

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL y PATOLOGICA

ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE DOS FORMAS PATOGENICAS DEL EDEMA AGUDO DEL PULMON: MECANICA Y TOXICA. (*Etude expérimentale sur deux formes pathogéniques de l'oedème aigu du poumon: mécanique et toxique*). E. COELHO Y M. RIBEIRO. Arch. Mald. Coeur. Vaiss et Sang. 1936. XXIX. 383.

Los autores repiten sus experiencias de producción experimental del edema agudo del pulmón, por insuficiencia ventricular izquierda, conseguida ya sea por la ligadura de la aorta o la inyección de alcohol y nitrato de plata en la pared ventricular izquierda. En estas condiciones, el edema agudo del pulmón debe interpretarse como de origen mecánico. La obtención de un edema pulmonar, por inyección de nitrato de plata en el ventrículo derecho, como lo provocara Cataldi, no debe interpretarse como de causa mecánica, pues las mismas alteraciones pueden observarse cuando el nitrato se inyecta en la safena. Los autores creen, que la inyección de nitrato de plata en el ventrículo derecho, lleva al edema agudo del pulmón (cuyas características anatomopatológicas son, por otra parte, distintas a las de las experiencias sobre el ventrículo izquierdo), por un mecanismo tóxico. — *B. Moia.*

DIRECTIVAS ACTUALES EN EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LA ALTERNANCIA CARDIACA. (*Attuali indirizzi nello studio del problema dell'alternanza del cuore*). V. CHINI. Cuore Circ., 1936, XX. 377.

El autor hace una extensa reseña sobre las condiciones de la alternancia cardíaca y del pulso, conceptuando que en muchas circunstancias no se puede independizar ambos fenómenos.

Pasa en revista las características de la alternancia cardíaca electrocardiográfica: a) del complejo QRS, que interpreta como perturbaciones de la conducción; b) de la onda T, en relación con el rendimiento cardíaco y observada frecuentemente concomitantemente con la alternancia del pulso; c) del segmento S-T, interpretada como evidencia de deficiencia circulatoria coronaria.

Cree que las evidencias electrocardiográficas constituyen un delicado método para revelar la alternancia cardíaca, estudiando finalmente la importancia de los venenos alternógenos en la génesis de estas alteraciones periódicas. — *B. Moia.*

CREATINURIA EN LA DESCOMPENSACION CARDIACA. (*Kreatinurie bei kardialer Dekompensation*). U. KINDLER. Klin. Wschr., 1936. 15. 267.

En las insuficiencias cardíacas acentuadas se encontró creatina en la orina: paralelamente a la mejora de la circulación, ella desaparecía. Esta creatinuria se debe a una destrucción de glicógeno atribuido al deficiente aporte de O₂ a la musculatura esquelética durante la insuficiencia cardíaca. — *F. Battle.*

PATOLOGIA

CARDIOMEGALIA GLICOGENICA CIRCUNSCRIPTA, (*Cardiomegalia glycogenica circumscripta*), L. E. FINKELSTEIN. Am. J. of Med. Sc., CXCI, 415, 1936.

Un caso de hipertrofia idiopática del corazón publicado por Carrington y Krumbhaar en 1924, fué nuevamente estudiado por el autor desde el punto de vista histológico, comprobándose en el miocardio zonas de vacuolización semejante a la de la enfermedad de von Gierke. Esa *cardiomegalia glycogenica circumscripta*, forma parcial o localizada o en vías de curación de la enfermedad de von Gierke, podría explicar quizás algunos casos de hipertrofia idiopática del corazón en los niños. — M. Joselevich.

ANEMIA CON ERITROCITOS FALCIFORMES: NUEVA CAUSA DE CORAZON PULMONAR, (*Sickle-cell anemia: a new cause of cor pulmonale. Report of two cases with numerous disseminated occlusions of the small pulmonary arteries*), W. M. YATER Y G. H. HANSMANN. Am. J. of Med. Sc., CXCI, 474, 1936.

Los autores refieren dos casos de anemia con eritrocitos falciformes en los que existía hipertrofia e insuficiencia del ventrículo derecho, en una aguda con todo su síndrome y en la otra evidenciada sólo por la hepatomegalia. No hubo cianosis.

En uno de los casos se encontró una trombosis de las arterias pulmonares medianas y pequeñas y en el otro un espesamiento de las paredes de dichas arterias. La ausencia de cianosis podría explicarse por la anemia, que evita que la hemoglobina reducida alcance una concentración suficiente como para originar el cuadro del síndrome de Ayerza. — M. Joselevich.

EL AGRANDAMIENTO DEL CORAZON, (*Enlargement of the heart*), J. PARKINSON. Lancet, CCXXX, 1337 y 1391, 1936.

La radiología debe sustituir a la percusión en el estudio de la forma, tamaño y posición del corazón. Para determinar el tamaño del corazón el mejor procedimiento es la radioscopia, porque la medición de los diámetros no permite resolver las dudas en los casos límites.

Antes de hablar de condiciones patológicas del corazón es necesario descartar las variaciones debidas a la *posición del diafragma* y a las *desviaciones de la columna vertebral*, que pueden provocar aspectos radiológicos aparentemente anormales.

La *sinfisis del pericardio* no da sombras radiológicas características y es dudoso que provoque una dilatación del corazón. La sombra de una *calcificación pericárdica* permitirá establecer la existencia de un *síndrome de Pick*.

La *dilatación cardíaca aguda del corazón torzado* no existe y la de la *taquicardia paroxística* y de la *carditis reumática aguda* no ha sido demostrada.

La dilatación de la *aurícula izquierda* simple y aneurismática se descubre en las posiciones oblicuas, especialmente previo relleno esofágico. La dilatación del *ventrículo izquierdo* se observa en la hipertensión arterial, insuficiencia y estre-

chez aórticas: hay hipertensos con ventrículo izquierdo normal, circunstancia que no tiene hasta ahora explicación satisfactoria. La dilatación pura del *ventrículo derecho* se observa sólo en el enfisema simple, esclerosis del pulmón o de la arteria pulmonar; pero generalmente los enfermos tienen además esclerosis miocárdica y de las arterias de la gran circulación. La dilatación de las *deformidades espinales* no ha sido demostrada satisfactoriamente.

La dilatación posterior a la *trombosis coronariana* es discutida; el autor cree haberla demostrado en el 8.6 por ciento de sus casos, siendo en los restantes debida a una hipertensión arterial previa.

Una vez establecida, la dilatación cardíaca no retrocede; cuanto más intensa, peor es su *pronóstico*, pero a ese respecto debe considerarse cada caso en particular. — *M. Joselevich*.

FALLA Y COMPENSACION DEL VENTRICULO DERECHO. (*Compensation and failure of the right ventricle*). M. H. FINEBERG Y C. J. WIGGERS. Amer. Heart J., 1936, XI, 255.

Con el objeto de averiguar la capacidad de respuesta compensadora del ventrículo derecho a los aumentos de resistencia en la pequeña circulación, los autores registran ópticamente la presión intraventricular derecha simultáneamente con la presión aórtica, mientras someten la arteria pulmonar a compresiones gradualmente crecientes.

Mientras la compresión no excede del 58 %, el ventrículo derecho reacciona aumentando la presión máxima y prolongando su contracción. Con ello consigue salvar la aumentada resistencia pulmonar de manera que no disminuye el aporte sanguíneo al ventrículo izquierdo. Pero si se mantiene este grado de compresión durante un tiempo más o menos largo, comienzan a aparecer signos de fatiga y falla del ventrículo derecho, agravados por la reducción simultánea de la circulación coronaria, como consecuencia de la disminución que la presión aórtica sufre al disminuir el aporte sanguíneo al ventrículo izquierdo. La falla ventricular derecha es aún más rápida y manifiesta si se hace mayor la compresión de la arteria pulmonar.

Estas observaciones permiten establecer los siguientes puntos de interés clínico:

1º La importancia que tiene, para impedir una falla ventricular derecha en caso de aumento brusco de la presión en el territorio de la pulmonar (embolia, etcétera), el tratar de mantener una presión arterial adecuada para que no disminuya el flujo coronario; 2º los perjuicios que pueden derivar del uso de drogas hipotensoras y 3º la inutilidad de la sangría en estos casos. — *E. Braun Méndez*.

VALVULAS

SOBRE AUSENCIA CONGENITA DEL ORIFICIO TRICUSPIDEO. (*Über angeborenes Fehlen des Ostium tricuspidale*). A. MOSER. "Z. Kreislauforschg.", 1936, 28, 521.

Entre las malformaciones del corazón, es la falta del orificio tricuspídeo una de las más raras. Hay registradas en la literatura unas 30 observaciones, a las

que el autor aporta tres casos personales. Los casos conocidos hasta la fecha tienen una tríada característica: ausencia del orificio tricuspídeo, comunicación interauricular y comunicación interventricular. Esta tríada debería llamarse, en homenaje al primero que se refirió a ella "enfermedad de Wieland". En muchos casos, se agregan a estas malformaciones, otras que complican más aun el cuadro. Moser analiza luego in extenso las teorías que explican esta enfermedad. Al referirse al soplo de Roger, anota que 9 años antes que este clínico, Körner ya lo había descrito, por lo que sería más correcto denominarlo soplo de Körner-Roger. — *F. Battle.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA FIEBRE. (The electrocardiogram in fever. Changes in induced hyperpyrexia). H. VESELL Y W. BIERMAN. *Am. J. of Med. Sc.*, CXCI, 484, 1936.

Se estudian las modificaciones provocadas en el electrocardiograma de 10 personas por la elevación de la temperatura hasta 104 a 106.5 grados F., mediante la diatermia o fototermia, mantenida de 3 a 5 horas.

No se obtuvieron variaciones uniformes: *P* y *T* aumentaron de amplitud en un número de casos igual al de los que decrecieron; el nivel de *R-T* se redujo en general, no aumentando nunca. La altura de *R* y los espacios *P-R* y *Q-R-S* en general se redujeron.

Ninguno de esos cambios fué permanente, no pudiendo ser esgrimidos como argumentos en favor de que la fiebre provoca efectos dañinos sobre el corazón. — *M. Joslewich.*

LA DURACION NORMAL DEL COMPLEJO VENTRICULAR ELECTRICO. (The Normal duration of the Electrocardiographic Ventricular Complex). W. ADAMS. *J. Cl. Investig.*, 1936, XV, 335.

Después de un prolijo estudio realizado en 50 hombres y 54 mujeres aparentemente normales, el autor llega a la conclusión de que la fórmula $Q-T = 1536 R-R + 2462$, para los hombres y $Q-T = 1259 R-R + 2789$, para las mujeres (significando *Q-T* duración de la sístole eléctrica y *R-R* intervalo del pulso), representa este valor con bastante exactitud. Suministra una tabla para frecuencias variables entre 100 y 55 contracciones por minuto, que permite obtener los valores señalados con toda sencillez. La exactitud de las cifras no parece aumentar si se tiene en cuenta la edad, altura y peso del individuo así como la altura de la onda *T* y la desviación del eje eléctrico. — *B. Moia.*

ELECTROCARDIOGRAMAS EN LAS CUATRO DERIVACIONES EN 200 INDIVIDUOS NORMALES DE AMBOS SEXOS. (The four-lead electrocardiogram in two hundred normal men and women). R. A. SHIPLEY Y W. R. HALLARAN. *Amer. Heart J.*, 1936, XI, 325.

Los autores han medido los valores máximos, medios y mínimos de los voltajes de las diversas ondas e intervalos en los electrocardiogramas de 200 indi-

viduos normales de ambos sexos, cuyas edades estaban comprendidas entre 20 y 35 años.

Onda P: Su amplitud fué mayor en la DII en el 90 % de los casos. Su altura varió entre 0.5 mm. y 2.5 mms. (T. M. 1.30 a 1.40 mm.) Su duración varió entre 0.08 y 0.12 seg. (T. M. 0.09 seg.). Se observaron melladuras en 30 % de los casos, especialmente en DII y III.

Inversión de P ocurrió en 5 % de los casos.

Difasismo en 31 casos (DIII).

En DIV si se utiliza la derivación apex-espalda el 90 % de las ondas P aparecen invertidas mientras que, en la derivación apex-pierna izquierda aparece P positiva en el 25 %, difásica en 29 %, invertida en sólo 45 % e isoeléctrica en 1 % de los casos.

Intervalo P-R: En el 75 % de los casos se encontró el P-R máximo en DII. Su duración media fué de 0.15 seg. con un máximo de 0.9 y un mínimo de 0.12.

Se encontró una depresión del segmento P-R por debajo de la línea isoeléctrica en 95 % de los trazados.

Complejo QRS: Se encontró que en los hombres el voltaje de QRS es mayor que en las mujeres, tanto en las derivaciones usuales como en DIV. El término medio de la amplitud máxima de QRS en las derivaciones I, II y III fué para los hombres de 12.4 mm. y para las mujeres de 10.8 mm.

La duración media de QRS fué de 0.086 seg. La máxima duración hallada fué de 0.12 seg. en un caso.

Se encontraron 4 casos con onda Q profunda, según el criterio de Pardee.

La existencia de melladuras y engrosamientos de las ramas del complejo QRS constituyó un hallazgo común (44 % de los casos en DIII) en DIII y IV, ocasional en DI o II pero no se la comprobó simultáneamente en DI y II.

Desviación del eje eléctrico: No se halló en ningún caso desviación franca del eje eléctrico, aunque aproximadamente en 10 % de los trazados existía cierta desviación hacia la izquierda (ángulo menor de $+ 30^\circ$).

Segmento S-T: Fueron comunes las pequeñas desviaciones del nivel de S-T. Los límites de la desviación, tomando como base el nivel P-R, fueron de 1 mm. por arriba y 0.5 mm. por debajo en DI, II y III. Los límites de la desviación en DIV (punta - pierna izquierda) fueron 0.6 mm. por arriba y 2 mm. por debajo del nivel P-R.

Onda T: La amplitud de la onda T fué mayor en los hombres (T. M. 3.3 mm.) que en las mujeres (T. M. 2.6 mm.).

No hubo caso alguno de ondas T netamente difásicas o invertidas en DI o II, mientras que en 35 % de los trazados se observó una onda T negativa en DIII. En DIV se encontró invariablemente una onda T invertida. E. Braun Menéndez.

SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA DIGITALICO. (Über das Digitalis E. K. G.), R. ASCHENBRENNER. "Klin. Wschr.", 1936, 15, 1039.

Para interpretar racionalmente las modificaciones que imprime la digital en el Ecg., hay que recordar la llamada "teoría de la interferencia", en la cual se

considera el Ecg. ventricular producido por la sumación de dos curvas monofásicas (una para cada ventrículo) y de dirección opuesta; una de las cuales precede en su iniciación a la otra, durando también algo más. La suma algebraica de estos monogramas asincrónicos nos da el bicardiograma normal. Cuando el asincronismo se acentúa, se ve, al hacer la suma algebraica, que desciende el segmento S-T y la T se hace negativa. En las lesiones coronarias, por ejemplo, donde estas alteraciones se ven con frecuencia, ellas se deben al retardo que experimenta la conducción en el territorio afectado (acentuando el asincronismo normal). Desde hace tiempo se sabe que la digital también retarda la conducción en forma importante (Brandenburg y Hoffmann, de Boer), por lo que fácilmente se explica que aparezcan los mismos trastornos (depresión de S-T, T neg.). También se aclara la producción del efecto de hemilateralidad y el Voltageeffekt descritos por Winternitz. Pero para que estos hechos ocurran, es necesario que el retardo de conducción predomine en un ventrículo, porque de lo contrario no podría producirse la acentuación del asincronismo normal. Es por eso que el descenso de T y T neg. se ve principalmente en las hipertrofias ventriculares, que por poseer mayor superficie de absorción favorecen la fijación de la droga. El Voltageeffekt y el efecto de hemilateralidad dependen sólo de un aumento del retardo en la propagación de la excitación a nivel de un ventrículo hipertrofiado, a causa de la digital. Otras drogas, quinidina, por ejemplo, son capaces de producir trastornos electrocardiográficos parecidos porque también dificultan la propagación de la excitación.

Los distintos glucósidos de los cuerpos digitálicos presentan, a este respecto, diferencias. La estrofantina no provoca generalmente trastornos electrocardiográficos por lo que es forzoso admitir que influencia poco la conducción intraventricular. Este hecho refuerza la impresión clínica de que la estrofantina actúa más intensamente sobre el miocardio quinético, mientras que la digital perturba la conducción en forma más marcada (Weese).

Como conclusiones práctico-terapéuticas retener que: de no recordar que un enfermo está digitalizado se puede caer en el error de diagnosticar una insuficiencia coronaria inexistente y que las alteraciones E.C.G. que aparecen en el tratamiento con digital no son síntomas de intoxicación que puedan obligar a suspender la droga, sino que son simplemente una manifestación concomitante.
— F. Battle.

DIAGNOSTICO DEL ESTADO MIOCARDICO POR MEDIO DE LA CORRIENTE DE ACCION DEL CORAZON EN DERIVACION TORACICA. (Zur Beurteilung des Miokardzustands mittels der Herzstromkurve in thorakaler Ableitung). FRANZ KISCH. "Klin. Wschr.", 1936. 15. 817.

El autor utiliza la derivación propuesta por Scherf: pierna izquierda-región de la matitez absoluta del corazón. El electrodo que en las derivaciones habituales va al brazo izquierdo, se coloca en la pierna izquierda y el electrodo que va en las derivaciones clásicas a la pierna izquierda se coloca en la región de la matitez absoluta. Las características del trazado obtenido en esas condiciones son las siguientes: onda P pequeña (positiva o negativa), o invisible, complejo ventricular inicial ampliamente difásico con S profunda, T alta y positiva que nace siempre

por encima de la isoeletrica (es decir, que en esta derivación falta normalmente el segmento isoeletrico).

Basado en más de 100 observaciones, se puede decir que la existencia de un segmento isoeletrico entre QRS y T, o el aplanamiento, bifidez o negatividad de T, deben ser considerados como signos seguros de un estado inflamatorio o degenerativo del músculo cardíaco. — *F. Battle.*

ARRITMIAS Y BLOQUEO

LA DUALIDAD DEL MECANISMO DE LAS TAQUICARDIAS SINUSALES LLAMADAS ESENCIALES. (*La dualité du mécanisme des tachycardies sinusales dites essentielles*), E. DOUMER. Arch. Mald. Coeur., Vaiss. et Sang. 1936, XXIX, 434.

Reconoce el autor dos tipos fundamentales de taquicardia sinusal. El primer grupo incluye al corazón irritable, con sus reacciones angustiosas, su inestabilidad del pulso, etc., todo lo cual le da ese carácter de neurosis, labil, caprichosa, variable, que supone la existencia de un desequilibrio del sistema nervioso autónomo sobre el que incinden las diversas causas desencadenantes e incluye también a aquellos casos en los cuales el síndrome taquicárdico no tiene habitualmente el carácter angustioso, pero que obedecen también a un shock emotivo o conmocional que, desencadenado sobre un terreno sin predisposiciones mórbidas, origina un cuadro taquicárdico pasajero que durará tanto, mientras duren sus efectos. Claro está que este cuadro, pasajero en sí, puede ser entretenido por la intervención del psiquismo, con su correspondiente reacción angustiosa.

Al lado de este gran grupo, existe otro en el cual el carácter angustioso está generalmente ausente, y en el cual la aceleración cardíaca es más o menos fija, sin presentar ese peculiar carácter de movilidad anteriormente señalado. En estos pacientes, si bien no existen marcadas alteraciones miocárdicas, puede en cambio admitirse la existencia de una espina irritativa, capaz de determinar alteraciones en el sistema nervioso extrínseco, como ha sido descrito en la tifoidea. En muchos de estos corazones, la imagen radiológica y electrocardiográfica suele presentar algunas alteraciones. El autor incluye en este grupo a las taquicardias post-traumáticas de origen irritativo (heridas o proyectiles torácicos, etc.) por neuritis del ganglio estrellado, en la aortitis crónica, en los esclerosos pulmonares, y aquellas irritativas de origen aparentemente constitucional. — *B. Moia.*

EL COMPORTAMIENTO DEL VOLUMEN CARDIACO EN LA TAQUICARDIA PAROXISTICA. (*Das Verhalten der Herzgröße beim Herzjagen*), A. KAHLSTORF. "Klin. Wschr.", 1936, 15, 1028.

Se describe una observación de T. P. en la cual, con una frecuencia de 280 pulsaciones por minuto, se constató en el radioquimograma una dilatación evidente de todas las cavidades cardíacas y un estrechamiento del pedículo vascular. El autor estudia las causas de la dilatación cardíaca en la T. P. y se refiere luego a las posibilidades de utilizar la quimografía para diferenciar las diferentes formas de T. P. (auricular, nodal, ventricular, etc.), lo que no siempre es fácil electrocardiográficamente. — *F. Battle.*

EXTRASISTOLES DE SIGNIFICACION CLINICA, (*Extrasystoles of clinical significance*), E. P. BOAS Y H. LEVY. Amer. Heart Jour., 1936, XI, 264.

Las extrasístoles pueden constituir signos evidentes de lesiones miocárdicas o de fatiga cardíaca y su descubrimiento debe ser seguido de un atento examen cardiovascular con el objeto de descubrir su causa. Comúnmente son debidas a intoxicaciones por tabaco, café o digital. Su aparición súbita durante una enfermedad infecciosa aguda, indica que el miocardio ha sido afectado por las toxinas o virus de la enfermedad. Las extrasístoles auriculares, en pacientes con enfermedades avanzadas del corazón, especialmente en aquéllos con estenosis mitral, anuncian generalmente la fibrilación auricular. Las extrasístoles multifocales, acompañan usualmente a enfermedades miocárdicas serias. La aparición de extrasístoles numerosas en pacientes con arterioesclerosis de las arterias coronarias indican, en general, una lesión vascular progresiva. En estos pacientes la aparición de salvos cortos de extrasístoles o de extrasístoles polifocales, puede ser seguida de muerte súbita, posiblemente por fibrilación ventricular. En tales casos está indicado el empleo profiláctico del sulfato de quinidina. La existencia de extrasístoles en casos cuya frecuencia cardíaca es superior a 110 por minuto indican generalmente una enfermedad miocárdica. Las extrasístoles que aparecen en la enfermedad de Basedow generalmente son índice de una lesión cardíaca.

Las extrasístoles no asociadas a las causas señaladas no tienen significación clínica. — *E. Braun Menéndez.*

CONTRIBUCION CLINICA A LA CUESTION DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DE CONDUCCION, (*Klinischer Beitrag zur Frage funktioneller Reizleitungsstörungen*), H. MARZAHN. "Klin. Wschr.", 1936, 15, 486.

Se describen dos casos de bloqueo sinoauricular y aurículo-ventricular parcial, los cuales son considerados de origen funcional. El autor se basa en el examen clínico y en el resultado de la prueba de la atropina y del esfuerzo. Estos trastornos de conducción se deben probablemente a un aumento del tono vagal. — *F. Battle.*

BLOQUEO AURICULAR COMPLETO Y ALETEO AURICULAR, (*Bloc complet et auricular flutter*), D. ROUTIER, H. MAMOU Y J. LEMANT. Arch. Mald. Coeur, Vaiss. et Sang, 1936, XXIX, 369.

Consideraciones sobre dos observaciones personales típicas, con revista y comentarios de los casos de la literatura, llegando a la conclusión que hasta la fecha, incluso los dos personales, sólo se han reunido 37 observaciones ciertas. — *B. Moia.*

UN CASO DE FIBRILACION AURICULAR Y BLOQUEO DE RAMA POR HIPERTIROIDISMO. CURACION POR RADIOTERAPIA, M. VELA. Arch. Card. y Hemat., 1936, XVII, 229.

Descripción de un caso clínico en una mujer con adenoma tóxico. — *B. Moia.*

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS.

CUADRO CLINICO Y ELECTROCARDIOGRAFICO DE OCLUSION CORONARIANA PRODUCIDO POR LA RUPTURA DE UN ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL. (*Clinical and electrocardiographic picture of coronary occlusion produced by ruptured aneurysm of the abdominal aorta*), A. H. ELLIOT Y R. D. EVANS. *Am. J. of Med. Sc.*, CXCI, 196, 1936.

Un hombre de 59 años tenía un aneurisma de la parte terminal de la aorta abdominal, cuya ruptura retroperitoneal le determinó un estado comatoso y la muerte pocas horas después. Un electrocardiograma obtenido al ser internado el enfermo presentaba los caracteres típicos del infarto del miocardio. Los autores atribuyen el hecho a que las coronarias estaban esclerosadas, por lo que en el momento de la hemorragia el aporte sanguíneo al músculo cardíaco fué insuficiente debido al shock y a la hipovolemia, originándose el cuadro del infarto del miocardio por isquemia sin que en realidad existiera una verdadera oclusión arterial. — *M. Joselevich.*

DOLOR PERSISTENTE EN LA REGION DEL HOMBRO CONSECUTIVO AL INFARTO MIOCARDICO. (*Persistente pain in the shoulder region following myocardial infarction*), J. EDEIKEN Y CH C. WOLFRTH. *Am. J. of Med. Sc.*, CXCI, 201, 1936.

Se refieren 14 observaciones de dolor persistente en el hombro, instalado a raíz de la oclusión coronariana brusca, lo que constituye el 10 % de los casos de los autores. El dolor se localizaba generalmente en el hombro izquierdo, pero a veces aparecía en el derecho o pasaba de un lado a otro o era más intenso a nivel del biceps o del deltoides.

Se iniciaba junto con el infarto o hasta 16 semanas después y persistía entre 7 semanas y más de 5 años. Los autores creen que es debido a la obliteración arterial, tratándose de un proceso análogo al de la causalgia. — *M. Joselevich.*

PRESION ARTERIAL y VASOS.

LA CAIDA DE LA PRESION ARTERIAL, DURANTE LA ANESTESIA ESPINAL. (*The fall in blood pressure, during spinal anesthesia*), H. H. BRADSHAW. *Ann. of Surg.*, 1936, CIV, 41.

Mediante estudios experimentales en perros a los cuales se hicieron inyecciones subaracnoideas de novocaína, después de haberles practicado una completa simpatectomía, el autor llega a la conclusión, que las caídas tensionales, observadas en ese tipo de anestesia, son debidas a la parálisis de los nervios vasoconstrictores. Aconseja para prevenirlas, la administración preliminar de drogas que produzcan vasoconstricción por acción directa sobre las arteriolas, especialmente la efedrina: utilizar pequeñas cantidades de anestésico y limitar la inyección a pequeños segmentos medulares de modo que sean pocas las fibras vasoconstrictoras paralizadas. — *B. Moia.*

NUEVO METODO "TACHO-OSCILOGRAFICO" PARA LA DETERMINACION DE LA PRESION ARTERIAL EN EL HOMBRE, (*Nouvelle méthode tacho-oscilographique pour la détermination de la pression artérielle chez l'homme*), N. SAVITZKY. Arch. Mal. Coeur, Vaiss et Sang, 1936, XXIX, 486.

El autor describe un sistema que permite registrar ópticamente y de manera muy sencilla, la presión arterial indirecta en el hombre. Analiza las curvas obtenidas, llegando a la conclusión que, en ellas, puede determinarse con facilidad las presiones terminales y laterales. — B. Moia.

CINCO CASOS DE ANEURISMA DE LA AORTA TORACICA DESCENDENTE, (*Cinque casi di aneurisma dell aorta toracica discendente*), L. PACE, Cuore Circol, 1936, XX, 325.

El autor comenta la evolución de cinco casos de aneurisma de la aorta torácica descendente, llamando la atención sobre la existencia de estratificaciones calcáreas de la túnica media, visibles en la radiografía, lo que serviría para establecer el diagnóstico con los tumores mediastinales paracardíacos. — B. Moia.

PARASITARIAS.

EL APARATO CARDIOVASCULAR EN LA PARALISIS PROGRESIVA, (*L'apparato cardio-vascolare nella paralisi progresiva*), L. GROSSI Y A. MASSAZZA. Cuore Circ., 1936, XX, 392.

Se trata de un estudio clínico, sin control anatopatológico, verificado sobre 320 pacientes afectos de neurolues. Los autores llegan a la conclusión que el 17.1 por ciento de los hombres y el 12.2 % de las mujeres de ese grupo, padecían concomitantemente de sífilis cardiovascular.

Atribuyen estas cifras tan bajas, o bien al hecho del diagnóstico precoz, o bien al benéfico efecto de la asociación piretoterapia con el tratamiento específico. En efecto, todos los pacientes con neurolues examinados, habían sido sometidos a la terapia febril malárica o diatérmica o con ondas cortas. — B. Moia.

TRATAMIENTO.

ESTA INDICADO EL USO DE LA INSULINA EN LOS DIABETICOS VIEJOS CON ESCLEROSIS CORONARIANA?, (*Is the use of insulin indicated in the elderly diabetic with coronary sclerosis?*), W. S. COLLENS, R. G. STOLIARSKY Y S. NETZER. Am. J. Med. Sc., CXCI, 503, 1936.

Contrariamente a la opinión de muchos clínicos que sostienen los peligros del uso de la insulina en los diabéticos con esclerosis coronariana (hipoglucemia coincidiendo con fibrilación paroxística, angina de pecho y modificaciones electrocardiográficas), los autores opinan que dicho medicamento puede ser utilizado en esos casos con provecho, tanto en beneficio de la diabetes como de las manifestaciones cardíacas.

Para obtener éxito preconizan la administración de una dieta que incluya hasta 3 gramos de carbo-hidratos por kilo de peso, el uso de insulina a dosis

progresivamente crecientes hasta llegar a la completa desaparición de la glucosuria, aunque persista una glucemia anormal y la ingestión después de 2 horas de inyectada la insulina de dosis de 15 gramos de carbo-hidratos directamente asimilables (jugo de frutas) para evitar los inconvenientes de la hipoglucemia. — *M. Joselevich.*

UN ESTUDIO DEL EFECTO DIURETICO DEL NOVURIT EN EL HOMBRE, (A study of the diuretic effect of mercuputin in man), A. C. DE GRAFF, J. E. NADLER Y R. C. BATTERMAN. Am. J. of Med. Sc., CXCI, 526, 1936.

En 20 cardíacos descompensados se estudió la acción diurética del novurit, comparándola con la de otros compuestos mercuriales que no contienen teofilina. Los autores opinan que el novurit es un diurético efectivo e inofensivo, de acción más eficaz que la de los mercuriales sin teofilina, eficacia mayor que atribuyen casi exclusivamente a esa teofilina y dicen que no produjo reacción local en las 94 inyecciones endovenosas que practicaron. — *M. Joselevich.*

ACETYL-METILCOLINA. IV. NUEVOS ESTUDIOS SOBRE SU ACCION EN LA TAQUICARDIA PAROXISTICA Y EN OTROS TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO. (Acetyl-methylcholin. VI. Further studies of its action in paroxysmal tachycardia and in certain other disturbances of cardiac rhythm). I. STARR (JR.). Am. J. of Med. Sc., CXCI, 210, 1936.

En 37 enfermos con taquicardia paroxística se utilizó la acetilcolina para combatir los ataques; en el 88 % de los mismos se obtuvo un rápido éxito poniéndose fin al trastorno.

El medicamento se inyectó por vía subcutánea, dosificándolo de acuerdo con la edad y el peso de los enfermos. En el aleteo auricular los resultados fueron menos constantes y duraderos; en la fibrilación auricular no se obtuvo ningún beneficio, mejorándose en cambio un caso de extrasístoles ventriculares. Se describe la técnica de su aplicación.

La ineficacia de la acetil-colina en algunos casos puede atribuirse a la insuficiencia de la dosis y en otros al uso previo o concomitante de la quinidina, que tiene efectos antagónicos. La acción perjudicial del medicamento se traduce por el síncope, el ataque asmático, dolor retro-esternal o náuseas y vómitos, los que pueden ser debidos por lo menos en parte al exceso de la dosis administrada. — *M. Joselevich.*

EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS CON INYECCIONES ENDOVENOSAS DE SOLUCIONES SALINAS HIPERTONICAS. (The treatment of coronary artery disease by intravenous injections of hypertonic saline solution). S. C. FEINBERG. Am. J. of Med. Sc., CXCI, 410, 1936.

En 6 casos de angina de pecho debida a enfermedades coronarianas y que habían sido tratados con los procedimientos habituales sin resultado alguno, fueron sometidos a la aplicación de inyecciones endovenosas de soluciones salinas hi-

peritónicas. En todos los casos se comprobó una mejoría indudable y prolongada. Los autores creen que esos resultados se deben a que las inyecciones favorecen el desarrollo de la circulación colateral, como lo hacen en los casos de obliteración de las arterias de los miembros. — *M. Joselevich.*

HIPONUTRICION EN EL TRATAMIENTO DE LAS CORONARIOPATIAS (ESPECIALMENTE TROMBOSIS). EFECTO SOBRE EL METABOLISMO BASAL Y LA CIRCULACION. (Undernutrition in the Treatment of Coronary Artery Disease (particularly Thrombosis). Effect on the Basal Metabolism and Circulation), A. M. MASTER, H. L. JAFFE Y S. DACK. J. Clin. Investig., 1936, XV, 353.

Se sometió a una dieta hipocalórica de 800 calorías (H de C.: 80 gs.: proteínas: 50 gs. y grasas: 30 gs.), a 28 pacientes con trombosis coronaria y 14 con angina de pecho. Se obtuvieron determinaciones metabólicas de control antes o después de terminado el período de hiponutrición, aparte de las obtenidas durante el mismo. En igual forma se procedió con el peso del paciente. En el 74 % de los casos se consiguieron descensos metabólicos por debajo de —15 %. Sólo en los obesos, insuficientes cardíacos, febriles, y con ataques anginosos repetidos, el metabolismo se mantuvo por encima de —15 %. La caída metabólica se produjo en dos o cuatro semanas, invirtiéndose igual tiempo en recuperar el nivel inicial, pese al aumento de la dieta. Siguiendo al período de hiponutrición, una nueva restricción dietaria, produce una caída metabólica más rápida y profunda. Se encontró que, para obtener un descenso metabólico adecuado, es necesario que el peso caiga por lo menos en un 6 %.

La restricción dietaria no va acompañada de efectos nocivos, aunque se prolongue de 3 a 12 meses. No hay modificaciones del colesterol, azúcar y proteínas sanguíneas. Tampoco hay evidencias de mixedema, ni disminución de la velocidad sanguínea y capacidad vital.

El descenso del metabolismo basal tiene efectos benéficos sobre el aparato cardio-vascular, pues disminuye la frecuencia cardíaca, y la presión arterial y diferencial; así como el trabajo y rendimiento del corazón.

La mejoría obtenida en la sintomatología cardíaca persiste, muchas veces, aun cuando el sujeto vuelva posteriormente al régimen habitual. — *B. Moia.*

INYECCIONES INTRAVENOSAS DE SOLUCIONES HIPERTONICAS DE CLORURO DE SODIO EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS CONDICIONES DE HIPOTENSION ARTERIAL. (Intravenous injections of hypertonic sodium chloride solution in the treatment of some conditions of low blood-pressure). J. B. WALKER. British J. of Surg. 1936.

El autor cree que el estado de shock que se observa en la anestesia espinal es semejante al shock traumático experimental de los animales, y que en aquella condición existe pasaje del plasma a los espacios intersticiales. En este período de shock, las drogas vasoconstrictoras pueden ser inútiles y hasta perjudiciales por la reducción del aporte oxigenado a tejidos y órganos. Para movilizar estos fluidos de los espacios intersticiales, el autor propone el uso de soluciones hiper-

tónicas (40 c. c. de la solución al 30 %) endovenosas. En los casos estudiados la presión arterial subió rápidamente, mejorando de inmediato el estado circulatorio. Conseguido el reajuste de los fluidos, la presión se mantiene siempre más alta que durante el período de shock. — *B. Moia.*

OBSERVACIONES CLINICAS SOBRE UN NUEVO PRODUCTO DIGITALICO Y NUEVO METODO DE VALORACION ELECTROCARDIOGRAFICO DE LA DIGITAL. (*Osservazioni cliniche su di un nuovo preparato digitalico e nuovo metodo di valutazione elettrocardiografica della digitale*), P. OCCHIONI. *Cuore Circ.*, 1936, XX, 357.

El autor estudia las modificaciones electrocardiográficas y generales producidas por un nuevo preparado digitalico italiano (Neogigal), dedicándose especialmente a las modificaciones sufridas por la duración de la onda P bajo el influjo de la droga. Concluye que la normalización de la duración de tal onda, constituye un buen testimonio para la valoración de los productos digitalicos. — *B. Moia.*

LA ESTROFANTINOTERAPIA DE LA ANGINA DE PECHO. (*Zur Strophanthinbehandlung der Angina-pectoris*), ERNST WAGENFELD. "Klin. Wschr.", 1936, 15, 1155.

El autor, discípulo de Edens, insiste nuevamente sobre los grandes beneficios que la estrofantina endovenosa presta en la angina de pecho y en el infarto de miocardio recién constituido. La experiencia de la clínica de Edens cuenta ya con 260 casos tratados, entre los cuales figuran 40 infartos recientes. La dosis de k-estrofantina a usar depende de cada caso en particular, pero generalmente la dosis habitual es de 0.3 miligr. durante 3 días, 1 día de descanso, y así sucesivamente. — *F. Battle.*