

ANÁLISIS DE REVISTAS

FISIOLOGÍA NORMAL Y PATOLÓGICA

LA SOBREVIDA DEL CORAZON EN EL HOMBRE. (La survie du coeur chez l'homme). E. SAMBUC. "Presse Méd.", 1935, T. I, 647.

El autor ha observado las contracciones cardiacas *post-mortem* en autopsias que realiza desde fines de 1932; de 119 casos ha visto producirse el fenómeno en 12, pero como las observaciones efectuados después de 7 horas de sobrevenida la muerte no són utilizables, la frecuencia debe referirse a los 75 casos comprendidos dentro de ese plazo, lo que hace una proporción del 16 por ciento.

Las contracciones se producen casi siempre a nivel de la aurícula derecha; algunas veces se limitan a la orejuela y excepcionalmente se propagan a la aurícula izquierda. Son provocadas mediante la acción directa de ligeros choques, de preferencia en la base de la aurícula, indirectamente por compresión de la vena cava inferior o tracciones del intestino y también en el corazón extraído del tórax, pero lleno de sangre.

Se trata de contracciones rítmicas, de forma y duración variable; generalmente, una excitación produce una serie breve de latidos, seguida de una detención; después de un período de reposo, que a veces debe durar varios minutos, se produce una nueva serie de contracciones si se repite la excitación. En un caso, la aurícula latió durante sesenta y cinco minutos sin interrupción, lo que hizo un total de 660 contracciones.

En la producción del fenómeno no parecen influir la edad del sujeto ni la causa de la muerte, siendo en cambio circunstancias desfavorables la degeneración miocárdica avanzada, la compresión del corazón, el aplanamiento de la aurícula y la presencia de coágulos en el corazón derecho. Para aumentar el número de casos positivos sería necesario efectuar las observaciones muy tempranamente; después de 3 horas de producido el fallecimiento no se puede pretender buenos resultados. — *M. Joselevich.*

ALGUNOS PROBLEMAS CIRCULATORIOS EN EL TRABAJO CORPORAL (Einige Probleme des Kreislaufs bei körperlicher Arbeit). ERNST SIMONSON. "Klin. Woch.", 1935, 8, 267.

El mecanismo más importante de adaptación al esfuerzo corporal es el aumento del volumen-minuto. Para esto es necesario el aumento de la sangre de retorno, lo que se consigue principalmente por el vaciamiento de los depósitos sanguíneos (bazo, hígado, territorio esplácnico, red subpapilar de la piel, pulmón) y por las contracciones de los músculos esqueléticos. El aumento del V. M. se ha avaluado en los grandes esfuerzos corporales hasta en 10 veces su valor basal. Estos datos son puestos hoy en duda, ya que la quimografía no revela en estos casos agrandamiento cardíaco ni tampoco las teleradiografías. Para explicar esta contradicción Herxheimer acepta que parte del O₂ consumido sea utilizado por el pulmón, interviniendo sobre todo en la resíntesis del ácido láctico. S. en perros, a los cuales hacía efectuar un ejercicio moderado comprobó en

18 de 24 experiencias que el ácido láctico contenido por la sangre de la arteria femoral alcanzaba cifras más bajas que en el corazón derecho. Por consiguiente, no es posible medir en estos casos el V. M. por métodos basados en el principio de Fick. Además se ha aceptado que los V. M. de ambos ventrículos son siempre iguales; Hochrein y Meller y Sjöstrand han comprobado que pueden ser distintos, lo cual ocurriría principalmente en el esfuerzo. Se desprende de todo esto que es necesaria una amplia revisión del funcionamiento circulatorio en los esfuerzos corporales. — *F. Battle.*

EL VOLUMEN MINUTO Y FUNCIONES RELACIONADAS BAJO CONDICIONES BASALES Y POST-PRANDIALES. (Cardiac output and functions under basal and post-prandial conditions). S. A. GLADSTONE. "Arch. Int. Med.", 1935, LV, 533.

El volumen minuto fué establecido en 12 personas (5 normales y 7 cardíacos), efectuándose en total 44 determinaciones (primero en condiciones basales y después en el intervalo comprendido entre las 3 horas siguientes a la ingestión de una comida "standard").

En los sujetos normales, se obtuvo un aumento del volumen minuto que osciló entre 11 y 47 por ciento (25 por ciento término medio) y en los cardíacos un aumento del 2 al 47 por ciento (17 por ciento como promedio).

La ingestión alimenticia provocó además un aumento ligero de la frecuencia del pulso y modificaciones de la presión arterial consistentes en un pequeño aumento de la máxima coincidiendo algunas veces con una menor disminución de la mínima.

Las modificaciones apuntadas explican el hecho comprobado repetidamente en clínica de la exacerbación de las molestias en los cardíacos después de comidas copiosas, pudiendo llegarse hasta la muerte, erróneamente atribuída a una "indigestión aguda". — *M. Joselevich.*

UTILIZACION DEL OXIGENO Y PRODUCCION DE ACIDO LACTICO EN LAS EXTREMIDADES DURANTE EL REPOSO Y EL EJERCICIO EN SUJETOS CON SISTEMA CARDIOVASCULAR NORMAL Y ENFERMO. (Oxygen utilization and lactic acid production in the extremities during rest and exercise in subjects with normal and in those with diseased cardio-vascular systems). S. WEISS y L. B. ELLIS. "Arch. Int. Med.", 1935, LV, 665.

Los autores efectuaron sus determinaciones en 17 personas normales como testigos, 17 cardíacos compensados, 16 con insuficiencia cardíaca sin signos de estancamiento circulatorio y 17 con "insuficiencia cardíaca congestiva".

En el reposo, el consumo de oxígeno era prácticamente igual en brazo y pierna en los sujetos normales y en los insuficientes sin estancamiento circulatorio; en los con "insuficiencia cardíaca congestiva" existía una tendencia al aumento de la utilización periférica, lo que demuestra que en ellos está con frecuencia reducido el aflujo sanguíneo a través de las extremidades.

Al ponerse de pie se producía un aumento de la utilización del oxígeno en

las extremidades en los sanos y enfermos, debido en parte por lo menos, a la disminución del aflujo sanguíneo. Inmediatamente después del ejercicio se producía un marcado aumento de la utilización, que en pocos minutos volvía al nivel anterior con el reposo.

El ácido láctico de la femoral aparecía aumentado al doble enseguida del ejercicio efectuado por las extremidades inferiores y descendía rápidamente en los 10 minutos siguientes para alcanzar el nivel inicial sólo al cabo de 20 minutos. El de las venas de los brazos aumentaba también ligeramente después del ejercicio de los miembros inferiores, pero enseguida se equilibraban los valores debido al efecto de la circulación. El ácido láctico de la femoral tendía a aumentar más y a descender más lentamente en las insuficiencias circulatorias. — *M. Joselevich.*

OBSERVACIONES SOBRE LOS EXTRACTOS DEPRESORES DE LA SANGRE HUMANA Y SOBRE LA ACCION VASCULAR DE LOS EXTRACTOS DE SANGRE DE CONEJO Y PERRO. (Observations on the Depressor Extracts of Human Blood and on the Vascular action of Extracts of Rabbit and Dog Blood). I. H. PAGE. "J. Exp. Med." 1935, LXI, 97.

Los extractos alcohólicos del plasma del conejo, difieren de los del hombre porque producen marcada acción depresora sobre la presión arterial de los gatos anestesiados. Esta acción no se altera por la atropinización previa del animal. En cambio los extractos de plasma del perro son generalmente inactivos. Los ultrafiltrados de plasma de conejo son marcadamente depresores, mientras que los del hombre y perro permanecen sin acción. Los extractos de plasma de conejo reducen grandemente el volumen renal y tienen una acción dilatadora relativamente débil sobre las arterias de la periferia, asemejándose sus efectos más a los del ácido adenílico que a los de la histamina.

Es posible que estas sustancias presoras depresoras de la sangre sean especies específicas.

Si los fluidos humanos se abandonan a la temperatura ambiente por 1 ó 2 horas, o se hemolizan, entonces los extractos son depresores, y se parecen mucho por su acción farmacológica a los extractos de eritrocitos y a los obtenidos por la acción del ácido acético sobre los tejidos. Su efecto constrictor sobre los riñones es marcado.

La histamina, colina y adenosina deprimen más eficazmente el nivel de la presión que lo que contraen el volumen del riñón, mientras que con el ácido adenílico sucede lo inverso. — *B. Moia.*

SUSTANCIAS PRESORAS DE LOS FLUIDOS DEL CUERPO HUMANO EN SANOS Y ENFERMOS. (Pressor substances from the Body Fluids of Man in Health and Disease). I. H. PARE. "J. Exp. Med." 1935, LXI, 67.

Del plasma sanguíneo, ascitis y líquido cefalorraquídeo se extraen sustancias, que inyectadas a los animales de experimentación, poseen prolongada y poderosa acción presora. Semejantes por sus propiedades químicas a una base or-

gánica, se extraen por el alcohol, y disuelven en agua y acetona, extrayéndose del agua por el cloroformo. Ella no aparece en los ultrafiltrados, pero es liberada cuando los coloides plasmáticos se coagulan por el alcohol. Su acción presora parece ejercerse a través del sistema nervioso central, desde que el animal no anestesiado exhibe respuestas vasculares mucho mayores que el anestesiado; la extirpación medular completa, abole la respuesta; la ablación progresiva del cerebro a nivel del cerebro posterior, no altera la respuesta, pero por debajo de este nivel ella queda abolida. Alguna sustancia del extracto sensibiliza el mecanismo responsable del reflejo sinocarotídeo. No existe paralelismo entre las drogas que actúan sobre la periferia y los extractos presores. La extirpación de las glándulas adrenales no afecta su carácter.

La hipertensión parece deberse especialmente a la vasoconstrucción en el territorio esplacnico.

Las experiencias con estos extractos se dificultan por la dependencia de la respuesta vascular, del estado funcional del sistema nervioso central. El reflejo sinocarotídeo y la estimulación con mezclas de aire y CO², se han manifestado como los medios más útiles de estimación de tal estado.

Los métodos empleados no demuestran que esta sustancia presora se encuentre aumentada en los casos de hipertensión esencial o de enfermedades que se acompañen de este síntoma. — *B. Moia.*

CAMBIOS EN LA PRESION ARTERIAL EN LOS SUJETOS NORMALES Y EN LOS HIPERTENSOS DESPUES DE LA INYECCION ENDOVENOSA DE EPINEFRINA E HISTAMINA, (Blood Pressure Changes in Normals and in Hypertensives after Intravenous Epinephrine and Histamine), W. GORDON y G. LEVITT. "J. Clin. Investig.", 1935, XIV, 367.

Los autores inyectan dosis de epinefrina variando de 0.0010, 0.0015, 0.0025, 0.0040, 0.0060, 0.0100 y 0.0150 mgm., en soluciones de 1:10.000 a 1:1.000.000. La histamina se usó asimismo en diluciones semejantes. Los resultados fueron que los sujetos hipertensos reaccionaron a estas inyecciones como los sujetos normales, necesitando para obtener los mismos efectos dosis semejantes para cada caso. Los cambios de la presión sanguínea después de la inyección de epinefrina eran aproximadamente iguales si se los expresa como un porcentaje de la presión sistólica. Con respecto a la histamina puede decirse que reaccionaron en general a dosis ligeramente más pequeñas que en los normales. — *B. Moia.*

PATOLOGÍA

HIPERTROFIA CARDIACA CONGENITA (Hypertrophie cardiaque congénitale), R. DEBRÉ, J. MARIE y J. BERNARD. "Bull. e Mem. Soc. Med. Hop. de Paris", 1935, N° 20, 995.

Los autores presentan la tercera observación de hipertrofia cardíaca esencial del lactante. Se trata de un niño que a la edad de 15 días presenta convulsiones que se repiten durante algunos días y en los intervalos, por momentos, dificultad moderada de la respiración y tiraje. Se comprueba un soplo sistólico

intenso en toda la región precordial y radiográficamente un corazón muy aumentado de tamaño y globuloso. "corazón en bola". Un mes después presenta un cuadro agudo caracterizado por disnea muy intensa y estados sincopales: al día siguiente la disnea se acentúa, presentando por momentos exacerbaciones paroxísticas muy alarmantes. Fiebre 40°5. Fallece 2 días después. La necropsia pone de manifiesto una gran hepatización pulmonar, gran hipertrofia del timo, corazón enormemente agrandado con gran hipertrofia de la pared del ventrículo izquierdo y tabique interventricular. Ausencia de lesiones valvulares. Histológicamente se comprueba gran aumento de fibras musculares en la pared del ventrículo izquierdo. Raras vacuolas debido al principio de lisis. Ningún proceso inflamatorio. La investigación de glucógeno y grasa en la fibra miocárdica resultó prácticamente negativa. — *I. Berconsky*.

SOBRE LA HIPERTROFIA CONCENTRICA DEL CORAZON Y LA HIPERTONIA TOXOGENA (Ueber die konzentrische Hypertrophie des Herzens und die toxogene Hypertonie). PAL J. "Klin. Woch.", 1935, 4, 116.

Denomínase hipertonia toxógena una forma especial de hipertonia que conduce a un estrechamiento de la luz de todo el aparato circulatorio. Se caracteriza por la hipertrofia concéntrica del corazón, vasos estrechados e hipertónicos y elevada presión arterial. La hipertrofia cardíaca es primitiva y producida por alteraciones que las toxinas engendran en el sarcoplasma de la fibra miocárdica, como también en el plasma de las células contráctiles del resto del aparato circulatorio. Cuando se complica con nefritis, ésta no es la causa de la "enfermedad del tono", pero la influencia desfavorablemente. — *F. Battle*.

ESTUDIO PATOGENICO DEL "CORAZON DE ENFISEMA". J. MONTES PAREJA. "Arch. Card. y Hemat.", 1935, XVI, 113.

En este estudio el autor cree que al lado de las formas de insuficiencia cardíaca puramente mecánica, deben colocarse otros casos, en los cuales la sintomatología (cianosis, disnea, hipertensión venosa, etc.) parece hallarse directamente vinculada a la insuficiente oxigenación arterial que la hipoventilación del pulmón, crónicamente enfermo, origina. La propia dilatación del corazón se ofrece lógicamente como la expresión final de los progresos alarmantes de la insaturación oxigenada de la sangre de los capilares coronarios. — *B. Moia*.

ENFERMEDADES DEL CORAZON EN PACIENTES CON MIOMA UTERINO. (Heart disease in patients with uterine myoma). E. LITZER y I. G. SCHINABEL. "Arch. Int. Med.", 1935, LV, 609.

Cincuenta enfermas con fibroma del utero fueron estudiadas desde el punto de vista de su aparato cardiovascular: la mitad de ellas (25) presentaron signos de que dicho aparato no estaba en condiciones normales.

De esas 25 enfermas hay 5 que no pueden considerarse como cardíacas in-

dudables, porque la única anormalidad que presentaron consistió en modificaciones de la onda T en las derivaciones I y II del electrocardiograma, lo cual podría deberse simplemente a las variaciones establecidas en el eje eléctrico por el levantamiento del corazón provocado por la tumoración abdominal.

En las restantes, puede descartarse la influencia de la anemia (1 solo caso la tenía); en 5 de las 20 enfermas existían otros factores etiológicos independientes del mioma (2 reumáticas, 2 sifilíticas y 1 glomérulonefritis).

Quedan por considerar las 15 enfermas restantes; todas ellas eran hipertensas, pero, la proporción de la hipertensión en las que tenían menos de 40 años era semejante a la que se observa en las demás mujeres de la misma edad; en cambio era mayor la proporción de las hipertensas comprendidas entre los 40 y 60 años.

El número de enfermas de esa edad fué muy escaso como para formular conclusiones definitivas a ese respecto, por lo que, a pesar de que las cardiopatías por hipertensión arterial podrían ser las únicas discutibles como dependiendo del factor *fibroma uterino*, los autores concluyen en que "con su estudio no han hallado ninguna indicación en favor de la existencia de la entidad *myoma heart* en el sentido de un tipo de enfermedad cardíaca provocada exclusivamente por el fibroma del útero". — *M. Joselevich*.

A PROPOSITO DE ALGUNOS SOPLOS CARDIOVASCULARES EN DOS SUJETOS CON LESIONES MEDIASTINICAS, (A proposito di alcuni rumori cardiovascolari di soffio in due soggetti con lesioni mediastiniche). L. COTTI. "Cuore Circ.". 1935. XIX. 129.

Se describe las historias de dos sujetos con los signos clínico - radiológicos de una pleuromediastinitis adhesiva, neumotorizados, con presión venosa aumentada, en un caso en ambos brazos, y en el otro exclusivamente en el derecho. Ambos presentaban soplos en la región de la base, hacia el foco de auscultación de la pulmonar. Estos son interpretados, como la consecuencia de deformaciones mediastinales cardiovasculares determinadas por tal mediastinitis fibroadhesiva, que originaría compresiones de los vasos. — *B. Moia*.

ELECTROCARDIOGRAFÍA

ASINCRONISMO EN LA CONTRACCION DE LOS VENTRICULOS EN EL LLAMADO TIPO COMUN DE BLOQUEO DE RAMA: SU IMPORTANCIA PARA DETERMINAR CUAL ES LA RAMA LESIONADA Y SOBRE EL MECANISMO DEL DESDOBLAMIENTO DEL PRIMERO Y DEL SEGUNDO TONO. (Asynchronism in contraction of the ventricles in the so called common type of bundle branch block: its bearing on the determination of the side of the significant lesion and on the mechanism of split first and second heart sounds) por C. C. WOLFFERTH y ALEXANDER MARGOLIES. "Amer. Heart Journ." 1935. X. 425.

Los autores realizan estudios gráficos comparativos en casos de bloqueo de rama del tipo común (bloqueo completo de rama derecha de la antigua nomenclatura) y en varios casos normales.

Encontraron que puede registrarse un doble impulso sistólico de la pulsación cardíaca externa en algunos casos de bloqueo de rama; pero no se encuentra este signo en todos los casos con esa afección y además es posible hallarlo en casos sin bloqueo de rama.

Comparan el intervalo entre el comienzo del complejo Q R S y el comienzo de la onda del pulso carotídeo en casos con bloqueo de rama, en testigos normales y en casos con descompensación cardíaca y llegan a la conclusión de que la expulsión de sangre del ventrículo izquierdo se inicia con evidente retardo en el tipo común de bloqueo de rama.

La comparación de los intervalos entre el bloqueo del complejo Q R S y el comienzo de la onda C del flebograma registrado en casos de bloqueo de rama de tipo común y en testigos normales no demuestra que exista un retardo en casos de bloqueo de rama, lo cual sugiere que la contracción del ventrículo derecho no se retarda en casos de bloqueo de rama.

En roentgenquimogramas de la aorta y de la arteria pulmonar obtenidos en 6 casos de bloqueo de rama del tipo común, el intervalo entre el comienzo del complejo Q R S y el comienzo del pulso aórtico estaba prolongado en todos los casos. En los testigos normales con primer tono no desdoblado las diferencias de tiempo entre el comienzo del pulso de la aorta y el de la arteria pulmonar no fueron mayores que las aceptables como error del método. En casos en primer tono desdoblado con o sin trastornos de conducción intraventricular, las diferencias de tiempo entre el comienzo del pulso aórtico y el de la arteria pulmonar tendió a ser mayor que en los casos de testigos normales con primer tono no desdoblado.

Las observaciones realizadas están en favor de la hipótesis de que en el tipo común de bloqueo de rama existe asincronismo en el comienzo de la expulsión de sangre desde los dos ventrículos por retardo del izquierdo. También en algunos casos con desdoblamiento del primer tono sin trastornos de conducción intraventricular existiría asincronismo en el comienzo de la expulsión de los dos ventrículos.

En la mayor parte de los casos de bloqueo de rama se ausculta y se puede registrar un desdoblamiento del segundo tono. Este es debido al asincronismo en el cierre de las dos válvulas semilunares. En el bloqueo de rama de tipo común el cierre de las sigmoideas pulmonares precede al de las aórticas.

Los datos obtenidos están de acuerdo con la hipótesis de que en el tipo común de bloqueo de rama existe un retardo en la propagación del estímulo al lado izquierdo. — *E. Braun Menéndez.*

ALETEO AURICULAR EN DERIVACION DORSOVENTRAL. (Vorhofflattern in dorsoventraler Ableitung). MARKOVITZ E., "Zeit. f. Kreislauforsch." 1935, XXVII, 193.

El autor preconiza el empleo de la derivación IV precordial en los casos en que, mediante las derivaciones usuales, no se pueda obtener una imagen clara de aleteo auricular y en todos los otros casos en que no aparezca con nitidez la onda auricular. P. — *E. Braun Menéndez.*

EFEECTO DE LA DIGITAL SOBRE LA CONFIGURACION DE LA DERIVACION IV (Effect of digitalis on the appearance of lead IV). STRAUSS H. y KATZ L. N. "Amer. Heart. Journ.", 1935, X, 546.

La administración de digital en grandes dosis provoca rápidamente cambios en la D. IV. Las modificaciones se observan sobre todo en el segmento S T y onda T. En muchos casos, especialmente en individuos con alguna afección cardíaca, la D IV adquiere caracteres en un todo semejantes a los que suelen observarse en la oclusión coronaria aguda. — E. Braun Menéndez.

SOBRE TRASTORNOS DE CONDUCCION (PERIODOS DE WENCKEBACH) EN LA GRIPPE (Uber Reizleitungsstorungen (Wenckebach'sche perioden) bei der grippe). LITZNER ST. y HARTLEB O. "Zeit. f. Kreislaufforsch.", 1935, XXVIII, 373.

En la grippe además de los trastornos bien evidentes y a veces graves de la circulación periférica, pueden aparecer perturbaciones cardíacas de origen tóxico.

Los autores han observado durante una epidemia gripal, dos casos en los cuales apareció un irregularidad del pulso transitoria, debido a un trastorno funcional del haz de His por impregnación tóxica, manifestado por un bloqueo parcial con períodos de Wenckebach. — E. Braun Menéndez.

DESVIACION DEL EJE ELECTRICO HACIA LA IZQUIERDA CON Y SIN ENFERMEDADES DEL CORAZON. (Left axis deviation with and without heart disease). S. H. PROGER y W. R. MINNICH. "Am. J. of Med. Sc." CLXXXIX, 1935, 674.

La simple desviación del eje cardíaco hacia la izquierda, comprobada por los autores, en los obesos sin lesiones cardiovasculares, no establece modificaciones del aspecto y dirección de las ondas P y T. La asociación de un padecimiento miocárdico podría traducirse en esos casos por: aplanamiento de T en la I^a, acentuación franca de S en II^a e inversión de T en III^a. Para comprobar si ese hecho se produce en realidad, los autores han estudiado 136 electrocardiogramas con predominio izquierdo clasificándolos en cuatro grupos: sin modificaciones características, con modificaciones en una sola derivación, en dos y en las tres.

Del análisis cuidadoso de esos trazados y de su control con el estudio clínico y evolución de los casos correspondientes, los autores sacan en conclusión que:

1) Cuando no existe ninguna de las tres modificaciones investigadas (aplanamiento de T1, acentuación de S2 e inversión de T3) la desviación del eje eléctrico no se acompaña de enfermedades cardiovasculares.

2) Cuando existe sólo una de dichas modificaciones, la frecuencia de las enfermedades cardiovasculares es considerable: cuando existen dos, esa frecuencia es mayor y cuando se encuentran las tres, la superposición de una afección cardíaca es casi constante.

3) La obtención de sucesivos electrocardiogramas en las mismas personas permite observar la aparición de las modificaciones estudiadas paralelamente al desarrollo de una enfermedad cardiovascular. — *M. Joselevich.*

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS CONSECUTIVOS A LA ADMINISTRACION DE YODURO DE POTASIO EN LAS ENFERMEDADES SIFILITICAS DEL CORAZON. (*Electrocardiographic changes following the administration of potassium iodid in syphilitic heart disease*). J. M. BAMBER. "Am. J. of Med. Sc.". CLXXXIX, 1935, 681.

Un enfermo de 55 años, sin antecedentes reumáticos ni sífilíticos, afecto de una insuficiencia aórtica y con Wassermann positiva, fué tratado en forma discontinua con yoduro de potasio.

Cada vez que el medicamento era administrado, aparecían modificaciones electrocardiográficas semejantes, más o menos acentuadas, que dejaban de manifestarse cuando se suspendía ese tratamiento. Las modificaciones consistían en el aplanamiento o difasismo de la onda *T* en IIIª y en la inversión de *T*₁ y *T*₂.

Dichas modificaciones no fueron comprobadas por los autores en otras diferentes circunstancias. Quizás el estudio ulterior del asunto provocará una modificación de las actuales ideas sobre el tratamiento de esos estados y aportará datos de interés e importancia diagnóstica. — *M. Joselevich.*

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

OBSERVACIONES SOBRE EL PRONOSTICO DE LA ANGINA DE PECHO. (*Observations on prognosis in angina pectoris*). A. M. WEDD y R. E. SMITH. "Am. J. of Med.". CLXXXIX, 1935, 690.

Los autores expresan su opinión sobre el pronóstico de la angina de pecho, basada en la observación de 166 casos del "Clifton Springs Sanitarium and Clinic".

El pronóstico de cada caso en particular es muy difícil de establecer, tanto por la clínica como por las modificaciones electrocardiográficas. Uno de los enfermos vivió 9 años a pesar de que presentaba obesidad, hipertensión, asistolia, pulso alternante y estigmas electrocardiográficos; otro, diabético, vivió 6 años durante los cuales descuidó por completo su corazón y su diabetes. Muchos enfermos no presentaban anomalías electrocardiográficas, uno de ellos 3 días y otro 5 días antes de morir.

La muerte se produjo dentro de un plazo medio de 5 años y 8 meses; en un tercio de los casos, tuvo lugar bruscamente; en la mitad, a raíz de una oclusión coronariana y en el 80 por ciento de los enfermos debido a una afección cardíaca o vascular.

A pesar de que el pronóstico es a menudo incierto si se lo considera individualmente en cada caso, no puede decirse lo mismo examinando el asunto en términos más amplios. Hay que tener en cuenta que la angina de esfuerzo se presenta generalmente cerca de los 58 años de edad en personas que además sue-

len estar afectas de padecimientos cardiovasculares más o menos serios y en las cuales no sería dado esperar una sobrevida mucho mayor aún en ausencia de la de la complicación anginosa. Así considerado, el pronóstico de la angina de pecho aparece como menos grave y no puede aceptarse como una complicación muy seria del corazón arterioescleroso con el cual se halla muy a menudo asociada. — *M. Joselevich.*

CONTRIBUCION EXPERIMENTAL AL ESTUDIO DE LA CIRCULACION CORONARIANA EN EL ANIMAL "ENTERO". (Contribution experimentale a l'etude de la circulation coronarienne chez l'animal "entier"). R. LERICHE y R. FONTAINE. "Ann. de Méd.", XXXVII, 1935, 407.

Los autores registran la presión de la carótida primitiva derecha y del cabo central de la coronaria izquierda del perro "entero" y comprueban que la excitación eléctrica del ganglio estrellado, del ansa de Vieussens y del neumogástrico provoca modificaciones tensionales exactamente superponibles, en cuanto al sentido, duración e intensidad, en las dos circulaciones, general y coronariana.

Este hecho podría explicarse en dos formas: 1) la excitación de los nervios actúa sólo sobre la circulación general, siendo entonces las modificaciones de la presión coronaria una simple consecuencia de las de la presión intra-aórtica; 2) dicha excitación provoca en las coronarias iguales modificaciones que en las demás arterias.

Cualquiera que sea la interpretación del hecho observado, las experiencias de L. y F. parecen demostrar que la acción del simpático sobre la circulación coronariana es exactamente igual a la que ejerce sobre la circulación general. Esta comprobación tiene importancia para juzgar la conveniencia de las intervenciones sobre el ganglio estrellado, puesto que se ha argüido que ellas provocan un déficit de la circulación coronariana por vasoconstricción.

La estelectomía tendría por resultado, según los autores, una vasodilatación activa, como todas las intervenciones simpáticas, y con ello favorecería la irrigación del miocardio. — *M. Joselevich.*

DOLOR CARDIACO. PRESENCIA DE FIBRAS DOLOROSAS EN EL PLEXO NERVIOSO QUE RODEA LOS VASOS CORONARIANOS. (Cardiac pain. Presence of pain fibers in the nerve plexus surrounding the coronary vessels). L. N. KATZ, W. MAYNE y W. WEINSTEIN. "Arch. Int. Med.", LV, 1935, 760.

Los trabajos realizados en los últimos tiempos parecen coincidir en los resultados obtenidos al estudiar el origen del dolor en la angina de pecho: todos ellos, salvo el de Singer, establecieron que el dolor anginoso se debe a la isquemia del miocardio. Dichos experimentos se efectuaron en perros anestesiados, comprobándose que en esas circunstancias la oclusión de los vasos coronarios y el tejido que los rodea daba lugar a una respuesta alectiva semejante al ataque anginoso.

Los autores, basándose en experiencias propias, afirman que esa respuesta

no se debe a la oclusión de las coronarias sino al estímulo ejercido sobre las fibras aferentes del plexo que rodea a dichas arterias. Después de hacer notar que no deben aplicarse rigurosamente al hombre esos resultados experimentales porque pueden existir en él otras condiciones anatómicas, los autores concluyen en que la isquemia del miocardio es a lo más uno de los muchos mecanismos que actúan sobre las terminaciones y las fibras nerviosas, pudiendo originar ataques anginosos.

Las experiencias efectuadas pueden resumirse así: 1) La oclusión de un trozo de arteria aislado del plexo nervioso no produjo respuesta, apareciendo ésta al comprimir los segmentos no disecados situados por encima y por debajo; 2) Tampoco hubo respuesta destruyendo un segmento del plexo con fenol y alcohol, apareciendo aquélla estimulando zonas situadas por encima; 3) La oclusión previa de una coronaria aislada no evitó la respuesta positiva a la compresión por encima o por debajo de ese sitio; 4) Las respuestas positivas sólo aparecieron al comprimir la región que rodea a los vasos; el resto del miocardio fué insensible a la compresión o el estímulo. — *M. Joselevich.*

EL RESTABLECIMIENTO DE LA CIRCULACION CARDIACA DURANTE LA OCLUSION CORONARIA PROGRESIVA. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN PERROS. (The reestablishment of cardiac circulation during progressive coronary occlusion. An experimental study on dogs.).
ROBERTSON H. F. "Amer. Heart Journ.", 1935. X, 533.

Antes de comenzar la ligadura de las arterias coronarias el autor liga en una a tres etapas el seno coronario y las venas principales del corazón para favorecer la dilatación de los vasos de Tebesio y los vasos coronarios en general. Luego en varias sesiones operatorias (término medio 6) liga las arterias coronarias. Por último si sobrevive el animal, separa las adherencias pericárdicas muy vascularizadas, que se han ido formando a consecuencia de las operaciones repetidas, para determinar la parte que les corresponde en la nutrición del miocardio y ver si una vez eliminados los vasos de Tebesio, única fuente probable que queda de aporte sanguíneo al miocardio, es capaz de subvenir a sus necesidades.

Las observaciones realizadas lo llevan a formular las siguientes conclusiones: La función nutritiva que los vasos llamados de Vieussens o de Tebesio es capaz de desarrollar es muy pequeña o nula. La nutrición del miocardio después de la ligadura de las coronarias dependió únicamente de los vasos contenidos en las adherencias pericárdicas. — *E. Braun Menéndez.*

UN METODO PARA VALORAR EL DOLOR CARDIACO EN LOS NIÑOS (A method of evaluating cardiac pain in children) H. C. LUTTEN y D. C. LUTTEN Jour. Am. Med. Ass. 1935. 104. 1806

Los autores usan la maniobra de Libman en una serie no seleccionada de 100 niños de 6 a 15 años, internados en un servicio de cardiología. La maniobra de Libman usada para clasificar a los sujetos constitucionalmente hipersen-

sibles se la investiga de la siguiente manera: Se ejerce simultáneamente con cada pulgar una presión (sin frotar) sobre ambas regiones mastoideas, luego la misma presión se ejerce con los índices sobre la extremidad de las apófisis estiloides. Esta maniobra en los normosensibles no provoca dolor, solamente en muy pocos sujetos la presión de las extremidades de las apófisis estiloides puede despertar dolor. Los autores, para su investigación, presionaron únicamente la región mastoidea, teniendo cuidado de eliminar a los portadores de cualquier proceso de oído. Sus conclusiones son las siguientes:

1º Niños que no presentan dolor con la maniobra, generalmente no sufren de dolores cardíacos.

2º Los que se quejan de dolores cardíacos y no presentan dolores con la prueba, casi siempre tienen una enfermedad cardíaca demostrable.

3º Los que presentan un dolor intenso con la maniobra y que generalmente se quejan de dolor cardíaco, a menudo no presentan una lesión cardíaca activa.

4º En el curso de una infección reumática aguda, los dolores cardíacos y las palpitaciones son síntomas de valor para el diagnóstico de carditis. — *I. Berconsky.*

OBSERVACIONES SOBRE LA EVOLUCION CLINICA DE LAS ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (Observations on the clinical course of coronary artery disease). F. M. SMITH, H. W. RATHE y W. D. PAUL. "J. Am. Med. Ass.", 1935, 105, 2.

Una serie de 420 casos de enfermedades de las arterias coronarias fué analizada. Estos casos fueron divididos en cinco grupos, de acuerdo a los sistemas iniciales dominantes, a saber: disnea, disnea paroxística, dolores anginosos intensos, angina de esfuerzo y dolores de naturaleza indefinida. La evolución posterior de todos los casos fué casi similar, variando solamente la incidencia de las diferentes manifestaciones. Los diferentes síntomas mencionados que tienen lugar durante la evolución de estos enfermos, son diferentes expresiones del mismo factor básico: la insuficiencia de la circulación coronaria.

Los ataques intensos de dolor anginoso son típicos de la oclusión coronaria. El 74 % de los casos (311), presentaron una oclusión o más a nivel de los grandes vasos coronarios. De los 44 casos que fueron a la necropsia, en 28 se comprobó oclusión coronaria. En 26 de estos últimos se hizo el diagnóstico durante la vida de los mismos, habiendo presentado todos ataques intensos de angina de pecho. La angina de esfuerzo sigue comunmente a un accidente coronario mayor, y parece que se intensifica con la obstrucción de las ramas más pequeñas. La disnea paroxística como manifestación inicial depende de la oclusión brusca de un gran vaso coronario. Los ataques consecutivos o los que aparecen durante la evolución posterior de los otros tipos de enfermedades coronarias pueden significar un aumento en la reducción de la circulación coronaria y posiblemente en muchas circunstancias por obstrucción de las pequeñas ramas. — *I. Berconsky.*

CONSIDERACIONES SOBRE LA SIFILIS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. RELATO DE UN CASO DE ANEURISMA SIFILITICO DE LA RAMA DESCENDENTE ANTERIOR DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA. (*Über die luetische Erkrankung der Herzkranzgefäße mit einem Fall eines syphilitischen Aneurysmas an dem vorderem absteigenden Ast der linken Kranzarterie*). SEYDEL F. C., "Zeit. f. Kreislaufforsch", 1935, XXVII, 265.

Aneurisma de la rama descendente anterior de la coronaria izquierda en un individuo con el cuadro anatomohistológico típico de una aortitis sífilítica. En las arterias coronarias y especialmente en la región del aneurisma existía además de lesiones ateromatosas evidentes lesiones sífilíticas en forma de infiltración linfocitaria acentuada de la adventicia y de la media. — E. Braun Menéndez.

ARTERIOESCLEROSIS CORONARIA Y DIABETES. (*Estudio de 70 autopsias de diabéticos*), PANGARO J. A., SILVESTRE J. L. y BOSQ P., "La Semana Médica", 1935, 1, 740.

Con el fin de estudiar las relaciones entre arterioesclerosis coronaria y diabetes, los autores analizaron los protocolos y las historias clínicas correspondientes a las 127 autopsias efectuadas en el Instituto Municipal de la Nutrición desde el mes de Mayo de 1930 hasta el de Agosto de 1934. De las 127 autopsias 70 correspondían a individuos diabéticos y entre éstos la muerte se debió a una afección cardiovascular en 13 casos (18.5 %); a gangrena de los miembros en 20 casos (28.5 %), y a coma diabético no complicado en 2 casos (2.85 %). En cambio se encontraron lesiones evidentes de las arterias coronarias en 12 casos (17.1 %) entre los diabéticos.

Las observaciones efectuadas en este grupo de 12 pacientes fueron las siguientes: el promedio de la edad fué de 63.6 años: 8 eran hombres y 4 mujeres; no se pudo establecer una relación directa entre la antigüedad de la diabetes y la presencia de arterioesclerosis en la autopsia. La causa de muerte fué imputable al corazón en el 50 % de los casos, habiendo sido la muerte súbita en 3 casos (25 %); 5 tenían gangrena de los miembros inferiores (41 %), siendo el porcentaje de gangrenas en el total (70) de los diabéticos autopsiados del 28,5 % (20 casos).

De estos 20 diabéticos fallecidos por gangrena de los miembros, 5, (o sea el 25 %) presentaban lesiones de esclerosis en las coronarias.

De los 57 no diabéticos sólo uno presentó ateroma de las coronarias (1,77 %). — E. Braun Menéndez.

ATEROMA DE LA ARTERIA CORONARIA Y FIBROSIS MIOCARDICA. (*Atheroma of coronary artery and myocardial fibrosis*). J. GRANT y J. H. MILLER, "Brit. Med. J.", 1935, 1, 353.

Descripción de un caso de 25 años de edad, con tuberculosis pulmonar que hace un proceso de ateroma de la arteria coronaria izquierda, con consecutiva

fibrosis miocárdica ventricular izquierda y formación de trombosis ventricular en vida. La falta de infartos puede interpretarse, tal vez, por la parcial organización del coágulo. — *B. Moia.*

TROMBOSIS CORONARIA (Coronary thrombosis). W. B. COOKSEY. "J. Am. Med. Ass.", 1935, 104, 2063.

El autor estudia el pronóstico de 55 casos de infarto del miocardio, cuyo diagnóstico fué confirmado siempre electrocardiográficamente. El 39.6 % (21) de los casos estudiados fallecieron. En este grupo, 19 murieron entre algunas horas y dos meses después del ataque y 2 después de los 2 meses. De los 32 enfermos que sobrevivieron al ataque, el 78.1 % volvió a su ocupación anterior, de los cuales uno vive ya 13 años después del ataque y 10 enfermos, 6 años después del ataque. El 90 % sigue presentando modificaciones electrocardiográficas que indican alteraciones coronarias. La mortalidad por infarto del miocardio es superior en los sujetos arriba de los 60 años que en los de menos edad.

Manifiesta el autor, que en base al estudio estadístico realizado, es justificable un pronóstico mucho mejor del que en general prevalece. Considera que es muy importante una convalecencia de varias semanas con restricciones apropiadas durante el año que sigue a la oclusión brusca. — *I. Berconsky.*

EMBOLIA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. (Embolism of the coronary arteries). A. S. HOSEASON. "Lancet", CCXXVIII, 929, 1935.

Un caso de embolia de la coronaria derecha, no diagnosticada en vida y comprobada en la autopsia de un sujeto que murió al cabo de 40 minutos de iniciado el cuadro clínico (dolor horrible precordial y vómitos), permite al autor pasar en revista las observaciones publicadas hasta ahora, los caracteres etiológicos, anatómicos y semiológicos y las posibilidades del diagnóstico.

Se produce generalmente en personas jóvenes, se localiza de preferencia en la rama descendente anterior de la coronaria izquierda, estando formado el émbolo por una vegetación derivada de una ulceración valvular. La muerte sobreviene generalmente en pocos instantes, aunque puede retardarse algunas horas; amenudo hay irregularidad del pulso.

El diagnóstico podrá formularse ante un cuadro de oclusión coronariana en una persona joven que tenga una endocarditis ulceroosa o una trombosis femoral; las irregularidades del pulso serán un buen dato para distinguir la embolia coronariana de la pulmonar. También podría intentarse el diagnóstico de localización: la gran caída tensional y la congestión pulmonar hablan en favor del caso más frecuente o sea izquierda; la falta de caída tensional grande y de congestión pulmonar y la presencia de estasis venoso y arritmia (bloqueo) deben hacer pensar en la localización en la coronaria derecha.

La circulación coronariana es proporcionalmente mayor que la de otros órganos que más frecuentemente presentan embolias; esa rareza relativa de la lo-

ANÁLISIS DE REVISTAS

calización embólica podría explicarse porque el émbolo se moviliza durante el sistole y en ese momento el origen de las coronarias está protegido por el velo sigmoideo, a parte de que la sangre entra en las coronarias durante el diástole (residuo del contenido aórtico). — *M. Joselevich.*

INFARTO DEL MÍOCARDIO A FORMA PURAMENTE DIGESTIVA (Infarctus du myocarde á forme purement digestive). E. DOUMER. "Bull e Mem. Soc. Med. Hop. de Paris", 1935, N° 17, 854.

Refiere 2 observaciones. En el primer caso se trata de un hombre de 53 años, que presentó en forma brusca náuseas y vómitos, sensación dolorosa de ardor en el epigastrio, seguido de cólicos y diarrea y sin dolor en el pecho. En los días siguientes persistió el estado nauseoso y ardor a lo largo del esófago, agregándose además, eructos, ruidos abdominales, cólicos intestinales y constipación. Durante los primeros 6 días, temperatura que llegó a 38°7. A los 9 días de comenzada la enfermedad y al abandonar la cama presentó palpitaciones y opresión durante los pequeños esfuerzos. Posteriormente el enfermo entra en insuficiencia cardíaca congestiva irreductible, con crisis de taquicardia paroxística ventricular y embolias múltiples en riñón y miembros inferiores. Fallece a las pocas semanas de iniciada su enfermedad.

La segunda observación correspondía a un hombre de 70 años, que presentaba náuseas después de las comidas, intensificándose con el esfuerzo y calmándose con el reposo. El examen clínico fué negativo con excepción de las modificaciones electrocardiográficas. Los síntomas mencionados fueron, según el autor, las únicas manifestaciones clínicas de lesión de las coronarias. El enfermo fallece después de un corto periodo de bradicardia por disociación. — *I. Berconsky.*

INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

LA RELACION DE LAS INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES A LA FIEBRE REUMÁTICA EN LOS NIÑOS. I. El significado del Estreptococo hemolítico en la flora faríngea, durante la infección respiratoria. (The relation of upper Respiratory Infections to Rheumatic Fever in Children. I. The significance of Hemolytic Streptococci in the Pharyngeal Flora During Respiratory Intection). M. G. WILSON, E. INGERMAN, R. O. DU BOIS y B. I. SPOCK. "J. Cl. Investig.", 1935, XIV, 325

Los autores estudian 222 niños reumáticos ambulatorios, durante un periodo de dos años, haciendo estudios detallados de los procesos respiratorios infecciosos y de las recidivas reumáticas sufridas en ese interin, llevando las investigaciones a los familiares de los mismos, no reumáticos. La escasa relación existente entre la frecuencia de tales procesos respiratorios con las recurrencias del reumatismo, aleja la idea de una relación etiológica específica entre ambos, inclinando más bien hacia la coincidencia de las recrudescencias estacionales.

ANÁLISIS DE REVISTAS

La comprobación del estreptococo hemolítico en la flora bacteriana faríngea, durante la infección respiratoria, hace sólo un diagnóstico bacteriológico, y la designación de *infecciones estreptocócicas respiratorias*, basada solamente en el hallazgo bacteriológico, no parece ser justificada. — *B. Moia*.

II. *TITULACION ANTIHEMOLISINICA EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS Y SU SIGNIFICACION EN LA FIEBRE REUMATICA DE LOS NIÑOS. (II. Antihemolysin Titres in Respiratory Infections and their Significance in Rheumatic Fever in Children)*. M. G. WILSON, G. W. WHEELER y M. M. LEASK. "J. Clin. Investig.", 1935, XIV, 333.

Utilizando el procedimiento de Todd para determinar la antiestrepolisina del suero sanguíneo, estudian las relaciones del curso clínico, con las observaciones bacteriológicas e inmunológicas de 80 reumáticos, por un período de 12 a 18 meses. La circunstancia de no encontrar diferencias significativas entre la tasa de antiestrepolisinas observadas en los sujetos durante los períodos de aparente salud, y durante los de infección respiratoria o reumática; el hecho de que las cifras fueran mayores en los casos de afecciones respiratorias no asociadas al estreptoco hemolítico; así como el que los reumáticos en actividad, pero sin procesos respiratorios, no acusaran aumento de esta tasa, mientras que los afectados de sus vías respiratorias superiores presentaran tal aumento en forma similar, padecieran o no de reumatismo en actividad; y las comparaciones realizadas en otros pacientes indemnes de reumatismo, llevan a los autores a la conclusión de que, un alza en la titulación antiestrepolisínica del suero, no es una conclusión evidente de infección respiratoria estreptocócica, ni que ella es una acompañante necesaria de la fiebre reumática de los niños. — *B. Moia*.

III. *LA FLORA BACTERIANA ESTACIONAL DE LAS AMIGDALAS EN LOS NIÑOS REUMATICOS Y EN LOS NO REUMATICOS. (III. The Seasonal Bacterial Flora of the Throat in Rheumatic and Non-rheumatic Children)*. G. W. WHEELER, M. G. WILSON y M. LEASK. "J. Clin. Investig.", 1935, XIV, 345.

Para este objeto los autores obtienen 4857 cultivos de amígdalas de 123 niños reumáticos y 1231 de 109 no reumáticos, en forma seriada, mes por mes. Ello les permite llegar a la conclusión de que tal flora bacteriana presenta una composición básica relativamente constante para cada individuo, modificada por invasores transitorios, cuyo tipo varía según las diversas estaciones del año, constituyendo un factor etiológico de posible importancia. No existen variaciones en la coincidencia del estreptococo hemolítico en los niños reumáticos y en los no reumáticos, así como tampoco la existe en los estados de salud aparente, infección respiratoria y fiebre reumática en actividad, por lo que cabe inferir, que no existe una relación entre la existencia del estreptococo hemolítico en las amígdalas y la fiebre reumática. — *B. Moia*.

ATAQUE INICIAL DE FIEBRE REUMÁTICA EN ENFERMOS DE MÁS DE 60 AÑOS DE EDAD. (*Initial attacks of rheumatic fever in patients over sixty years of age*). E. B. FERRIS y W. K. MYERS. "Arch. Int. Med.", LV, 1935, 809.

En los últimos años se ha podido observar con una frecuencia sorprendente en el "Boston City Hospital" ataques iniciales de fiebre reumática en enfermos que han pasado la edad media de la vida: de 58 enfermos mayores de 12 años considerados como teniendo su primer ataque de reumatismo, y que presentaban signos de carditis en actividad, el 45 por ciento tenían 30 o más años de edad y el 17 por ciento eran mayores de 40.

De estos últimos, 6 tenían más de 60 años de edad; los autores relatan esas 6 observaciones, de las que puede inferirse que la fiebre reumática de los viejos presenta caracteres similares a la de las otras edades, con el único matiz, posiblemente, de que las manifestaciones articulares son en ellos menos intensas pero más persistentes.

Los autores afirman de que a pesar de que la fiebre reumática no se observa muy a menudo después de la edad media de la vida, se presenta en los viejos con una frecuencia suficiente como para que se la considere con especial cuidado al discutir en ellos el diagnóstico etiológico de una poliartritis. — *M. Joselevich.*

LA EVOLUCION DE LAS CARDIOPATIAS REUMATICAS EN LOS ADULTOS. I. FACTORES QUE SE REFIEREN A LA EDAD EN QUE SE PRODUCE LA INFECCION INICIAL, EL DESARROLLO DE INSUFICIENCIA CARDIACA, DURACION DE LA VIDA Y CAUSA DE LA MUERTE. (*The course of rheumatic heart disease in adults. I. Factors pertaining to age at initial infection of life and cause of death*). ARTHUR C. DE GRAFF y C. LINGG. "Amer. Heart. Journ.", 1935, X, 459.

Los autores describen el curso de las cardiopatías reumáticas basadas en el estudio de 644 pacientes fallecidos de un total de 1.633 observados durante un período de diez años. De estos pacientes 55.8 % eran hombres y 44.2 % mujeres. La cardiopatía reumática generalmente existía aislada (94.5 %); rara vez coexistía con otros tipos etiológicos (5.5 %).

La enfermedad pertenece a la infancia y a la primera parte de la edad adulta, pues evoluciona principalmente dentro de las primeras cuatro décadas.

Después de los cuarenta años sólo vive una pequeña proporción de pacientes, el 75 % de los que llegaron a la edad adulta murieron. La edad media en que se produce la infección inicial es a los 17 años, los primeros síntomas de insuficiencia cardíaca a los 28 años, la insuficiencia cardíaca declarada a los 30 años y la muerte a los 33 años.

Dicho de otro modo el promedio de los pacientes se infecta los 17 pero permanecerá libre de síntomas y capaz de desarrollar una actividad física ordinaria durante 11 años. Comenzará entonces a padecer por disminución de la fuerza de

ANÁLISIS DE REVISTAS

reserva cardíaca. Desde entonces hasta su muerte 3 años más tarde será un inválido o por lo menos estará seriamente incapacitado para desarrollar sus actividades.

En una persona atacada por una cardiopatía reumática el periodo de utilidad desde el punto de vista económico no es en general mayor de 11 años a contar desde la infección inicial; en la mayoría de los casos es menor de 9 años. Una vez que aparecen los primeros síntomas de insuficiencia cardíaca la asistolia y la muerte no tardan en seguir. El 50 % de los casos sufre sus primeros síntomas cae en insuficiencia cardíaca y muere en un periodo de 16 a 20 años, comprendido entre los 20 y 40 años de edad, los años de madurez temprana. Es rara la observación aún en los estadios terminales de esta enfermedad después de los 50 años.

La muerte es debida por regla general a la insuficiencia cardíaca, pero en una buena proporción de casos la causa de la muerte es una endocarditis bacteriana subaguda, una neumonía u otras enfermedades. — *E. Braun Menéndez.*

HEREDOSIFILIS A TROPISMO CARDIACO (Heredosyphilis a tropisme cardiaque). R. LUTEMBACHER. "Arch. Mal. Coeur". 1935, XXVIII, 15.

Se trata de una enferma con extrasistolia ventricular que resistió a todos los tratamientos que se efectuaron, motivo por el cual Lutembacher le hace bicinuro de Hg., con lo cual obtiene la desaparición de la extrasistolia. Las reacciones serológicas de la enferma y el examen clínico era negativo con respecto a sífilis. En la hija de esta paciente se constata un P. R. de 0'',20. Sometida a un tratamiento específico el P. R. se reduce a 0'',12 y la P. se hace negativa en las tres derivaciones. — *J. C. Etchevé.*

ENDÓCRINAS

AUMENTO DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA PRODUCIDO POR EL BOCIO EXOFTÁLMICO, COMPARADO CON EL PRODUCIDO POR EL TRABAJO EN LOS SUJETOS NORMALES. (Increase in circulation rate produced by exophthalmic goiter, compared with that produced in normal subjects by work). W. M. BOOTHBY y E. H. RYNEARSON. "Arch. Int. Med.", 1935, LV, 547.

Los autores han estudiado la velocidad circulatoria en 15 enfermos de bocio exoftálmico (7 mujeres y 8 hombres), efectuando en ellos un total de 160 determinaciones llegando a las conclusiones siguientes:

En el bocio exoftálmico, la velocidad circulatoria se halla aumentada, y ese aumento se halla en general en relación con la intensidad de la enfermedad.

El aumento es mayor que el que produce en las personas normales el trabajo por medio del mayor consumo de oxígeno. El aumento relativo de la velocidad circulatoria para un aumento dado del consumo de oxígeno es siempre menor en los enfermos que han sido tratados con medicación yódica, pero aún en estos últimos, dicho aumento es algo mayor que el producido por un trabajo que determina una intensificación similar del consumo de oxígeno.

Estas comprobaciones sugieren la hipótesis de que en el bocio exoftálmico

existe un estimulante circulatorio especial que provoca un aumento de la velocidad circulatoria mayor que el que corresponde a un grado de trabajo que determina un consumo semejante de oxígeno. Dicho estimulante se reduce merced al tratamiento yodado. — *M. Joselevich.*

LA FIBRILACION AURICULAR EN EL HIPERTIROIDISMO. INFLUENCIA DE LA EDAD. (Auricular fibrillation in hyperthyroidism. The influence of age). H. R. MAGGE y H. L. SMITH. "Am. J. of Med. Sc.", CLXXXIX, 1935, 683.

Los autores hubieran querido estudiar la influencia de la edad de los enfermos hipertiroides sobre la producción de la fibrilación auricular, examinando a tal efecto 100 sujetos comprendidos en cada una de las 8 primeras décadas de la vida (o sea 800 casos en total) de bocios exoftálmicos e igual cantidad de bocios adenomatosos basedowificados, pero uno y otro estado son poco frecuentes antes de los 20 años, siendo además difícil reunir tantas observaciones en personas de más de 70. No obstante ello pudieron efectuar sus observaciones en un lote de más de 1000 enfermos.

Los hipertiroideos jóvenes presentan generalmente un ritmo cardíaco normal, mientras la fibrilación auricular es tanto más frecuente cuanto mayor es la edad del sujeto. Este hecho se debe sólo en parte a la esclerosis coronaria y a la hipertensión, cuya frecuencia aumenta con la edad, puesto que muchos de los enfermos estudiados tenían fibrilación auricular sin ser hipertensos ni presentar afectadas dichas arterias.

La fibrilación auricular simple es a menudo transitoria y puede presentarse muy frecuentemente, en forma fugaz y por primera vez, enseguida de la tiroidectomía. Aun cuando haya también lesiones cardíacas, la fibrilación suele desaparecer después de la operación. El adenoma se acompaña de fibrilación más frecuentemente que el bocio exoftálmico; este hecho no se debe tanto a la mayor duración del hipertiroidismo en el adenoma, según creen algunos, como a la edad generalmente más avanzada en que suele presentarse el hipertiroidismo del bocio adenomatoso (10 años más tarde). — *M. Joselevich.*

VASOS

ESTUDIO CUANTITATIVO DE LA VASOCONSTRICCIÓN DETERMINADA POR EL ACTO DE FUMAR. (A quantitative study of the vasoconstriction induced by smoking). R. STARR LAMPSON. "Jour. Am. Med. Ass.", 1935, 104, 1963.

Este estudio se lleva a cabo usando un pletismógrafo de agua para la mano. El autor llega a las siguientes conclusiones:

1º Inhalando el humo del cigarrillo se produce una marcada y rápida vasoconstricción que persiste alrededor de sesenta minutos.

2º No inhalando el humo del cigarrillo, la vasoconstricción se produce igualmente, pero la reacción persiste únicamente alrededor de 15 minutos.

3º El cigarrillo "sin nicotina" determina un efecto menor que el producido por el cigarrillo ordinario.

4º Fumando cigarros y en pipa, se produce también una vasoconstricción.

5º Los enfermos de trombo angeitis obliterante responden del mismo modo que los sujetos normales.

6º El tabaco está constraíndico en los pacientes con insuficiencia vascular periférica. — *I. Berconsky.*

ESTUDIO CRÍTICO SOBRE LA PATOGENIA DE LOS TRASTORNOS CIRCULATORIOS PERIFÉRICOS (Etude critique sur la pathogenie des troubles circulatoires périphériques). M. VILLARET, I. JUSTIN BESANCON, R. CACHERA y R. BOUCOMONT. "Arch. Med. Coeur", 1935, XXVIII, 1.

Los autores hacen un estudio detenido de la patogenia invocada por Raynaud de su síndrome y de las enunciadas posteriormente por otros autores, que difieren de ella.

Raynaud, al describir la afección que lleva su nombre, sostuvo que ella era producida por espasmos arteriulares paroxísticos y periféricos, en ausencia de toda lesión vascular, y si ella se hacía presente, era secundaria a los espasmos repetidos y no primitiva. Puso de relieve la importancia del factor nervioso en juego. T. Lewis discrepó fundamentalmente con la teoría anterior, sosteniendo que en todo Raynaud, desde su iniciación, existen alteraciones vasculares. Y que el espasmo se debía a una excitabilidad exagerada y local de los vasos y no a una causa nerviosa general (simpaticotomismo).

Después de combatir los conceptos de T. Lewis, los autores llegan a las siguientes conclusiones, que coinciden con viejos conceptos enunciados por Raynaud.

1º) El síncope local es producido por vasoconstricción arteriolar.

2º) Hay en juego un factor neuro-vegetativo general, de gran importancia.

Agregan que la lesión arteriolar puede presentarse desde la iniciación del proceso. — *J. C. Etchevés.*

TROMBO-ANGEITIS OBLITERANTE (Thrombo-angitis obliterans). — E. D. PELFORD y J. S. B. STOPFORD. "Brit. Med. J.", 1935, 1, 863.

Los autores conceptúan que en el estado actual de nuestros conocimientos de la enfermedad el tratamiento por la ganglionectomía simpática, no solo debe ser recomendado sino que es el único que ofrece la chance de una mejoría permanente. Los resultados serán tanto mejores, cuanto más joven es el paciente y mayor es el predominio del factor espástico. Los cambios posturales del color tienen gran importancia para la determinación de la extensión de las lesiones, pues cuanto más marcados son, menos satisfactorio será el resultado operatorio. — *B. Moia.*

TERAPÉUTICA

EL EFECTO DE LA SANGRIA, SOBRE LAS PRESIONES ARTERIAL, CEFALORRAQUIDEA Y VENOSA, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA INSUFICIENCIA DEL CORAZÓN IZQUIERDO Y DERECHO. (*The effect of Venesection on Arterial, Spinal Fluid, and Venous Pressures, with special reference to failure of the Left and Right Heart.* H. F. ROBERTSON y F. FETTER, "J. Cl. Invest.", 1935, XIV, 305.

Los autores realizan las investigaciones en 22 casos de insuficiencia del corazón izquierdo y 13 del derecho. Paciente sentado, con el brazo donde se toma la presión venosa, a la altura de la aurícula derecha. Comprueban que, en los casos de insuficiencia derecha, existe marcado aumento de la presión venosa y cefalorraquídea, que sufre un descenso apreciable y paralelo con la sangría. Pero, así como la presión del líquido cefalorraquídeo está aumentada en el 85 % de estos casos, en los de insuficiencia izquierda, los valores del aumento son menores y sólo se presentan en el 32 %. La presión venosa, asimismo, o no se encuentra en esta última circunstancia aumentada, o si lo está, las cifras no son nunca tan elevadas como el grupo opuesto. La presencia de hipertensión arterial, no indicó la existencia de hipertensión venosa. Como en el grupo de los insuficientes ventriculares izquierdos la sangría dió resultados infieles y nunca paralelos, los autores sostienen que en las cardiopatías hipertensivas la sangría no debe ser recomendada, a menos que exista aumento de la presión venosa sugiriendo el compromiso de las cavidades derechas. — B. Moia.

*PARATIROIDECTOMIA POR ENFERMEDAD DE RAYNAUD Y ESCLE-
RODERMIA, (Parathyroidectomy for Raynaud's Disease and Sclerodermia),*
A. R. BERHEIM y J. H. GARLOCK, "Ann Surg.", 1935, CI, 1012.

Los autores creen que en muchos casos de enfermedad de Raynaud, tromboangiitis y arterioesclerosis, existe una disminución de las reservas del calcio, contra lo cual reaccionan las glándulas paratiroides hiperplasiándose. Si una dieta rica en calcio no mejora la sintomatología aconsejan la paratiroidectomía, extirpando dos o más cuerpos paratiroides. Citan seis casos de Raynaud puro, o asociado a esclerodermia, con mejorías muy llamativas. — B. Moia.

*LA ACCION CLINICA DE LA DIGITAL BAJO EL CONTROL ELECTRO-
CARDIOGRAFICO. (L'azione clinica della digitale al controllo elettrocardio-
grafico).* P. OCCHIONI, "Cuore e Circ.", 1935, XIX, 143

Después de pasar ampliamente en revista la opinión de los variados autores, el autor refiere sus observaciones realizadas en 15 pacientes con insuficiencia miocárdica inicial, comparando los efectos crono-batmo-dromo-inotrópicos de la digital controlados E. C. G., con los resultados clínicos (frecuencia del pulso, disnea, cianosis, hepatomegalia, edema, peso corporal). Encuentra que, en general, las mejorías clínicas se acompañan de efecto cronotrópico positivo (retardo del

ANÁLISIS DE REVISTAS

pulso), e inotrópico positivo, aún cuando la apreciación de éste (altura o voltaje de las ondas), pueda depender de diversos factores. Sin embargo el efecto inotrópico positivo es indiscutible en un caso de fibrilación auricular en que se consiguió la vuelta al ritmo sinusal. Los efectos negativos son frecuentes en los casos en que la mejoría fué leve o no la hubo. Cree finalmente que la compensación de una insuficiencia cardíaca depende de la posibilidad de volver a la normalidad, mediante la digital o sus sucedáneos, las funciones crono-inotrópicas del miocardio, en independencia absoluta o relativa de sus funciones batmodromotópicas. — *B. Moia.*