Moia*.

*ALTERNANCIA DE LOS TONOS CARDIACOS*, (*Alternation of the heart sounds*), P. COSSIO, M. LASCALEA Y E. G. FONGI. "Arch. Int. Med.", LVIII, 812, 1936.

Trabajo basado en el estudio de 7 enfermos con pulso alternante, en los que se efectuaron esfigmogramas, electrocardiogramas y fonocardiogramas. En todos los casos el fonocardiograma demostró la presencia de una alternancia del primer tono; en 4 de ellos había también alternancia del segundo. En sólo 2 casos existía alternancia eléctrica.

La alternancia del 1er. tono coincidía en todos los casos con la del pulso; la del 2º tono sólo en un caso, siendo discordante en los otros tres. La alternancia eléctrica era concordante en un caso y discordante en el otro.

En todos los casos la alternancia de los tonos pudo ser percibida por la auscultación. — *M. Joselevich*.

*INVESTIGACIONES CLINICAS SOBRE PULSO YUGULAR*, (*Klinische Untersuchungen über den Jugularvenenpuls*), R. FISHER. "Z. Kreislauforschg.", 1936, 28, 801.

El pulso venoso está sometido a diversas modificaciones desde el lugar de su producción en el ostium venoso de la aurícula derecha, hasta la región del cuello. Un moderado grado de estasis en este trecho favorece la aparición de variaciones de volumen grandes. Si el estasis sobrepasa un cierto óptimo se produce una disminución del pulso venoso en las partes bajas del cuello y puede llegar a desaparecer, pero se hace perceptible más arriba. Estas alteraciones (pulso venoso alto) deben ser consideradas como signo de descompensación, lo mismo que la existencia de un pulso venoso más marcado a izquierda que a derecha. Igual significado tiene la existencia de pulso venoso positivo o su aparición en la espiración. Por la prueba de la compresión abdominal (expresión más correcta que la hasta ahora usada de prueba de compresión hepática) es posible provocar artificialmente estas alteraciones de pulso venoso. — *F. Battle*.

*RESULTADOS OBTENIDOS POR EL VACIADO DE LA REGION INFUNDIBULO AORTICA CON VISTAS AL ESTUDIO DE LAS CONDICIONES DE APARICION DE LOS SOPLOS SISTOLICOS AORTICOS*. (*Resultats obtenus par le moulage du couloir infundibulo-aortique en vue des souffles systoliques aortiques*), G. GIRAUD Y J. M. BERT. "Arch. Mal. Coeur. Vaiss. et Sang", 1936, XXIX, 613.

Para tratar de comprobar si es exacta la teoría que atribuye el soplo sistólico de la base a las variaciones de la vena líquida a través de un orificio aórtico absoluta o relativamente estrechado, los autores han hecho vaciados de yeso,

de la región indundíbulo-aórtica en corazones de sujetos sanos y de aquellos que habían presentado en vida soplo sistólico de la base. Inyectando la papilla a una presión semejante a la máxima sanguínea, e interponiendo entre la pared de la víscera y la papilla una delgada tela de goma (condom), han podido observar que mientras que en el sujeto sano no existen modificaciones llamativas en el calibre del molde, en aquellos ateromatosos (ateroma estenosante sigmoideo puro, dilatación aórtica con ateroma sigmoideo, o con alteraciones infundibulares, dilatación aórtica ateromatosa pura) o reumáticos y aun en circunstancias puramente funcionales, con dilatación aórtica y disminución simultánea del calibre infundibular, existían siempre bien delimitadas diferencias de calibre en los distintos segmentos, lo que confirma la teoría de la estrechez relativa, y la patogenia líquida unívoca, del soplo auscultado en tales circunstancias. — *B. Moia.*

## PATOLOGIA

*PATOLOGIA Y FARMACOLOGIA DEL SINCOPE CARDIACO Y LA MUERTE SUBITA, (Pathology and pharmacology of cardiac syncope and sudden death), M. H. NATHANSON. "Arch. Int. Med.", LVIII, 685, 1936.*

La anatomía patológica es incapaz de explicar el mecanismo del síncope cardíaco y la muerte súbita, como lo demuestra el análisis de 142 autopsias de sujetos con oclusión coronaria muertos súbitamente. El mecanismo del síncope temporario o de la muerte súbita debe ser explicado fisiológicamente, siendo probable que obedezca al paro o a la fibrilación ventricular: el paro ventricular explicaría el síncope pasajero (p. ej.: en el bloqueo cardíaco), y la fibrilación la muerte súbita (p. ej.: en la angina de pecho).

Los autores provocaron el paro del corazón mediante el reflejo vagal y un estado prefibrilatorio con inyecciones endovenosas de efredina y estudiaron la influencia de distintas drogas sobre esos estados. Los resultados obtenidos les permiten sugerir el empleo de los compuestos del grupo de la epinefrina para prevenir el paro cardíaco y los de la quinidina y acetyl-beta-metil-colina para prevenir la muerte súbita por fibrilación ventricular.

*ESTUDIOS SOBRE LA CIRCULACION EN EL EMBARAZO. LA VELOCIDAD CIRCULATORIA Y ASPECTOS RELACIONADOS DE LA CIRCULACION EN LAS EMBARAZADAS NORMALES. (Studies on the Circulation in Pregnancy, etc.), M. E. COHEN Y K. J. THOMSON. "J. Clin. Investig.", 1936. XV, 607.*

En 20 primiparas y 17 multiparas normales, se hicieron determinaciones de la velocidad circulatoria, brazo-carótida, pulmonar y venosa, por el método de cianuro de sodio de Robb y Weiss. Simultáneamente se registró la presión arterial y venosa, capacidad vital, frecuencia cardíaca y respiratoria, ángulo subcostal, estado de la sangre, etc., durante el embarazo y después del parto.

En términos generales puede decirse que las cifras de la velocidad circulatoria caen dentro las normales para mujeres no embarazadas. Hay, sin embargo, mo-

derada disminución del tiempo brazo-carótida de la 17 a las 36 semana del embarazo, con probable aumento sobre estas cifras de la 37 a la 40 semana, y nueva disminución después del parto, persistiendo hasta la 7ª semana, en que vuelve a su nivel primitivo.

Pocos cambios se observan en el tiempo de circulación pulmonar, que sigue la misma tendencia que el anterior.

Se discuten los variados factores que pueden determinar las modificaciones anotadas considerando que la disminución de la viscosidad sanguínea ha de ser uno de los factores que contribuyen en mayor importancia.

Desde que el tiempo de circulación pulmonar sufre escasos cambios, el tiempo de velocidad circulatoria venosa sigue los cambios señalados para el brazo-carótida, y los factores que influyen a aquélla deben ser los mismos que influyen a ésta. De consiguiente las variaciones de la velocidad de la circulación en el embarazo parecen ocurrir en la componente venosa periférica del sistema vascular. — *B. Moia.*

**ESTUDIOS HEMATOLOGICOS EN EL HIPOTIROIDISMO CONSECUTIVO A LA TIROIDECTOMIA TOTAL.** (*Hematological Studies in Hypothyroidism Following Total Thyroidectomy*), B. STERN Y M. D. ALTSCHULE. "J. Clin. Investig.", 1936, XV, 633.

Los estudios se efectuaron en 40 pacientes sometidos a tiroidectomía total, por padecer de insuficiencia cardíaca congestiva o angina de pecho. Se encontró en todos ellos anemia con tendencia al tipo macrocítico hipercrómico, caracterizada por aumento del índice de coloración, y del volumen corpuscular y diámetro celular medio.

La anemia que aparece después de la operación simultáneamente con la caída del metabolismo basal, es en general ligera y menos marcada en los anginosos que en los insuficientes cardíacos.

También se nota disminución de los leucocitos y de las plaquetas, en relación con el metabolismo, sin que por ello el sujeto aparezca con disminución de sus defensas frente a la infección.

La anemia mejora cuando el metabolismo tiende a normalizarse por la ingestión de tiroides. El hierro no modifica en cambio la situación hematológica.

Como resultado final puede decirse que, a los niveles habituales de — 25 % a — 30 %, en que permanecen estos enfermos tiroidectomizados, las modificaciones hematológicas no son lo suficientemente marcadas para dar fenómenos de anemia, ni para aumentar el trabajo cardíaco. — *B. Moia.*

**LAS RELACIONES ENTRE LA TIROIDES Y LA ARTERIOESCLEROSIS.** (*Les rapports entre la thyroïde et l'arteriosclérose*), N. GOORMAGHTIGH Y H. HANDOWSKY. "C. R. Soc. Biol.", 1936, CCXXIII, 268.

Los autores administran diariamente 3 mgr. de calciferol por Kgr. de peso durante 3 a 6 meses a perros tiro-paratiroidectomizados y a normales. En los animales testigos normales el examen anátomopatológico reveló una aorta fle-

xible, lisa y libre de toda infiltración colesterínica o calcárea; en cambio, la aorta de los animales tiroparatiroidectomizados presentaban netas y acentuadas lesiones de arterioesclerosis con formación de placas aisladas y confluentes que asentaban sobre todo en la aorta ascendente y en la porción inferior de la aorta torácica.

Parecería que la tiroides y paratiroides ejercieran una acción protectora directa sobre las paredes arteriales. — *E. Braun Menéndez.*

## ELECTROCARDIOGRAFIA

*LA APARIENCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN RELACION CON LA POSICION DEL CORAZON DENTRO DEL PECHO, (The appearance of the electrocardiograma in relation to the position of the heart within the chest), L. N. KATZ Y M. ROBINOW. "Am. J. of Med. Sc.", CXCII, 556, 1936.*

En 7 sujetos normales y en 5 con neumotórax artificial del lado derecho se obtuvieron trazados con las 3 derivaciones habituales y en otros 3 se agregaron los de la IVª derivación, en las siguientes posiciones: decúbito dorsal, sentado, decúbito lateral derecho e izquierdo, decúbito ventral, inclinado hacia adelante, apoyado sobre rodillas y manos y con el tronco y la cabeza colgando bajo el nivel de la cama.

Los autores reproducen las variaciones determinadas por esas diferentes posiciones en los distintos accidentes del electrocardiograma y estudian las razones que las explican. — *M. Joselevich.*

*LA PRUEBA DEL ESFUERZO EN EL ELECTROCARDIOGRAMA, (Der Arbeitsversuch im Elektrokardiogramm), M. HOLZMANN Y F. WUHRMANN. "Dtsch. med. Wschr.", 1936, LXII 379, 641, 685.*

La prueba del esfuerzo realizada bajo control electrocardiográfico ilustra acerca del comportamiento funcional del corazón. La mejor manera de realizarla es haciendo subir al enfermo una escalera; la cantidad de escalones estará de acuerdo con las posibilidades del enfermo. Los autores sacan un electrocardiograma inmediatamente después del esfuerzo y además, en los sospechosos de lesiones coronarias, otro trazado tres minutos después.

Las alteraciones de la onda T y del segmento ST son de gran importancia, pero para evitar interpretaciones erróneas deben ser juzgadas cuantitativamente. La no modificación o el aumento del voltaje de T, eventualmente unido a un descenso de ST que no sobrepase 0.1 mV. puede ser considerada como reacción normal, que se puede presentar en los sanos como en los cardíacos. El aplanaamiento de T se encuentra, en cambio, raramente en los sanos y es muy frecuente en los cardíacos. Cuando está asociado a un ligero descenso de ST es extraordinariamente sospechoso de lesión funcional. Una T opuesta al complejo inicial como exageración de una preponderancia, como la aparición de una manifiesta negatividad de T2 en DII con descenso del segmento intermedio, hablan con seguridad de una lesión orgánica, que en el segundo caso es generalmente coro-

naria o miocárdica. Un descenso marcado de ST de más de 0.15 mV. habla con seguridad de la existencia de un trastorno coronario difuso. La aparición de cuadros electrocardiográficos del tipo de infarto se observa en los trastornos coronarios difusos, generalmente es el signo de un infarto antiguo. Esta prueba es particularmente útil cuando existen dolores atípicos; la inscripción de trazados de tipo coronario aclara el diagnóstico. También es posible a veces aclarar electrocardiogramas cuyas anormalidades no sean claramente patológicas. También es útil efectuar trazados después de la prueba del trabajo en serie, con lo cual es posible conocer mejor los resultados terapéuticos y la evolución de la enfermedad. — F. Batlle.

*ESTUDIO DE LA DERIVACION ESOFAGICA EN ELECTROCARDIOGRAFIA CLINICA. I. LA APLICACION DE LA DERIVACION ESOFAGICA AL HOMBRE CON OBSERVACIONES SOBRE LA ONDA Ta, EXTRASISTOLES Y BLOQUEO DE RAMA, (A study of the esophageal lead in clinical electrocardiography. I. The application of the esophageal lead to the human subject with observations on the Ta wave, extrasystoles and bundle branch block), W. H. BROWN. "Amer. Heart Jour.", 1936, XII, 1.*

Según lo han demostrado Wilson y sus colaboradores, las variaciones de potencial producidas por la contracción cardíaca son muy amplias en la vecindad del órgano y disminuyen rápidamente cuanto más lejos del corazón se esté. Las variaciones de potencial de las extremidades son prácticamente ínfimas y despreciables en comparación con las que ocurren en el corazón mismo. Si se deriva la corriente cardíaca de tal modo que un electrodo se halle cerca del corazón y el otro en una pierna, el electrodo proximal será "explorador" o "diferente" y el electrodo remoto será "indiferente".

La derivación será "semidirecta".

Un electrodo introducido en el esófago hasta la altura del corazón se comportará como electrodo explorador y la derivación esófago-pierna izquierda será una derivación semidirecta. Después de describir el método en detalle y de pasar en revista las dificultades que se pueden presentar, el autor concluye que puede aplicarse la derivación esofágica para el estudio de condiciones normales y patológicas en el hombre.

Cuando el electrodo esofágico está en relación con la pared posterior de la aurícula los complejos auriculares tienen una forma polifásica y presentan una desviación positiva intrínseca que es el índice de la activación de la región auricular subyacente. El momento de aparición de esta onda intrínseca varía según la región auricular explorada es decir según la profundidad a que se haya introducido el electrodo en el esófago.

En algunos casos favorables se reconoce claramente una onda T auricular (onda Ta).

El intervalo entre el comienzo de P y el fin de la onda Ta varió entre 0.405 y 0.503 seg. Se demuestra que en algunos casos la onda Ta puede extenderse



hasta el segmento S-T produciendo pequeñas desviaciones de éste en las derivaciones usuales.

Cuando el electrodo esofágico está por detrás de la aurícula los complejos ventriculares se parecen mucho a los obtenidos en DII. Cuando el electrodo esofágico está situado más profundamente por debajo de la aurícula se pone en relación con la base del ventrículo izquierdo. En este caso los complejos QRS<sub>i</sub> son bifásicos apareciendo una sonda S profunda. La rama ascendente de S representa la desviación intrínseca causada por la actividad de la región ventricular adyacente al electrodo. Si la rama ascendente de S se produce más de 0.065 seg. después del comienzo del complejo QRS se revela un retardo anormal en la activación de la base del ventrículo izquierdo. Como la derivación pecho-pierna es también una derivación semidirecta que nos permite explorar el ventrículo derecho, mediante el empleo simultáneo de esta derivación y de la esofágica se puede reconocer el orden en que son excitados los dos ventrículos.

De 13 casos con bloqueo de rama de tipo común, en 10 se comprobó un retardo en la activación de la base del ventrículo derecho, tratándose pues de casos de bloqueo de rama izquierda. En un caso del tipo raro se comprobó que existía bloqueo de la rama derecha. Las extrasístoles también pueden ser estudiadas con este método que permite un diagnóstico preciso del origen de las mismas. — *L. Braun Menéndez.*

*ASPECTO DE LA ONDA T EN DERIVACION CUARTA EN NIÑOS NORMALES Y EN NIÑOS CON CARDIOPATIAS REUMATICAS, (The appearance of the T wave in lead IV in normal children and in children with rheumatic heart disease), M. ROBINOW, L. N. KATZ Y A. BOHNING. "Amer. Heart Jour.", 1936, XII, 83.*

Se obtuvo electrocardiogramas en las 4 derivaciones en 61 niños normales y 5 adolescentes normales y en 45 enfermos con cardiopatías reumáticas (31 niños, 4 adolescentes y 10 adultos jóvenes).

El electrodo precordial se colocaba en el 4º espacio intercostal junto al borde izquierdo del esternón.

De acuerdo con lo descrito por Moia (Rev. Argent. de Cardiol. 1935, II, 26) se encontró que en el 58 % de los niños la onda T en lugar de negativa era difásica o positiva.

Es frecuente encontrar modificaciones en la configuración de los complejos en D IV en los niños normales cuando se obtienen trazados con algunos meses de intervalo.

Los niños con cardiopatías reumáticas tienen una onda T positiva en D IV en mayor proporción que los normales de la misma edad. La T tiende a invertirse cuando la enfermedad tiende a mejorar y a hacerse más positiva en el caso contrario. Sin embargo, son frecuentes las excepciones a esta regla.

El estudio del campo eléctrico en la superficie del cuerpo durante la inscripción de la onda fué examinado en diversas condiciones llegándose a la conclusión que la frecuencia de la onda T positiva en los niños depende de la posi-

ción del corazón en el tórax y del contacto del corazón con la pared precordial, que dependen, a su vez, en gran parte de la forma del tórax. — *E. Braun Menéndez.*

*EXTRASISTOLES EXPERIMENTALES MEDIANTE LA EXCITACION ARTIFICIAL DEL ENDOCARDIO DEL PERRO, (Experimental extrasystoles elicited through artificial stimulation of the endocardium of the dog), I. MARCU. "Amer. Heart Jour.", 1936, XX, 301.*

Introduce en el ventrículo derecho (a través de la cava) y en el ventrículo izquierdo (a través de la carótida) una sonda provista de un dispositivo que le permite excitar mecánicamente el endocardio ventricular.

Los complejos electrocardiográficos de las extrasístoles obtenidas en esta forma tienen una dirección opuesta a la de los complejos que obtuvieron Rothberger y Winterberg excitando el epicardio. La excitación del endocardio del ventrículo izquierdo hace aparecer en D I un electrocardiograma con onda S negativa y T positiva.

Por el contrario las extrasístoles por excitación del endocardio del endocardio del ventrículo derecho hacen aparecer en D I un electrocardiograma con onda R positiva y T negativa. — *E. Braun Menéndez.*

*ESTUDIO DE LAS VARIACIONES DEL SEGMENTO RS-T EN TRAUMATISMOS EXPERIMENTALES DEL VENTRICULO, (A study of the variations of the RS-T segment in experimental ventricular trauma), D. I. ABRAMSON, C. SHOOKHOFF Y N. M. FENICHEL. "Amer. Heart Jour.", 1936, XII, 174.*

Este estudio experimental realizado en gatos fué emprendido con el fin de comparar los efectos electrocardiográficos de la estimulación de varias porciones de los ventrículos con los de la cauterización de las mismas porciones.

Se encontró que, lo mismo que la dirección de la desviación inicial del extrasístole provocado, la dirección del desplazamiento del segmento RS-T depende de la región cauterizada. La desviación de RS-T tiene una dirección opuesta a la de la deflexión inicial del complejo extrasistólico inducido por excitación de la misma zona.

En el corazón del gato la dirección de la desviación de RS-T en D I depende de si la cauterización ha afectado el ventrículo derecho (negativa) o izquierdo (positiva). En D II y III la dirección de la desviación de RS-T depende de si el sitio cauterizado está en la superficie anterior (negativa) o posterior (positiva) del corazón. Como excepción a esta regla la lesión de la porción apical anterior del ventrículo izquierdo produce una desviación positiva del segmento RS-T. — *E. Braun Menéndez.*

*DISOCIACION AURICULOVENTRICULAR A RITMO RAPIDO. ESTUDIO ELECTRO Y FONOCARDIOGRAFICO, (Dissociation auriculo-ventriculaire a rythme rapide. Etude électro et phonocardiographique), CH. LAUBRY Y PUDDU. (Arch. Mal. Coeur, Vaiss et Sang'', 1936, XXIX, 665.*

Relato de un caso de disociación aurículoventricular a ritmo ventricular rápido, en el que se produce, de tiempo en tiempo, acentuación del primer ruido. El registro fonocardiográfico demuestra que esta acentuación se produce cuando la onda auricular cae próxima al complejo ventricular. Como en la rama ascendente del cardiograma se observa una muesca cada vez que este fenómeno se produce, los autores concluyen que, probablemente, se relacione con el modo de cierre, eminentemente variable, de las válvulas aurículoventriculares. — *B. Moia.*

*DOS CASOS CLINICOS DE EXTRASISTOLIA VENTRICULAR BENIGNA A PAROXISMOS TAQUICARDICOS, (Deux cas cliniques d'extrasystolie ventriculaire bénigne a paroxysmes tachycardiques), D. ROUTIER Y V. PUDDU. (Arch. Mal. Coeur, Vaiss et Sang'', 1936, XXIX, 676.*

Relato de dos pacientes jóvenes, con dicha alteración de ritmo, y consideraciones sobre las modificaciones del complejo auricular que sigue al paroxismo extrasistólico. — *B. Moia.*

*A PROPOSITO DE LAS ALTERACIONES DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA ENFERMEDAD DE FRIEDREICH, (A propos des altérations de l'électrocardiogramme dans la maladie de Friedreich), A. L. VAN BOGAERT. (Arch. Mal. Coeur, Vaiss et Sang'', 1936, XXIX, 630.*

En base al estudio electrocardiográfico de 8 pacientes afectados de dicha enfermedad, el autor concluye, que no existen evidencias de deficiencia contractil del miocardio, pero que son en cambio frecuentes las arritmias sinusales (no respiratoria y extrasístoles); la desviación del eje eléctrico, predominantemente a la derecha, muy probablemente por las alteraciones raquidianas; aparición, en los individuos más atacados desde el punto de vista neurológico, de alteraciones profundas de TI y TII, lo que le permite suponer que se trata de un trastorno adquirido y evolutivo de la electrogenesis intramiocárdica. — *B. Moia.*

*OBSERVACIONES CLINICAS SOBRE EL TRIFASISMO DE LA OSCILACION RAPIDA DEL COMPLEJO VENTRICULAR EN DIII, (Observations cliniques sur le triphasisme de l'oscillation rapide du complexe ventriculaire en DIII), V. PUDDU. (Arch. Mal. Coeur, Vaiss et Sang'', 1936, XXIX, 643.*

Sobre un total de 2.000 E.C.G. el autor ha encontrado la sobrelevación positiva, que sigue a la onda S, de la DIII, de acuerdo con las características señaladas por Katz y Slater en el 2.3 % de los casos. Se presenta 3 veces más frecuentemente en el hombre que en la mujer, y en una edad media de 50 años. El 65 % de los casos presentaba evidencias de cardiopatía, existiendo un 13.6

por ciento adicional, en el que, dadas las afecciones generales de que el sujeto padecía era lógico suponer un compromiso miocárdico. En estos dos grupos sólo 3 menores de 40 años. En 9 casos no había ni signos ni suposición de compromiso miocárdico; 5 de ellos tenían menos de 40 años.

Entre los cardiopatas, predominaron los con esclerosis coronaria, en primer término, y con hipertensión arterial en segundo. — *B. Moia.*

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*VOLUMEN SANGUINEO CIRCULANTE EN LA RAMA CIRCUNFLEJA DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA DEL PERRO INTACTO.* (*Blood flow in the circumflex branch of the left coronary artery of the intact dog*), H. E. ESSEX, J. F. HERRICK, E. J. BALDES Y F. C. MANN. "Am. J. Physiol.", 193, CXVII.

Con anestesia etérea y en condiciones asépticas los autores colocan en la rama circunfleja de la arteria coronaria izquierda un "thermostromuhr" de Rein modificado y miden el flujo sanguíneo por minuto en esa arteria inmediatamente después de la operación y en períodos variables después de la misma (hasta 14 días) estando los animales sin anestesia y en buenas condiciones de salud.

La inyección de 0.5 a 1 c. c. de la solución al 1:1000 de adrenalina causó un aumento marcado pero transitorio del flujo sanguíneo que llegó en algunos casos hasta 4 y 5 veces el valor primitivo. La administración de nitroglicerina (0.22 mgrs. endovenoso) o de nitrito de amilo (inhalación de una ampolla, previa anestesia de las fosas nasales) duplica el flujo coronario, pero su efecto dura poco tiempo. En respuesta a la inyección endovenosa de 1 mgr. de tiroxina por Kg. de peso se observó a las 48 a 96 horas de la inyección un aumento del flujo coronario del 244 %.

Durante la digestión de una comida cárnea el flujo coronario aumentó hasta un 84 % del valor primitivo. El ejercicio produce un aumento del flujo sanguíneo coronario: éste aumenta rápidamente al iniciarse el ejercicio, para luego descender y mantenerse a un nivel algo superior al que se observa en reposo. — *E. Braun Menéndez.*

*LAS REACCIONES GLICÉMICAS Y SU SIGNIFICACION EN LA SINTOMATOLOGIA Y LA CLINICA DE LA ANGINA DE PECHO.* (*Les reactions glycémiqes et leurs significations dans la symptomatologie et la clinique de l'angine de poitrine*), M. KOGAN. "Arch. Mal. Coeur, Vaiss et Sang", 1936, XXIX, 685.

El autor estudia las variaciones de la curva glicémica en ayunas, y después de la ingestión de glucosa, en 48 enfermos, anginosos con o sin infarto de miocardio. En los primeros se observa frecuentemente después de los primeros días que siguen al ataque glucosuria, hiperglucemia y acetonuria.

En anginosos no diabéticos, sin infarto, es común observar modificaciones

de la curva de glucemia post ingestión de glucosa, en el sentido de moderada hiperglucemia sin glucosuria. En cambio, si existe infarto, dicha curva toma franco aspecto diabético con gran elevación durante la primera mitad y alargamiento de la segunda. — *B. Moia.*

*EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ANGINA DE PECHO EN LA ESTENOSIS CORONARIA, (Zur Frühdiagnose der Angina pectoris bei der Koronarstenose), D. SCHERF. "Wien. klin. Wschr.", 1936, IV, 117.*

Dadas las dificultades que a ves existen cuando los enfermos no dan datos subjetivos claros, y el examen clínico no da una demostración clara de la existencia de una estenosis coronaria, es que el autor se dedicó a estudiar el E.C.G. de reposo y después de un trabajo físico. En esta forma pudo ser demostrado que después de un esfuerzo se producía, en enfermos con estenosis coronarias y cuyo E.C.G. de reposo no tenía alteraciones importantes, las mismas alteraciones que era posible registrar en accesos anginosos aparecidos espontáneamente. Dichos trastornos eran especialmente manifiestos en el segmento ST y en la onda T. Es necesario controlar el E.C.G. 5 a 10 minutos después del esfuerzo (tiempo que en cada caso debe ser individualizado) ya que a menudo las alteraciones aparecen recién después de ese tiempo. — *F. Battle.*

*LIGADURA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS EN MONOS JAVANESSES (MACACA IRUS) III - CONSIDERACIONES TEORICAS ACERCA DE LAS MODIFICACIONES DEL ELECTROCARDIOGRAMA VENTRICULAR, CON EXPERIMENTOS ILUSTRATIVOS. (Ligation of the coronary arteries in Javanese monkeys, III - Further theoretical considerations of the changes in the ventricular electrocardiogram, with illustrative experiments), A. DE WAART, C. J. STORM Y A. K. J. KOUMANS. "Amer. Heart Jour.", 1936, XII, 184.*

Los autores realizan nuevos estudios sobre los efectos agudos de la ligadura coronaria.

Con los métodos utilizados no encuentran en general modificaciones funcionales importantes del corazón in toto. Por lo tanto éstas no pueden ser la causa de las desviaciones del segmento S-T.

La desviación del segmento S-T que aparece después de la ligadura de las coronarias sería el resultado del desarrollo, existencia temporal y desaparición sucesiva de una corriente de injuria. La dirección de la corriente de injuria en el corazón depende del sitio de la lesión. La dirección del eje eléctrico de S-T es inversa a la de la corriente original de injuria y resulta de la compensación sistólica de esta corriente de injuria. Durante la diástole la cuerda está desviada bajo la influencia de la corriente de injuria. Para determinar la dirección del eje eléctrico de S-T debe tomarse el punto en que el segmento S-T se desprende del complejo QRS.

En las lesiones del septum la dirección del eje eléctrico de S-T forma con la horizontal un ángulo de entre  $+90$  a  $+127^{\circ}$  (zona mixta). En las le-

siones frontales puede no haber desviación de S-T en las derivaciones usuales porque éstas sólo informan sobre los cambios de potencial eléctrico tal cual se proyectan sobre el plano frontal.

Por esta misma razón las derivaciones clásicas serían incapaces de diferenciar entre sí lesiones en puntos opuestos del corazón como ser pared anterior del ventrículo derecho y pared posterior del ventrículo izquierdo que serían imposible de diferenciar.

La desaparición de la desviación S-T es atribuida a la desaparición de la corriente de injuria lo cual puede o no implicar la restauración funcional.

No todo desplazamiento del segmento S-T indica necesariamente una perturbación del flujo coronario o el desarrollo local de una potencial de injuria. — *E. Braun Menéndez.*

*ESTUDIOS SOBRE OCLUSION CORONARIA EXPERIMENTAL. CAMBIOS ANATOMICOS Y QUIMICOS EN EL MIOCARDIO DESPUES DE LIGADURA CORONARIA, (Studies on experimental coronary occlusion. Chemical and anatomical changes in the myocardium after coronary ligation), R. TENNANT, D. M. GRAYZEL, R. SUTHERLAND Y S. W. STRINGER. "Amer. Heart Jour.", 1936, XII, 168.*

La ligadura de la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda provoca un aumento del contenido de ácido láctico y disminución del contenido de glucógeno en la zona de miocardio afectada por la ligadura.

Si se aflojan las ligaduras después de períodos variables de oclusión y se restablece la circulación durante dos horas, el contenido en ácido láctico del miocardio afectado, vuelve a la normal; pero, en cambio, el contenido en glucógeno no aumenta.

Hasta 8 horas después de la ligadura no se evidenciaron modificaciones anatómicas serias en la zona afectada por la ligadura. En cambio, al aflojar la ligadura se observaron cambios histológicos importantes que consisten en hemorragias, edema y exudados leucocitarios. — *E. Braun Menéndez.*

## PERICARDIO

*CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PERICARDIO NORMAL. ESTUDIO EXPERIMENTAL, (Functional capacity of the normal pericardium. An experimental study), M. H. FINEBERG. "Am. Heart Jour.", 1936, XI, 748.*

En 20 perros se determinó la cantidad de solución salina que era posible introducir en el saco pericárdico, antes de que apareciese una elevación de la presión venosa. Las cantidades variaron entre 21 y 79 c. c. La relación entre el peso del corazón y la capacidad pericárdica varió entre 1.4/1 y 3.9/1, siendo en la mayoría de los casos igual a 3/1.

Si se aplica esta relación al corazón humano normal cuyo peso es de 250 a 300 grs. se puede deducir que la capacidad funcional del pericardio humano es

de 80 a 100 c. c. Como el volúmen sistólico normal es de alrededor de 62 c. c. se concluye que el saco pericárdico ofrece amplio margen para que el corazón pueda dilatarse. — *E. Braun Menéndez.*

## INFECCIOSAS

*LA ESPLENECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA, (Splenectomy in the treatment of subacute bacterial endocarditis), D. RIESMAN, J. A. KOLMER Y D. POLOWE. "Am. J. of Med. Sc.", CXCII, 475, 1936.*

Uno de los autores — Riesman — propuso en el año 1918 la extirpación del bazo como tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda. En el presente trabajo se refieren 4 casos así tratados, incluso el de aquella publicación inicial.

La esplenectomía suprimiría el sitio de predilección de las embolias y un medio tan apropiado para el desarrollo de focos de infección secundaria como lo es el bazo. Si bien no consiguieron curar la enfermedad, los autores observaron una franca mejoría del estado de sus pacientes, cuya vida se prolongó y se hizo más confortable. Los estados sépticos sin focos demostrables, en los que la esplenomegalia constituye un síntoma primordial, constituirían los casos más favorables para practicar la operación. — *M. Joselevich.*

*ENDOCARDITIS TROMBOTICA NO-BACTERIANA. CLASIFICACION Y DESCRIPCION GENERAL, (Nonbacterial thrombotic endocarditis. Classification and general description), L. GROSS Y CH K. FRIEDBERG. "Arch. Int. Med.", LVIII, 620, 1936.*

Los autores clasifican las endocarditis en tres grupos: *bacteriana, no bacteriana* y *sifilítica*. La endocarditis bacteriana comprende dos formas, aguda y subaguda y la *no bacteriana* otras dos, reumática e indeterminada. El grupo de la *endocarditis indeterminada* comprende a su vez dos tipos: *endocarditis verrugosa atípica* y *endocarditis trombótica*, que es la que se describe en este trabajo.

De los enfermos autopsiados en el "Mount Sinai Hospital" durante los últimos 20 años, los autores seleccionaron 47 que reunían las condiciones indispensables: vegetaciones trombóticas recientes, con pequeña o ninguna reacción valvular, sin bacterias y sin datos clínicos o anatómicos de infección reumática reciente o endocarditis verrugosa atípica. Los autores establecen 5 grupos entre esos 47 casos: 1) endocarditis trombótica asociada con púrpura hemorrágica; 2) endocarditis trombótica asociada con poliserositis, poliartritis y lesiones vasculares; 3) endocarditis trombótica en enfermedades caquetizantes e infecciosas (cáncer, leucemia, neumonía, peritonitis, uremia) y desarrollada sobre lesiones reumáticas cicatrizadas; 4) igual que el anterior pero sin lesiones reumáticas anteriores; 5) casos indeterminados.

La endocarditis trombótica no bacteriana constituye un hecho sin importancia clínica y puede tener lugar en el curso de cualquier enfermedad de evolu-

ción fatal. Los grupos 1 y 2 son estudiados en detalle en artículos a parte. — *M. Joselevich.*

*ENDOCARDITIS TROMBOTICA NO BACTERIANA ASOCIADA CON PURPURA AGUDA TROMBOCITOPENICA, (Nonbacterial thrombotic endocarditis. Associated with acute thrombocythopenic purpura), CH. K. FRIEDBERG Y L. GROSS. "Arch. Int. Med.", LVIII, 641, 1936.*

En 3 casos de púrpura aguda fulminante, con estado infeccioso concomitante y hemocultivos negativos, se encontró en la autopsia lesiones del tipo de la endocarditis trombótica no bacteriana.

Los autores discuten con tal motivo la relación entre la trombocitopenia y la púrpura, llegando a la conclusión que la plaquetopenia no condiciona las hemorragias, puesto que éstas existen con plaquetas normales y su mejoría no depende del aumento de esos elementos. Creen más bien en la importancia de las lesiones endoteliales en la producción del síndrome purpúrico. No creen que la E.T. constituyera una parte esencial de la enfermedad, porque sólo en esos 3 casos se la encontró de 11 púrpuras autopsiados en los últimos 13 años en el "Mount Sinai Hospital" de New York. — *M. Joselevich.*

*ENDOCARDITIS TROMBOTICA NO BACTERIANA. ASOCIADA CON FIEBRE PROLONGADA, ARTRITIS, INFLAMACION DE SEROSAS Y LESIONES VASCULARES DISEMINADAS, (Nonbacterial thrombotic endocarditis. Associated with prolonged fever, arthritis, inflammation of serous membrans and widespread vascular lesions), CH. K. FRIEDBERG, L. GROSS Y K. WALLACH. "Arch. Int. Med.", LVIII, 662, 1936.*

Grupo formado por 4 casos de mujeres jóvenes cuya enfermedad se caracterizó clínicamente por un estado febril prolongado, acompañado de poliartritis con deformación articular (grandes y pequeñas articulaciones), poliserositis (pleura, pericardio, peritoneo, sinoviales y endocardio) y lesiones vasculares en muchos órganos.

Los autores creen que este grupo de las E.T. constituye una verdadera entidad clínica, al parecer, un proceso infeccioso de origen desconocido, probablemente no rumático, cuyo hipotético germen causal tendría una acción tóxica acentuada sobre los tejidos bordeados por endotelio. — *M. Joselevich.*

## PRESION ARTERIAL Y VASOS

*OSCILACIONES RESPIRATORIAS DE LA PRESION ARTERIAL EN EL HOMBRE. II. FISIOPATOLOGIA Y CLINICA. (Oscillazioni respiratorie della pressione arteriosa nell'uomo. II. Fisiopatologia e clinica), F. ADDARII. "Cuore e Circ.", 1936. XX, 541.*

En esta segunda monografía el autor se ocupa de las variaciones patológicas de las oscilaciones tensionales de origen respiratorio. Estudia en ese sentido



300 pacientes, no hallando mayores modificaciones en las enfermedades infecciosas (tifoidea, reuma, influenza, etc.), ni en las neumonías y bronconeumonías, así como en el absceso pulmonar, bronquiectasia, enfisema, pleuritis y tuberculosis pulmonar. En cambio, hay oscilaciones netas a predominio maximal durante la crisis de asma y en el neumotorax artificial.

En las afecciones del aparato circulatorio se ha observado en algunos mitrales anisofigmia respiratoria de la mínima.

En lo referente al pulso paradojal, éste existe siempre que haya disminución inspiratoria de la Mx. y Mn. al mismo tiempo, y se refiere especialmente a esta última, ya que fisiológicamente durante la inspiración se eleva. — *B. Moia.*

*HIPOTENSION POSTURAL, (Postural hypotension), L. B. ELLIS Y F. W. HAYNES. "Arch. Int. Med.", LVIII, 773, 1936.*

Según la descripción original de Bradbury y Eggleston, el síndrome clínico de la hipotensión postural está constituido por: ataques sincopales en la posición de pie con caída de la presión sistólica, pulso lento sin variaciones, anhidrosis, aumento de las molestias en la estación calurosa, metabolismo basal algo bajo, ligeros signos de alteración atípica del sistema nervioso central y úrea sanguínea en los límites de lo normal, además de otros caracteres menos constantes.

Los autores estudiaron 4 enfermos del sistema nervioso (tabes, siringomielia y hematomielia), con hipotensión postural, observando sus caracteres clínicos, la influencia del ejercicio, la emoción, el dolor, la vasodilatación refleja por el calor, el frío, el reflejo senocarotídeo, etc.; estudiaron también el volumen minuto, volumen de sangre circulante, velocidad circulatoria, presión venosa, etc. y la acción de la atropina, adrenalina, efredina, pilocarpina, etc.

Los autores opinan que la hipotensión postural se debe a la incapacidad del reflejo simpático vasomotor para producir la vasoconstricción cuando el sujeto se pone de pie. El remedio que resulta más eficaz es la efredina. La etiología es muy variada, pero muchas veces se la comprueba en casos de afecciones del sistema nervioso central. — *M. Joselevich.*

*TROMBO-ANGEITIS OBLITERANTE Y TABACO. INFLUENCIA DEL SEXO, RAZA Y SENSIBILIDAD DE LA PIEL AL TABACO, EN LAS RESPUESTAS CARDIOVASCULARES AL ACTO DE FUMAR, (Thrombo-angiitis obliterans and tobacco. The influence of sex, race and skin sensitivity to tobacco on cardiovascular responses to smoking), W. G. MADDOCK, R. L. MALCOLM Y F. A. COLLIER. "Amer. Heart Jour.", 1936, XII, 46.*

Se estudió en un grupo de individuos adultos sanos, de ambos sexos, judíos y gentiles, el efecto vasoconstrictor del acto de fumar. Se determinó la temperatura de los dedos de los pies, la presión arterial en el brazo y la frecuencia del pulso. El fumar dos cigarrillos en el espacio de 20 minutos provoca una disminución neta de la temperatura de la piel, aumento de la presión arterial y de la frecuencia del pulso.

No se observaron diferencias apreciables de las reacciones, en relación con el sexo, o la hipersensibilidad cutánea al tabaco.

En los judíos se observó una disminución de temperatura cutánea y aumento de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca más acentuada que en los gentiles. — *E. Braun Menéndez.*

## TERAPEUTICA

*CONTRIBUCION A LA ESTROFANTINOTERAPIA, (Beiträge zur Strophanthintherapie).* N. JAGIC Y O. ZIMMERMANN-MEINZINGEN. "Münch. med. Wschr.", 1936, LXXXIII, 1623.

Uno de los más valiosos cardiotónicos conocidos es la estrofantina, a la cual debe dársele, fuera de toda duda, un lugar preferente en la terapéutica cardíaca.

En cuanto a vías de administración, han sido utilizadas todas las de la digital. La vía subcutánea determina, usando los inyectables digitálicos, intensa irritación local; con la estrofantina ocurre lo mismo, por lo cual no debe usarse de esta manera. Tampoco la vía oral ha conseguido aceptación en los países de habla alemana; esto vale especialmente para la tintura de estrofanto por su contenido variable en glucósidos, pero tampoco los preparados que lo contienen puro son recomendables: esto se debe a la escasa resistencia del mismo frente a los fermentos digestivos y la imposibilidad de apreciar con exactitud la cantidad de preparado que se absorbe. Los autores efectuaron algunas ensayos en los que comprobaron que no se podía mantener la compensación circulatoria conseguida por la estrofantina endovenosa, empleando dosis 10 veces mayores por boca. Por consiguiente, esta vía tiene poca importancia y la digital es mucho mejor porque resiste la digestión, o por lo menos, apenas es atacada. Groedel propuso hace poco la administración rectal de la droga; para Jagic y Zimmermann es tan insegura como per os; llegaron a administrar hasta 3 miligramos diarios sin resultado satisfactorio. La vía intramuscular la recomendó recientemente Decastello, usando 0.5 miligr. de estrofantina adicionado de 0.05 gr. de novocaína. A veces aparecen dolores bastante intensos, pero son soportables y nunca hubo reacciones locales ni infiltrados. Jagic y Zimmermann creen, a pesar de que cuentan todavía con poco material, que es una buena vía de administración; incluso en muchos enfermos consiguieron con 0.5 mgr. por vía intramuscular efectos superiores a 0.25 mgr. por vía venosa.

En lo que respecta a la vía endovenosa, hay que señalar primeramente las diferencias entre la estrofantina y la digital. Ellas consisten en: acción muy rápida, casi instantánea de la estrofantina; poca acumulación (a las 6 horas de la inyección ya ha desaparecido gran parte del glucósido); acción preferente sobre la sístole, desarrollando más energía quinética (Edens) mientras que el efecto diastólico (vagal) es menor que en la digital, y clínicamente a veces inapreciable.

En cuanto a indicaciones de la vía endovenosa, la más importante son los graves estados de descompensación aguda (edema de pulmón, asma cardíaca) sin

olvidar, empero, los beneficios que en estos estados prestan la morfina, la sangría y el nitrito de amilo. También debe usarse en las descompensaciones agudas de las enfermedades infecciosas, en las taquicardias paroxísticas con insuficiencia y en las fibrilaciones con alta frecuencia ventricular.

Otras indicaciones, aunque menos estrictas, son: la inyección de prueba de Fränkel para comprobar si los trastornos que aquejan a un enfermo determinado son por insuficiencia cardíaca o no; la existencia de vómitos producidos por la digital, la presencia de trastornos de conducción que la digital provoca o acentúa, las insuficiencias con bradicardia, el bloqueo A-V total (aunque también puede darse digital: menos efecto), la aparición de extrasístoles, digitálicos o no. Todos los trastornos que trae la digital, también puede producirlos la estrofantina, pero con mucha menor frecuencia, por lo que en estos casos es aconsejable sustituir aquélla por ésta. En la insuficiencia ventricular derecha (estrechez mitral, cifoescoliosis, concretio cordis, enfisema) se obtienen con frecuencia resultados pobres (como ocurre también con la digital); en cambio, en la insuficiencia ventricular izquierda (mesaortitis, insuficiencia aórtica, hipertensión) se obtienen generalmente resultados muy buenos. En cuanto a la estrofantina endovenosa en la angina de pecho, se obtienen a menudo buenos resultados, sobre todo cuando ésta está acompañada de insuficiencia cardíaca: en algunos casos pudieron comprobar el aumento de los dolores. En el infarto, mientras no haya descompensación, Jagic y Zimmermann emplean sólo la cafeína o eufilina asociadas al reposo absoluto; si ésta aparece, entonces la única terapéutica efectiva es la estrofantina a pesar de sus eventuales peligros (ruptura, embolia, fibrilación ventricular).

Dosis que estén por encima de 0.5 mgr. no se usan más. Los autores no pasan de 0.4; cuando el enfermo está previamente digitalizado hay que hacer, siempre que sea posible, una pausa de 2-3 días. Si esto no es practicable por el grave estado, se limitan a inyectar al principio 0.1 a 0.2 mgr. diarios y siempre que no se comprueben signos de acumulación digitálica. En algunos casos da mejor resultado repartir la dosis diaria en 2 o 3 inyecciones.

En cuanto a la asociación de la droga con otros medicamentos usan en primer término la eufilina. Además emplean generalmente el suero glucosado hipertónico y a veces el calcio hipertónico (en enfermos con tendencia a asma cardíaca o edema pulmonar). En algunos casos no es posible renunciar a los diuréticos Hg., a pesar de que los autores cumplen fielmente el precepto de deshidratar lenta y gradualmente a los cardíacos. Cuando la estrofantina a dosis moderadas trajo extrasístoles emplean pequeñas dosis de quinina o quinidina (3 compr. de Cardiazol quinina o quinidina 0.10 x 3 diarios). Terminan los autores manifestando que "la estrofantina es hoy uno de los más valiosos, y probablemente el más valioso, remedio en el tratamiento de la descompensación cardíaca grave" y que es de lamentar que su empleo se limite con frecuencia a casos terminales. -- *F. Battle.*

*EFFECTO DE UNA PROLONGADA RESTRICCIÓN DIETÉTICA SOBRE LOS ENFERMOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA. (Effect of prolonged dietary restriction on patients with cardiac failure), S. H. PROGER Y H. MAGENDANTZ. "Arch. Int. Med.", LVIII, 703, 1936.*

Trabajo basado en el estudio de 6 asistólicas que fueron sometidas a una dieta severa (comenzando por 356 calorías) hasta alcanzar una pérdida del 10 por ciento del peso al cabo de 2 a 3 semanas. Los autores comprobaron: la producción de una bradicardia, un descenso de la presión arterial (Mx. y Mn.), pequeño o ningún aumento de la velocidad circulatoria, aumento de la capacidad vital, disminución de la frecuencia respiratoria, volumen minuto respiratorio, consumo de oxígeno, metabolismo basal, volumen minuto y escasa o ninguna modificación en la diferencia arteriovenosa del oxígeno, presión venosa, trabajo y tamaño del corazón.

En 4 enfermas se obtuvo una mejoría clínica considerable; en 1 la mejoría fué sólo moderada y en la otra no se observó ninguna modificación favorable después de la restricción alimenticia. — *M. Joselevich.*

*FIBRILACION AURICULAR TRANSITORIA COMO UNA MANIFESTACION TOXICA DE LA DIGITAL. (Transient auricular fibrillation as a toxic manifestation of digitals), C. L. TUNG. "Amer. Heart Jour.", 1936, XII, 272.*

En 15 pacientes, de los cuales 13 tenían y dos no tenían cardiopatías con insuficiencia cardíaca, la digitalización en dosis elevadas hizo aparecer una fibrilación auricular junto con otros signos de intoxicación digitálica.

La fibrilación auricular desapareció en todos los casos varios días (2-15) después de la supresión de la digital.

En ciertas circunstancias la fibrilación auricular puede aparecer como uno de los efectos tóxicos de la digital y ser una indicación para la supresión de la droga. — *E. Braun Menéndez.*

