

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION

El 11 de Junio de 1935, en el Hotel Claridge, Atlantic City, celebró su 11ª sesión científica anual, bajo la presidencia del Dr. John Wyckoff, tomando en consideración los siguientes trabajos:

LA DURACION DE LA VIDA SIGUIENDO EL ATAQUE INICIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA, (The duration of Life Following the initial attack of Heart Failure), J. MURRAY STEELE, p. 1099.

El estudio se basa sobre 154 pacientes ingresados al Hospital del Rockefeller Institute for Med. Res., desde 1920 hasta 1932, y seguidos hasta su muerte o en vida hasta enero de 1935. Todos ellos habían padecido en algún momento de insuficiencia cardíaca en reposo. La cardiopatía era reumática en 66, arterioesclerótica o hipertensiva en 61, sifilítica en 9 y a etiología desconocida en 18. La duración de la vida y capacidad para el trabajo, fué mayor en el primer grupo (3.2 y 1.5 años respectivamente), que en el segundo (2.6 y 1.1 respectivamente). En ambos grupos, los pacientes con fibrilación auricular tuvieron sobrevida más larga (3.5 años) que aquéllos con ritmo sinusal (1.8 años). La diferencia en favor del primer grupo puede deberse a la menor edad de los primeros (36.7, contra 59.3), y a la mayor frecuencia en los mismos, de fibrilación auricular (3.1, contra 1.1 en el segundo grupo).

El término medio de sobrevida, después del primer ataque, en todo el grupo fué de 2.9 años. Se calcula que, del total de los sobrevivientes, muere 1/4 cada año. Del grupo original, 3/4 de pacientes sufrieron un nuevo ataque de insuficiencia cardíaca en reposo. La sobrevida de los mismos guarda también relación con los que mueren, y se calcula que aproximadamente el 1/4 muere, asimismo, cada año. La estadística sugiere que, la insuficiencia cardíaca, a menos que sea fatal, no altera en gran proporción el tiempo de vida subsiguiente.

El grupo de pacientes sobrevivientes después de dos o más ataques de insuficiencia cardíaca presenta, asimismo, especial interés, pues, tratándose de enfermos comprendidos habitualmente bajo la denominación de "cardíacos crónicos", constituyen un excelente material para la comparación de la bondad de los diversos recursos medicamentosos, modernos y antiguos propuestos para el tratamiento de los mismos.

EL SIGNIFICADO DE LOS CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN LA DIFTERIA, (The Significance of Electrocardiographic Changes in Diphtheria), E. A. BURKHARDT, C. EGGLESTON, Y L. SMITH, p. 1100

El estudio se refiere a la relación entre la iniciación de la enfermedad y la aparición de las alteraciones E. C. G. Se describen perturbaciones en la conducción y en la forma de los complejos ventriculares, discutiendo las manifestaciones clínicas y tratamiento.

(*) Resúmenes de los abstractos publicados en Am. Heart J., 1935, X, N° 8, por B. Moia.

EL ANALISIS PATOLOGICO DE LA MIOCARDITIS DIFTERICA CON ESPECIAL REFERENCIA A LOS HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS, (*The Pathological Analysis of Diphtheric Myocarditis with Special Reference to Electrocardiographic Findings*), L. SMITH, E. A. BURKHARDT Y C. EGGLESTON, p. 1100.

Se describen los hallazgos anatómopatológicos de 100 casos de difteria fatal. En muchos casos parece existir un marcado paralelismo entre la gravedad de dichas alteraciones y el grado de perturbación de la conducción E. C. G. Las alteraciones en ciertos casos a curso prolongado, sugieren que la miocarditis diftérica debe ser considerada como una causa de cardiopatía secundaria en etapas posteriores de la vida.

DISCUSIÓN DE AMBOS ARTÍCULOS, (pág. 1106): *Dr. A. M. Master*: No extraña que en muchos casos los hallazgos anatómopatológicos sean negativos, pues al lado de las alteraciones orgánicas miocárdicas, están las funcionales. En ciertos sujetos, perturbaciones de la conducción A-V, pueden aparecer cuando el corazón se acelera por el esfuerzo o inhalando nitrito de amilo, y tan pronto como cesa la causa aceleradora, el E. C. G. vuelve a la normalidad. — *Dr. C. E. de la Chapelle*: Pregunta si los casos con trombosis auricular o ventricular mostraban también cambios subyacentes en el endocardio o miocardio, y si, en los que acusaban marcada fibrosis difusa, había evidencias de actividad representando un estado curativo o todavía en actividad. — *Dr. H. Freund*: Pregunta si había alteraciones en los ganglios intracardíacos. — *Dr. W. B. Kinlaw*: Pregunta si hubo casos de bloqueo definido y curación.

Dr. E. A. Burkhardt. En los 17 casos con perturbación de la conducción, 11 fueron al bloqueo total, muriendo los 11. Algunos con bloqueo intraventricular sobrevivieron.

Dr. L. Smith: No han podido demostrar cambios en los ganglios nerviosos. Aparentemente, la lesión pertenece más al tejido contráctil que al nervioso. Las lesiones endocárdicas, a excepción de dos casos, han sido mínimas. No parece haber actividad alguna en los procesos fibrosos.

LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN LA SIFILIS CARDIOVASCULAR, (*The result in treatment in Cardio Vascular Syphilis*), P. PADGET Y J. E. MOORE, (ver N° 5, p. 407).

DISCUSIÓN: (p. 1104). *Dr. E. P. Maynard (Jr.)*, pregunta si el tiempo de observada se calcula desde que los pacientes iniciaron el tratamiento antisifilítico, o desde que adquirieron la enfermedad. *Dr. H. F. Swift*: Pregunta si había diferencias clínicas entre los síntomas y signos de los bien tratados, con respecto a los del grupo opuesto. — *Dr. J. Benjamín*: Pregunta, a qué consideran los comunicantes adecuado tratamiento y si éste se refiere al recibido durante el curso de la cardiopatía sífilítica, o tempranamente en los primeros periodos de la sífilis. — *Dr. J. E. Hirsch*: Los autores no hacen distingo entre los cardiosifilíticos compensados y los descompensados. Su experiencia es que, en los compensados el tratamiento antilúético beneficia; en cambio, en los descompensados, el mismo permanece inactivo. En-

cuentra en éstos últimos un 100 % de mortalidad pese a todas las medidas terapéuticas esgrimidas en su favor. — *Dr. R. W. Scott*: Desde hace más de 10 años ha observado que, cuando en el curso de la insuficiencia aórtica sifilítica, aparece la insuficiencia cardíaca, la evolución es la misma cualquiera que sea el tratamiento usado. — *Dr. M. A. Mortensen*: Pregunta si todos los pacientes habían recibido tratamiento anteriormente. — *Dr. P. Padget*: La duración de la vida se calculó desde el día en que aparecieron evidencias inequívocas de lesión cardiovascular, con excepción de aquellos en los cuales la afección cardiovascular se descubrió en el examen rutinario. La mayoría de los pacientes bien tratados mejoraron clínicamente y pudieron recuperar su capacidad de trabajo. Considera tratamiento adecuado frente a la cardiopatía sifilítica, por lo menos, el prolongado continuamente durante un año, a base de metales pesados y arsenicales, predominando los primeros sobre los segundos. Ningún paciente había recibido tratamiento al adquirir la enfermedad y pocos lo habían hecho antes de aparecer las manifestaciones de ataque cardiovascular. La incidencia de insuficiencia cardíaca fué igual en ambos grupos (bien y mal tratados), alcanzando término medio al 1/4 de los pacientes, pero fué mayor en aquellos que murieron en menos de un año de observación.

FENOMENOS VENOSOS PERIFERICOS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. (Peripheral Venous Phenomena in Congestive Heart Failure), W. J. KERR, p. 1100.

En la insuficiencia cardíaca derecha, existe falla tricúspidea con aumento de la presión venosa y hepatomegalia. En estas circunstancias, la pulsación yugular positiva, que sigue a la contracción ventricular, se propaga ampliamente y gracias a ciertas manipulaciones (trazados poligráficos), puede ser puesta de manifiesto en las venas de la frente, brazos, manos y piernas. Es una onda de éstasis que circula a lo largo de una vena distendida.

DISCUSIÓN, p. 1106). *Dr. J. Polevski*: En dos jóvenes con estrechez mitral compensada, y por ende sin insuficiencia tricúspidea, la existencia de la pulsación yugular le llevó al diagnóstico de persistencia del "foramen ovale", confirmado en la autopsia de uno de ellos, muerto de neumonía. — *Dr. H. E. B. Pardee*: Señala que la existencia del pulso yugular, puede ser la consecuencia de estenosis tricúspidea y en esos casos presentarse sin signos de insuficiencia cardíaca derecha. Lo conceptúa de valor, para tal diagnóstico, máxime si se asocia a la aparición de una onda auricular muy puntiaguda y de más de 2 mm. de altura. — *Doctor S. Dack*: Pregunta, si con los trazados poligráficos ha podido diferenciar la estenosis funcional tricúspidea de la orgánica. Señala que en un paciente que fué a la autopsia, donde se encontró una estenosis orgánica de dicha válvula, los trazados poligráficos no eran característicos de esta condición.

Dr. W. J. Kerr: Piensa como Master que la existencia de una anomalía como la persistencia del canal arterial es una de las condiciones que evidencian el latido yugular. Aún cuando cree que en una estenosis orgánica, por el hecho de no ser una eventualidad pasajera, como lo es, en general, la funcional, las ondas pueden ser más marcadas, no establece distingos especiales.

LA RELACION ENTRE PRESION ARTERIAL, ACTIVIDAD PERIFERICA VASOMOTORA Y TEMPERATURA AMBIENTE. (The Relation of Blood Pressure, Peripheral Vasomotor Activity, and Environmental Temperature). A. W. OUGHTERSON, p. 1100.

En sujetos observados bajo condiciones de temperatura y humedad ambientes controladas, se establecieron las relaciones entre estas cifras, y las de la presión arterial y temperatura de la piel. Se encontró que, en ciertos hipertensos, los cambios de medio ambiente podían determinar elevaciones tensionales de más de 100 mm. de Hg., acompañadas de vasoconstricción periférica.

En pacientes de edad, con sistema vascular menos elástico, los cambios no eran tan marcados. Tampoco acusaron variaciones llamativas los sujetos normales. Estas observaciones sugieren que ciertos individuos son hipersensitivos a los cambios de temperatura y humedad ambientes.

DISCUSIÓN, p. 1107). *Dr. J. P. O'Hare*: Pregunta si pudieron descartarse todos los factores emocionales. — *Dr. L. Bishop*: Pregunta si las mediciones tensionales se efectuaron con aparatos inscriptores, o con los usuales manómetros de mercurio.

Dr. A. W. Oughterson: Muchas veces los pacientes no se daban cuenta de los cambios de temperatura. Sin embargo, variaciones de algunos grados, producían ligero malestar. No puede afirmar categóricamente que los factores emotivos hayan tenido alguna parte en los cambios tensionales, aún cuando señala que éstos actúan de manera pasajera, lo que no sucedió en los casos observados. Las mediciones se hicieron con los aparatos comunes, no registradores, tomando la presión cada 15 o cada 10 minutos.

LA INFLUENCIA DEL MECANISMO REGULADOR TERMICO SOBRE LA ENFERMEDAD DE RAYNAUD, (The Influence of the Heat Regulatory Mechanism on Raynaud's Disease), H. E. PEARSE, (ver N° 5, p. 393).

DISCUSIÓN, (p. 1107). *Dr. I. S. Wright*: Señala algunos casos en los cuales, a pesar de haber sumergido la mano en agua fría, a la temperatura en que en otros enfermos despierta el espasmo, éstos no pudieron conseguirse. Sin embargo, los vasos de las extremidades de estos sujetos sufrían espasmos si se enfriaba el resto del cuerpo. — *Dr. Minowitz*: Pregunta si el autor ha observado la reacción paradójal, señalada por un médico vienés hace ya años. — *Dr. W. J. Kerr*: Señala como los espasmos pueden producirse por factores emocionales, sobre todo si los pacientes sufren de neurosis ansiosa. Cita dos observaciones típicas, una de las cuales, acusaba síntomas de tetanía. Haciendo cesar la respiración, la sintomatología se atenuó y los espasmos desaparecieron. Cree que muchos de estos ansiosos tienen hiperventilación que lleva a la alcalosis: su jugo gástrico es anaclorhídrico y la reacción de la orina es alcalina. Cree que investigando por el lado del ácido clorhídrico de la secreción gástrica se pueden obtener muchas informaciones en esta enfermedad, y que en los anaclorhídricos a los cuales se administra ácido clorhídrico se pueden determinar respuestas muy llamativas. — *Dr. A. W. Oughterson*: Pregunta si el autor ha estudiado las variaciones de la curva ponderal. En un paciente, a quien se hizo ganar alrededor de 9 kilos de peso, la

respuesta vasomotora fué muy buena. En cambio aquéllos con dietas hipocalóricas, perdiendo 6 kilos en un mes, acusaban aumentada irritabilidad, caída de las grasas sanguíneas, pudiendo observarse que las reacciones vasomotoras guardaban relación con la pérdida de peso. No puede determinar si estas manifestaciones eran pasajeras o definitivas, una vez que el sujeto se acostumbra al nuevo estado. — *Dr. G. E. Brown*: Felicita a los autores participantes en la discusión. Recuerda el concepto de Lewis, quien señala que algunos Raynaud, reaccionan a los estímulos locales a pesar de la interrupción de las vías simpáticas. Sin embargo, a otros en los que se practica la gangliectomía simpática lumbar, estas reacciones dejan de provocarse. Siguiendo a la resección de los ganglios cervicales y torácicos superiores, se puede, sin embargo, producirlas, mientras que en otro grupo quedan abolidas. Quizás la obra de White y la de Freeman haga alguna luz, pues podría ser que, a pesar de la falta de filetes simpáticos, los estímulos serían capaces de determinar la liberación de epinefrina, a la cual estos vasos simpatectomizados, pueden ser hipersensibles.

Dr. H. E. Pearse: En el asunto del frío, hay que recordar que, a veces un baño demasiado frío, por ejemplo, debajo 13° puede producir vasodilatación en vez de vasoconstricción. Sin embargo, en algunos casos, aún sin ser muy frío, puede observarse el fenómeno señalado por Wright. Ha observado la reacción paradójal sin detenerse a estudiarla. Está de acuerdo con las observaciones de Oughterson, aun cuando es difícil en estos pacientes hacerles ganar peso porque se trata habitualmente de hiperquinéticos.

OBSERVACIONES SOBRE TRAZADOS ELECTROCARDIOGRAFICOS OBTENIDOS POR EL USO DE DERIVACIONES ESOFAGICAS EN EL HOMBRE, (Observations Upon Electrocardiographic Tracings Obtained by the Use of Esophageal Leads in the Human Subject), W. H. BROWN, p. 1101.

Se describe el método y trazados obtenidos en sanos y enfermos, analizando ejemplos de extrasístoles auriculares, flutter, fibrilación, paro sinusal y bloqueo cardíaco. Se citan algunas experiencias en animales, realizadas para tratar de dilucidar algunos puntos oscuros, presentando las indicaciones para el uso de esta derivación.

DISCUSIÓN, (p. 1109). *Dr. A. M. Master*: Como la derivación esofágica ofrece, a veces, algunas dificultades para su obtención, pregunta si se han comparado los resultados obtenidos con las derivaciones precordiales, especialmente la pecho-espalda, mucho más sencilla de obtener. — *Dr. M. Sclar*: Pregunta si el contacto del electrodo, la tensión nerviosa, etc., del paciente sometido a esta prueba no pueden influir sobre algunos de los cambios observados, especialmente en los que a extrasístoles se refiere. — *Dr. S. A. Levine*: Se ha discutido si la onda de flutter nace en el vértice y se dirige hacia abajo y luego hacia arriba para finalizar en el vértice, o si comienza en la base y termina en la misma. Su opinión personal es que comienza en la mitad sobre la rama descendente de la onda de flutter, pues, a ese nivel, se vé con frecuencia una hesitación de la onda. Cree que este método esofágico, practicado simultáneamente con las deriva-

ciones standard, puede aclarar el hecho. — *Dr. A. E. Turman*: Pregunta qué dosis de quinidina se usaron.

Dr. W. H. Brown: Las ondas de las derivaciones precordiales y las esófagicas no son similares. Las de aquéllas, aunque a veces bifásicas, son de pequeña amplitud y de forma mal definida. Aun cuando la sonda es, sin duda, un cuerpo extraño, no ha observado la aparición de extrasístoles si éstos no existían ya antes de su introducción. El electrodo es pequeño, blando y no ocasiona mayores molestias. La dosis de quinidina usada en el paciente que, en mejoría, mostró ausencia ocasional de onda P, fué de 14.7 grs. en 8 días.

EL EFECTO PROTECTOR DE UNA CIRCULACION COLATERAL SOBRE LA OCLUSION CORONARIA, (The Protective Effect of a Collateral Vascular Bed Upon Coronary Occlusion), C. L. S. BECK, p. 1101.

Se reseca el epicardio y despule la capa endotelial del pericardio. El pericardio y grasa pericárdica se adhieren. Se hace una oclusión de las coronarias mayores en forma lenta y progresiva. A pesar de ocluirle al perro las tres coronarias, sobrevive, pudiendo inyectarse los capilares miocárdicos a través del lecho vascular anastomótico. Parecería que esta circulación colateral, servirá como profiláctico contra la oclusión coronaria, y su producción artificial podría evitar los efectos de una oclusión coronaria aguda.

DISCUSIÓN, (p. 1110). *Dr. H. N. Feil*: Hace referencia a los 4 primeros enfermos operados por el Dr. Beck. Se trataba de cuatro enfermos con esclerosis coronaria severa (pero sin signos de insuficiencia cardíaca), que los incapacitaba para cualquier trabajo; tres de los cuales actualmente, después de la intervención provocadora de adherencias, se sienten perfectamente bien, pudiendo realizar tareas para las cuales antes estaban definitivamente impedidos. Un enfermo se murió a los 5 días, por una trombosis aórtica, sin relación aparente con la intervención. — *Dr. E. Cowles Andrus*: Hace reflexiones sobre si se podría determinar experimentalmente las condiciones exactas necesarias para someterse a esa intervención; y sobre el tiempo que debe transcurrir para que la circulación colateral desarrollada compense, la producción de una brusca oclusión coronaria.

Hace referencia a intervenciones practicadas con Rienhoff, adhiriendo el omento a la superficie pericárdica a través del diafragma, y que parecen haber sido seguidas de éxito. — *Dr. G. Fahr*: Pregunta cuánto demora en establecerse esta circulación colateral, pues según la opinión de von Anrep, debe transcurrir por lo menos un año. — *Dr. L. Gross*: Hubiera sido interesante practicar la intervención a perros, a los cuales, previamente se hubiera hecho la oclusión lenta de las coronarias. Experiencias personales, le han demostrado que cuando se liga el seno coronario del perro se desarrolla un aumento tal de la circulación pericárdica, que todo el árbol coronario se muestra dilatado, y la ligadura brusca de la descendente anterior, o no deja huella, o produce un pequeño infarto. — *Dr. W. C. Greene*: Cree que la posterior producción de la oclusión coronaria lenta, puede favorecer el desarrollo de esta circulación colateral. En consecuencia sería interesante ver lo que sucede, haciendo las adherencias sin perturbar la circulación coronaria.

Dr. Cl. S. Beck: Cree que desde el momento que se ha producido la escara

miocárdica por infarto, el daño es irreparable, por más circulación colateral que luego llegue. En consecuencia, la operación irá, no tanto a modificar, sino a prevenir nuevos cambios en el miocardio. Las primeras evidencias de anastómosis entre el plexo vascular extracardiaco y el cardiaco aparecen a las dos o tres semanas. En los sujetos operados los beneficios ya se apreciaban a las tres o cuatro semanas, de realizada la intervención. Los experimentos del Dr. Gross son muy interesantes, pero no llega a comprender como la ligadura venosa puede llevar sangre adicional a través de arterias estenosadas. Las experiencias personales demuestran el valor que tiene la buena distribución de la sangre en el músculo cardiaco. Las experiencias de Gross parecerian determinar una mejor distribución de la sangre a varias partes del corazón, más que provocar un aumento de la circulación arterial. Hecho esto último que la formación de adherencias provoca fácilmente.

En lo que respecta a la intervención en el hombre, cree que se halla todavía en una faz experimental, y no está totalmente desprovista de peligro. Señala finalmente que, desde que se realizó la discusión, hasta la fecha, ha operado varios pacientes más, obteniendo éxitos que superan lo previsto. "Me parece ahora, que se ha abierto un nuevo campo a la cirugía".

EL DESARROLLO DE LA ESTENOSIS MITRAL EN LA GENTE JOVEN, CON UNA NOTA SOBRE LA FRECUENCIA CON QUE FRECUENTEMENTE SE INTERPRETA UN SOPLO MESODIASTOLICO EN LA REGION DE LA PUNTA DEL CORAZON, (The Development of Mitral Stenosis in Young People, With a Note on the Frequent Misinterpretation of a Middiastolic Murmur at the Cardiac Apex), E. F. BLAND, P. D. WHITE Y T. D. JONES, (ver N° 5, p. 395).

ESTUDIO DE LA EVOLUCION SEGUIDA POR 64 PACIENTES CON UN TRASTORNO DE CONDUCCION EN LA RAMA DERECHA DEL HAZ DE HIS, (Follow-up Study of Sixty-Four Patients With Right Bundle-Branch Conduction Deffect), F. C. WOOD, W. A. JEFFERS Y CH. C. WOLFERTH, (ver N° 5, p. 400).

DISCUSIÓN, (p. 1114). *Dr. A. M. Master:* Hace referencia a sujetos normales que, por el ejercicio o nitrito de amilo aceleran su corazón apareciendo trastornos de conducción pasajeros, sin mayor significación pronóstica. Recuerda asimismo que, cuando las alteraciones están, como lo relataron los Dres. Oppenheimer y Mann, en la segunda mitad del complejo ventricular (melladuras, manchas y ensanchamiento, que hacen el tipo "onda S", del bloqueo intraventricular), el pronóstico es mucho mejor que en el caso de bloqueo habitual. --- *Doctor S. L. Levine:* Cree que si bien el E. C. G. ha sido de gran ayuda para el diagnóstico no suministra datos muy seguros en cuanto a pronóstico. Así en varios anginosos observados desde muchos años, el pronóstico fué mejor en los que tenían anomalías E. C. G. En 100 anginosos más recientes, con complejos Q. R. S. anchos, o bloqueo de rama, el pronóstico fué, asimismo, mejor que en los que tenían E. C. G. normal. Llega a la conclusión de que, en lo que respecta a pronóstico el E. C. G. no pisa aún sobre terreno muy firme, imponiéndose

todavía el buen sentido clínico. — *Dr. M. Sclar*: Cita un paciente que lleva su bloqueo desde 1922, y cumple sus tareas, sin mayores inconvenientes. — *Doctor W. M. Yater*: Los datos aportados estarían de acuerdo con los anatómo-patológicos. En efecto, en cortes seriados se ven a veces groseras lesiones del sistema de conducción, sin mayores alteraciones miocárdicas concomitantes. Parecería que el sistema de conducción es la primera parte del corazón que sufre los efectos de la mala circulación. — *Dr. J. H. Crawford*: Cita el caso de un estudiante atleta, con bloqueo semejante al descrito por Wood, que vive sin molestias desde hace 4 años. — *Dr. H. E. Pardee*: Cree que la diferenciación establecida por Wood, no implica siempre un distingo en el pronóstico. Hablar de pronóstico en estas lesiones es como hablar de pronóstico de la estrechez mitral, o de un soplo cardíaco determinado. El pronóstico no puede hacerse sobre un hallazgo aislado, sino sobre el cuadro completo, y el paciente es precisamente el cuadro completo. — *Dr. J. Wyckoff*: Apoya las conclusiones de los Dres. Pardee y Levine, seguidas invariablemente en su clínica.

EL EFECTO DE LOS RITMOS CARDIACOS IRREGULARES SOBRE EL VOLUMEN MINUTO SANGUINEO DEL CORAZON EN SERES HUMANOS, (*The effect of Irregular Cardiac Rythms on the Minute Volume Output of Blood from the Heart in Human Beings*), H. J. STEWART, N. F. CRANE, J. E. DIERRICH Y W. P. THOMPSON, (ver N° 5, p. 386).

DISCUSIÓN, (p. 1116). *Dr. S. S. Levine*: El hecho de que el corazón desarrolla mayor trabajo, no es una evidencia cierta de que las condiciones sean más satisfactorias. Cree que es mejor que el corazón que debe funcionar años y años, trabaje menos que más.

Dr. H. J. Stewart: El corazón efectúa una determinada cantidad de trabajo, en reposo, de acuerdo con el tamaño del mismo. Ahora, según Starr y sus colaboradores, cuando el volumen cardíaco es tan grande que el trabajo desarrollado no marcha de acuerdo con el tamaño, el sujeto o sufre de insuficiencia cardíaca, o está bajo la amenaza de la misma.

EL ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL EN DOSCIENTOS INDIVIDUOS CON ESPECIAL REFERENCIA A LAS DERIVACIONES TORACICAS, (*The Normal Electrocardiogram in Two Hundred Individuals, With Special Reference to the Chest Leads*), W. HALLARAN Y R. A. SHIPLEY, p. 1101.

Se realizaron E. C. G. en 100 mujeres y 100 hombres, prácticamente sanos. Además de las tres derivaciones standard se hizo sistemáticamente la apex-pierna, prestando especial atención a las melladuras de Q.R.S. y desnivel S-T. En 20 casos se estudiaron las variaciones sufridas cuando se cambia la posición del electrodo torácico, y en 40 casos se utilizó además la derivación pecho espalda. Los resultados son los siguientes: a), la magnitud de las deflecciones Q, R, S, y T, en los hombres, es mayor que en las mujeres; b), no hay diferencias significativas usando la derivación apex pierna y la apex-espalda; c), la modificación de la posición del electrodo torácico produce modificaciones del contorno de Q, R, S., pero no altera sustancialmente la onda T.

UN ESTUDIO DE 150 CASOS DE TROMBOSIS CORONARIA, TRATADOS CON DIETAS HIPOCALORICAS, (*A Study of 150 Cases of Coronary Thrombosis Treated with Low Caloric Diets*), A. M. MASTER, H. L. JAFFE Y S. DACK, p. 1102.

En 150 casos el tratamiento de la trombosis coronaria consistió en: reposo en cama, dieta de 800 calorías y morfina y codeína cuando necesarias. La disminución de los alimentos ingeridos, bajó el Metabolismo basal a —20 % y —30 %, disminuyendo asimismo el trabajo cardíaco y evitando reflejos de origen gástrico. Se atribuye la rápida desaparición del dolor y restablecimiento, a esta dieta pobre en calorías. La mortalidad en la serie total era de 13 %, mientras que en el caso del primer ataque llegó sólo al 5.5 %. El 67.5 % de los pacientes quedó apto para volver a sus ocupaciones.

DISCUSIÓN, (p. 1118). *Dr. J. Polevski*: Recuerda que hace un año, comunicó a la American Therapeutic Soc., los resultados obtenidos con una dieta pobre; durante 5 días fruta y vegetalés, con exclusión de otros alimentos líquidos; agregando después de este período, éstos en forma progresiva, pero sin sobrepasar nunca la cantidad de 2 a 4 vasos por día. La rebaja de peso que, en los 5 primeros días llega a 2.5 y aún 4.5 kgs., alcanza a las dos o tres semanas, comúnmente, a 8 ó 9 kgs. Con ello raramente debió acudir a los diuréticos mercuriales, acusando asimismo marcado descenso de ambas presiones, sistólica y diastólica, y notable mejoría del estado clínico. Cada semana se les aconseja hacer uno o dos días de dieta como en los 5 primeros días. — *Dr. L. A. Kapp*: Pregunta si hubo variaciones en el nivel de la glucemia, y porque se estableció una dieta standard de 800 calorías que, para unos puede resultar excesivamente pobre, mientras que para otros puede resultar rica. Lo lógico sería tener en cuenta, el peso, edad, y niveles de M. B. y glucemia, para determinar las calorías necesarias a cada uno. Pregunta además qué variaciones ha acusado la evolución E. C. G. de estos enfermos, recordando sus estudios sobre el comportamiento del E. C. G. frente a las variaciones de la glucemia. — *Dr. M. Sclar*: Pregunta cuanto tiempo usa esta dieta, y además si proscribire la digital en la insuficiencia cardíaca congestiva de estos enfermos, así como la adrenalina, cuando la presión arterial máxima cae por debajo de 80 mm. Pregunta además, en cuántos casos vió aparecer la fibrilación auricular, después del infarto y si usó quinidina. — *Dr. S. Frucht*: Pregunta cuantos pacientes eran diabéticos.

Dr. A. M. Master: No hubo variaciones en la glicemia. La cifra inicial de 800 calorías se modifica luego o no, de acuerdo con las necesidades del paciente (hambre, descenso de peso, etc.). Aun cuando se tomaron muchos E. C. G., no se hizo un estudio especial. No usa la digital porque cree que aun cuando haya insuficiencia cardíaca la droga es innecesaria, y esta generalmente contraindicada, sacando mejor provecho de diuréticos como la mercupurina y el amonio. Tiene temor, especialmente muy poco después del ataque, en usar la digital. Hubo 5 enfermos con fibrilación auricular transitoria que espontáneamente volvieron al ritmo sinusal. En ninguno usó quinidina, porque la considera peligrosa en estas circunstancias. Cree que con su dieta los resultados no son similares a los que se obtiene con la tiroidectomía, porque si bien es cierto que el M. B. baja a cifras

semejantes, no se observa el mixedema, no hay hipercolesterinemia, ni aumento de la velocidad sanguínea.

EL VALOR CLINICO DE LA CUARTA DERIVACION OBSERVADO EN 3.000 PACIENTES AMBULATORIOS, (The Clinical Value of the Fourth Lead as Observed in 3.000 Ambulatory Patients), Cl. J. LUNDY, L. LAWRENCE, MC. LELLAN, CH. BACON Y R. MERCHANT, p. 1102.

De este estudio, se deduce que la derivación IV suministra datos de valor, ya sea como evidencia confirmatoria de lo observado en las otras derivaciones o como hallazgo adicional, en todas las formas de cardiopatía. Añade una prueba tangible y precoz de carditis reumática. En el 20 % de los casos de cardiopatía arterioesclerosa, contribuye al diagnóstico en forma independiente y en el 40 % como elemento de confirmación.

DISCUSIÓN, (p. 1116). *Dr. A. M. Master:* Se refiere a sus trabajos sobre identificación de las características de la IV derivación de los sujetos normales, pensando que se ha hecho más mal que bien, pues muchos autores atribuyen excesiva importancia a un dato aislado, sin recordar el cuadro clínico completo. Así, como él sostuvo que la onda Q mide, por lo menos, 2 mm., se piensa en anormalidad cuando mide 1 mm. En los niños la onda T es positiva en el 60 % de los casos, y, sin embargo, por ignorar este dato en muchos niños se ha considerado que la positividad de T, siempre negativa en el adulto normal, era una evidencia de anormalidad o carditis reumática. Compara el valor de la derivación IV, con lo que sucede con un individuo portador de corazón en gota. Este tiene: preponderancia ventricular derecha; a menudo gran onda auricular, y un soplo apexiano, y, sin embargo, su corazón no está enfermo, pues estos fenómenos se asocian a su corazón en gota. De la misma manera hay que usar el juicio clínico cuando se quieren sacar conclusiones del E. C. G. — *Dr. S. Frucht:* Encuentra Q. IV profunda en casi todos los casos de estrechez mitral, y ausencia de la misma en los hipertensos. La forma de Q. R. S. IV, varía, según la dirección del corazón y el estado del miocardio. Cuando el eje rota a la derecha la onda Q se hace profunda y cuando lo hace a la izquierda la onda Q desaparece. — *Dr. Ch. C. Wolfert:* Cree que es necesario prestar atención al lugar donde se coloca el electrodo precordial, precisando bien la situación de la punta, lo que habitualmente se consigue gracias a la palpación. En el diagnóstico de infarto de miocardio reciente o viejo, la D. IV puede dar datos precisos para asociar a los de las derivaciones standards. Así, una onda T positiva, tiene en estos casos un significado comparable al de una inversión de la misma onda en D I o D. II. Finalmente, siempre que el electrodo este bien adherido a la pared torácica, la falta de desviación inicial negativa, tiene considerable significación.

Desde luego que ninguna de estas alteraciones aisladamente considerada garante el diagnóstico de infarto de miocardio, pero su asociación, suministra ciertas indicaciones en el sentido de un infarto anterior.

Dr. Cl. J. Lundy: Lo estudiado se refiere a los hallazgos E. C. G. de los casos clínicos. Nunca se hizo el diagnóstico por los datos E. C. G.

OBSERVACIONES SOBRE SIFILIS CARDIOVASCULAR, (Observations upon Cardiovascular Syphilis), L. A. KAPP, p. 1102.

Se discute en una serie de casos de sífilis cardiovascular, la influencia de diversos factores: 1) antecedentes personales (edad, raza, ocupación, hábitos, etc.); 2) infección luética (tiempo de infección, Wassermann y Kahn, otras manifestaciones luéticas, tratamiento específico); 3) otras enfermedades o infecciones (hipertensión, arterioesclerosis, infecciones focales, fiebre reumática, tuberculosis pulmonar, etc.). Se refiere la frecuencia, intensidad y aparición de los síntomas y signos aparentes de la enfermedad. Se establecen subdivisiones entre: a) aortitis simple, con o sin dilatación aórtica; b) aortitis con insuficiencia, arterioesclerosis, hipertensión, etc.; c) aneurisma aórtico. Se relatan varios casos poco usuales de aneurisma aórtico, especialmente dos con muerte rápida por ruptura aórtica. Se discute finalmente el efecto del tratamiento con especial referencia a la insuficiencia cardíaca.

OCCLUSION ARTERIAL AGUDA: RESTABLECIMIENTO DE UNA CIRCULACION ADECUADA A TRAVES DE VIAS ARTERIALES COLATERALES POR EJERCICIOS VASCULARES PASIVOS, (Acute Arterial Occlusion: Reestablishment of Adequate Circulation Through Collateral Arterial Pathways by Passive Vascular Exercises), L. G. HERWAN, p. 1103.

Se utiliza el principio del aumento de la circulación arterial en una extremidad por cambios rítmicos de la presión externa. Diez y ocho pacientes con embolias o trombosis periféricas, complicando serias afecciones cardiovasculares, se han tratado con éxito por medio de estos ejercicios pasivos. Se discute la fisiopatología de la oclusión arterial para demostrar que este método ofrece la mayor eficacia, sin fatiga o shock al ya severamente afectado corazón.

LA RELACION DEL BLOQUEO CARDIACO AURICULOVENTRICULAR E INTRAVENTRICULAR, CON LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DE CORONARIOPATIA, ANGINA DE PECHO, Y TROMBOSIS CORONARIA, (The Relationship of Heart Block, Auriculoventricular and Intraventricular, to Clinical Manifestations of Coronary Disease Angina Pectoris, and Coronary Thrombosis), J. SALCEDO SALGAR Y P. D. WHITE, (ver N° 5, p. 399).

LA ETIOLOGIA Y PATOGENESIS DEL BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR RELATO DE CASOS REPRESENTATIVOS CON ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DETALLADO, (The Etiology and Pathogenesis of Auriculo Ventricular Heart-Block: Report of Representative Cases With Detailed Histopathological Studies), W. M. YATER, p. 1103.

Los tres factores principales de esta condición parecen ser: calcificación del haz A-V, amplio goma en el tabique, incluyendo el haz; e interrupciones fibrosas del haz o sus ramas.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

El primero es el resultado de elongaciones en la unión de la membranosa del septum con la muscular, o de calcificación de vegetaciones de endocarditis subaguda. La tercera es la consecuencia de las perturbaciones circulatorias del sistema de conducción, discutiéndose la irrigación de dicho sistema.

TAQUICARDIA PAROXISTICA, (Paroxysmal Tachycardia), J. P. ANDERSON, p. 1103.

El estudio de 100 pacientes, efectuado durante un período de doce años, lleva a la conclusión de que esta condición, debe ser considerada como una afección funcional, que determina poco o ningún peligro para la vida del paciente, pero causando muchas molestias a los que la padecen. Se discute el efecto de los variados métodos de estimulación vagal, así como los de la absorción desde diversos focos sépticos, haciendo una reseña sobre la terapia por digital, quinidina, sedantes, estimulantes, extractos glandulares, ergotamina, y mecolina.

FACTORES INFLUENCIANDO LA INTENSIDAD DEL PRIMER TONO, (Factors Influencing the Intensity of the First Heart Sound), A. MARGOLIES Y CH. C. WOLPERTH, p. 1103.

El estudio se emprendió para tratar de determinar los variados factores que pueden influir sobre el primer ruido cardíaco, especialmente: edad, sexo, espesor de la pared torácica, presión sanguínea, frecuencia cardíaca, tamaño cardíaco, existencia de cardiopatía, y ciertas otras enfermedades, tiempo de conducción (P-R), y evidencia E. C. G. de alteración miocárdica e infarto de miocardio. El material estaba constituido por 500 sujetos, con ritmo sinusal regular, tiempo de conducción normal y primer tono único. El sexo no influye mayormente. Hipertensión, tirotoxicosis, taquicardia y corazones pequeños, tienden a aumentar la intensidad. Aumento de la edad, bradicardia, soplos sistólicos cardíacos, aumento del área cardíaca, y miocardiopatías tienden a disminuirlas. El factor aislado, de mayor influencia, es el tiempo de conducción A-V (P-R). Cuando éste es corto (0.12-0.14), el ruido tiende a ser fuerte; cuando se alarga (0.18-0.21), tiende a ser débil; con tiempos intermedios (0.15-0.17), adquiere mediana intensidad. Se sugiere que muchos de los otros factores actúan a través de las variaciones del tiempo de conducción que determinan. Las tres excepciones eran infarto de miocardio, y aumento de espesor de la pared torácica que lo disminuyen y la estrechez mitral que lo refuerza.

EL ORTODIAGRAMA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CARDIOPATIAS. (The Orthodiagram in the Diagnosis and Treatment of Heart Disease), C. M. KURTZ, p. 1104.

Por el método de Eyster y Hodges se tomaron 2,000 ortodiagramas a 1,350 enfermos. Se citan algunas formas características de la sombra cardíaca en relación con determinadas afecciones valvulares, señalando de paso, que las fórmulas de los citados autores, son tan próximas a la realidad, que permiten diagnosticar fácilmente el corazón sano del enfermo aún en sus primeros estadios. Se demuestra

la importancia de ciertos signos físicos para determinar el aumento de volumen cardíaco.

EL EFECTO DE LA OUABAINA SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA DE LAS LESIONES MUSCULARES ESPECÍFICAS, (The Effect of Ouabain Upon the Electrocardiogram of Specific Muscle Lesions), J. S. ROBB, M. S. DOOLEY, J. G. F. HISS Y R. C. ROBB. (ver N° 5, p. 397).

AURICULA IZQUIERDA MASIVA, (Massive Left Auricle), L. FAUGARES BISHOP, p. 1104.

Se relata la sintomatología clínica de dos casos, discutiendo el diagnóstico diferencial con derrames y tumores del tórax y esófago.