

ANÁLISIS DE REVISTAS

FISIOLOGÍA NORMAL Y PATOLÓGICA

EL EFECTO DE LESIONES HIPOTALAMICAS SOBRE EL TRACTO GASTROINTESTINAL Y EL CORAZON EN LOS MONOS, (The effect of lesions of the Hypothalamus upon the gastrointestinal tract and Heart in Monkeys). J. W. WATTS. "Ann. Surg.", 1935, CI, 363.

Lesionando la región supraóptica, el tuber y a veces los núcleos para ventriculares en 17 monos, el autor llega a la conclusión de que pueden producirse perturbaciones gastrointestinales más serias y frecuentes que cuando se lesiona otras partes del sistema nervioso. Estas lesiones causan también irregularidades cardíacas, con tendencia a la muerte por coagulación intracardiaca (posible fibrilación). Estas alteraciones son interpretadas como la consecuencia de la irritación simpática, actuando sobre la inervación vasoconstrictora del corazón e intestino. — *B. Moia.*

EXCITACION DEL NERVIO DEPRESOR SITUADO SOBRE EL TRONCO VAGOSIMPATICO EN EL PERRO, (Excitation du nerf dépresseur situé sur le tronc vago-symphatique chez le chien). M. MARMORSTEIN, M. LOUKATSCHER y H. TSCHERNIK. "J. de Phys. et Path. Gen.", 1934, XXXII, 1140.

Excitando por un método original y con débiles corrientes el nervio depresor a todo lo largo del tronco vagosimpático, se produjo invariablemente baja de la presión arterial y bradicardia frecuente. Seccionado el nervio depresor a nivel de su inserción, las excitaciones permanecieron sin efecto. De ello se desprendería que el nervio depresor, aun cuando fusionado con el tronco vagosimpático, conserva su individualidad en todo su trayecto. — *B. Moia.*

INFLUENCIA DE LOS NERVIOS DEPRESORES Y SINUSAL SOBRE EL CORAZON DEL PERRO. (Influence des nerfs dépresseur et sinusien sur le coeur chez le chien). M. MARMORSTEIN, N. KOULIK y M. LOUKATSCHER. "J. de Phys. et Path. Gen.", 1934, XXXII, 1128.

Las experiencias se realizan excitando eléctricamente el nervio depresor, sobre el filete alejado del tronco vagosimpático y obteniendo radiografías del tórax y medidas de la presión intraventricular, lo que les permite llegar a la conclusión que la excitación de estos nervios produce dilatación aguda del corazón, debida al relajamiento del musculo cardíaco y a la debilitación de su energía contractil. Esta dilatación, que puede ser obtenida con débiles corrientes, se produce sin enlentecimiento de los movimientos, y la recuperación del volumen inicial se realiza después de un corto intervalo.

Sobre el diafragma esta excitación produce inmovilización debido a la persistencia y refuerzo del estado contractil del musculo cardíaco. — *B. Moia.*

EL TONO DE LOS NERVIOS MODERADORES DE LA FRECUENCIA CARDIACA. (Le tonus des nerfs modérateurs de la fréquence cardiaque). H. HERMANN. "J. de Med. de Lyon", 1935, XVI, 1.

Dejando aparte la regulación humoral del tono cardiomodador, que se halla actualmente en plena revisión, el autor llega a la conclusión que los nervios de Cyon y Hering constantemente excitados por la presión sanguínea, aumentan el tono inhibitor, oponiéndose a una demasiado fuerte aceleración de los latidos cardíacos. Los movimientos respiratorios, por el contrario, atenúan en todo momento este tono, por reflejos a punto de partida pulmonar que tienden a aumentar la rapidez de las contracciones, impidiéndolas de retardarse demasiado. — *B. Moia.*

EL EFECTO DE LA INYECCION DE ACIDO MONOIODO-ACETICO Y CIANURO DE SODIO SOBRE EL CORAZON DE LOS MAMIFEROS. (The effect of injection of Monoiodo-acetic acid, and sodium Cyanide on the Mammalian Heart). L. H. NAHUM y H. E. HOFF. "Am. J. Phys.", 1934, CX, 56.

Los experimentos se realizaron para estudiar sobre el electrocardiograma, los efectos de la intoxicación por el ácido monodioacético que dificulta la acumulación de ácido láctico, y por el cianuro de sodio que la facilita. En el primer caso se produjo aceleración cardíaca, disminución en el tiempo de conducción y en la duración del complejo ventricular con profundas alteraciones del mismo, caracterizadas por cambio en la dirección de la onda T, desaparición del intervalo isoclétrico y desplazamiento del segmento S-T. El cianuro de sodio produjo, por el contrario, disminución de la frecuencia cardíaca, desarrollo gradual de bloqueo auriculoventricular y aumento en la duración del complejo ventricular que no acusó mayores modificaciones.

Como en el primer caso se produce una disminución de la energía anaeróbica del corazón, los autores concluyen que el "pacemaker" y tejido de conducción, trabajan esencialmente bajo energía aeróbica, mientras que el miocardio es primeramente anaeróbico. Las alteraciones del segmento S-T no se deberían ni a la acumulación de metabolitos ni a la falla de las oxidaciones, sino a la pérdida de la energía anaeróbica de la desintegración del glicógeno. — *B. Moia.*

INFLUENCIA DE CIERTOS ALCALOIDES DEL GRUPO ISOQUINOLEICO SOBRE LOS REFLEJOS VASOMOTORES SINO-CAROTIDEOS. (Influence de quelques alcaloides du groupe isoquinoléiques sur les réflexes vaso-moteurs sino-carotidiens) F. MERCIER y J. DELPEAUX. C. R. Soc. Biol., 1934, CXVII, 15.

Estudian la acción de la *hidrastina* y la *narcotina* sobre el perro, comprobando marcada hipotensión arterial, que sólo se produce partiendo de una presión arterial normal. Es decir que cuando por acumulación de dosis la hipotensión se vuelve constante, es imposible acentuarla por nuestras inyecciones. — *B. Moia.*

EL EFECTO DE LA POSICION SOBRE EL VOLUMEN MINUTO CARDIACO. (*The effect of posture on the Minute Volume of the Heart*). E. C. SCHNEIDER y C. B. CRAMPTON. "Am. J. Phys.", 1934, CX, 14.

Las determinaciones se hicieron por el método de Grollman, sobre setenta hombres normales, llegando a la conclusión que el volumen minuto aumenta en la posición horizontal comparándolo con el de la posición erecta. Habitualmente, después de estar parado, sin moverse, durante cierto tiempo, el V. M. o no se modifica o baja ligeramente siempre que el sujeto no acuse molestias, por el largo plantón. Por el contrario, si esta circunstancia impone molestias, por la pobre compensación circulatoria, entonces el V. M. se encuentra disminuido. Una presión del pulso debajo de 20 mm. Hg. indica un rendimiento cardíaco disminuido. — *B. Moia.*

INVESTIGACIONES SOBRE LOS CATIONES DE LA SANGRE EN CIERTOS ESTADOS FISIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS. (*Recherches sur les cations du sang, dans certains états physiologiques et pathologiques*). A. FIDLER. "J. de Phys. et Path. Gen.", 1934, XXXII, 1121.

El autor llega a la conclusión que los enfermos en estado de descompensación cardíaca crónica, así como los brighticos en el estado de insuficiencia renal, presentan muy a menudo perturbaciones del contenido sanguíneo en calcio, potasio y magnesio, cuya revelación puede a menudo constituir el primer síntoma de la descompensación. — *B. Moia.*

LA VELOCIDAD CIRCULATORIA EN LOS NIÑOS NORMALES. (*Circulation time in normal Children*). S. H. AVERBUCK y W. FRIEDMAN. "Am. J. Dis. Child.", 1935, XLIX, 367.

Las determinaciones de la velocidad circulatoria por la inyección de soluciones de sacarina por vía endovenosa, en 100 niños normales entre 8 y 16 años, arroja un término medio de 8.6 segundos, siendo los límites usuales (83 %) de 6.5 a 10 segundos. Este aumento de la velocidad con respecto al adulto, podría deberse a la escasa distancia entre el brazo y la lengua, y a la aceleración cardíaca que la determinación de la prueba, en el niño trae casi invariablemente. — *B. Moia.*

RENDIMIENTO CARDIACO EN RELACION CON EL NEUMOTORAX UNILATERAL EN EL HOMBRE. (*Cardiac Output in Relation to unilateral pneumothorax in Man*). A. Cournand, N. A. Bryan y D. W. Richards. "J. Cl. Investig.", 1935, XIV, 181.

Los autores determinan el rendimiento cardíaco, por un procedimiento personal, basado en el principio de Fick, en seis casos de neumotórax unilateral en diversos estados.

Los resultados fueron los siguientes: disminuido en dos casos de neumotórax artificial, no pasando en un tercero de las cifras de error; en el otro artificial y en dos espontáneos con presión intrapleural positiva, inmodificado. — *B. Moia.*

SEMIOLOGÍA

LA CONSTANTE SISTOLO-DIASTOLICA EN LAS AFECCIONES CARDIOVASCULARES. J. ESPEJO SOLA. "La Semana Médica". 1935, I, 1043.

Determina la constante sistolo-diastólica de Lian, Golblin y Baraige en 100 enfermos del aparato cardiovascular.

Encuentra un alargamiento relativo de la sístole (medida en el electrocardiograma) en el 56.45 % de los 62 casos de hipertensión arterial, porcentaje que se eleva al 74.28 % si sólo se consideran los hipertensos en estado de insuficiencia cardíaca (39 casos).

En los 38 enfermos cardiovasculares con presión arterial normal se encontró un alargamiento relativo de la sístole eléctrica en 31.57 % de los casos. De los 11 enfermos con presión arterial normal e insuficiencia cardíaca sólo en 3 existía un alargamiento de la sístole. — *E. Braun Menéndez.*

EL SIGNO DE DUROZIEZ EN LOS SUJETOS NORMALES Y EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL, (Duroziez'sign in normal subjects and in patients with arterial hypertension). S. BROWN y B. ALEXANDER. "J. Cl. Investig.". 1935, XIV, 285.

En ciertos casos de vasodilatación, como en la tirotoxicosis y estados febriles, o por la prueba del agua caliente se puede auscultar el signo de Duroziez, con características semejantes al que se presenta en la insuficiencia aórtica, aún cuando en este caso, él se debe a la onda de retroceso, mientras que en el primero se genera por un aumento del curso sanguíneo hacia la periferia.

Teniendo en cuenta que, para que el signo pueda ser provocado en esta última condición, es necesario la producción de una marcada vasodilatación lo que presupone una buena elasticidad arterial, los autores estudian el signo provocado introduciendo el antebrazo en un baño a 114°F., y auscultando por medio de un estetoscopio de doble pabellón, lo que permite el control simultáneo por dos personas. El signo aparece habitualmente a los tres minutos, no demorando nunca más de cinco minutos.

En 65 normo sujetos, la incidencia del signo de Duroziez disminuye con la edad, lo que traduce una progresiva inhabilidad de los pequeños vasos para dilatarse. En 41 hipertensos la incidencia fué notablemente menor, lo que confirma el dato de la esclerosis vascular en la hipertensión. Iguales características presentaron aquellos casos con amplia presión del pulso, probablemente debido a la arterioesclerosis.

El pulso capilar estudiado antes y después de la prueba del agua caliente, apareció espontáneamente, en el 31 % del grupo sano y en el 54 % de los hipertensos, guardando cierta relación con la presión del pulso: a mayor presión del pulso mayor frecuencia. En todos los casos este signo apareció después del agua caliente.

Llegan a la conclusión que cualquier persona que por debajo de los 35 años, no presenta el signo de Duroziez inducido por la prueba del agua caliente.

se separa de lo normal, constituyendo una fuerte sugestión de que el lecho vascular periférico funcional está relativamente fijo. — *B. Moia.*

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL 3er. TONO CARDIACO MEDIANTE LA FONOCARDIOGRAFIA. (Contributo allo studio del 3° tono del cuore mediante la fonocardiografia). G. TAVECCHI. "Cuore e Circ.", 1935. XIX, 65.

El autor obtiene trazados fono y electrocardiográficos simultáneos en 24 hombres y 8 mujeres que no presentaban a la auscultación el tono en cuestión, encontrando que en el 33 % de los casos se evidencia en el fonocardiograma un grupo de oscilaciones de caracteres morfológicos y cronológicos constantes, que en el 24 % esas oscilaciones se muestran menos regularmente, desapareciendo en algunos puntos del trazado, mientras que en el 40.4 %, el accidente está sólo esbozado, pero susceptible de ser puesto en evidencia. Este fenómeno acústico al que el autor propone llamar "tercer período vibratorio fisiológico", guarda estrecha relación con el tercer tono fisiológico, auscultable e inscripto en el fonocardiograma. — *B. Moia.*

PATOLOGÍA

EL CORAZON ADOLESCENTE. (*The adolescent Heart*). H. LISSNER, J. L. C. GOFFIN y M. ROSENFELD. "Am. J. Dis. Child.", 1935. XLIX, 353.

Este diagnóstico fué hecho en 254 niños sobre 2.840 examinados (9 %), en una edad oscilando entre 9 y 16 años, siendo dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre. Los síntomas más frecuentes, palpitaciones, fatiga, disnea, precordialgia, sudores, cianosis, tos y desmayos, coincidiendo a veces con un soplo sistólico en la punta, o en el foco pulmonar (14 %), o con un reforzamiento o desdoblamiento del primero o segundo tono, hacen posible la sospecha de cardiopatía orgánica. Electrocardiográficamente se encuentra frecuentemente arritmia sinusal y taquicardia por arriba de 120, con gran amplitud de los complejos QRS y onda T.

Es necesario ser muy cauteloso para no caer en error y recordar que el corazón es grandemente influenciado durante los rápidos cambios fisiológicos que se asocian a la adolescencia, sobre todo en lo que a perturbaciones endócrinas y excitación simpática se refiere. El diagnóstico diferencial con la cardiopatía orgánica, sólo puede hacerse por una exacta justipreciación y análisis cuidadoso de los datos obtenidos, debiendo a veces dilatarse una definición categórica, hasta dejar pasar varios años de meticulosa observación. — *B. Moia.*

PRONOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON EN EL EMBARAZO. (*Prognosis of Heart Disease in Pregnancy*). C. BRAMWELL. "Lancet", 1935. CCXXVIII, 629.

Este trabajo se basa en el estudio de 300 enfermas del corazón observadas en el "St. Mary's Hospital" de Manchester y seguidas después en el departamento de cardiología de la "Manchester Royal Infirmary".

De esas 300 enfermas, 145 eran primíparas y 155 multíparas; 17 de esas embarazadas murieron (5.6 por ciento), 13 de las cuales eran primíparas (el 9 por ciento de éstas) y 4 multíparas (el 2.6 por ciento de ellas). El pronóstico en la primípara es siempre más difícil de establecer.

287 enfermas habían sido observadas y tratadas antes del parto y sólo 8 de ellas murieron, mientras que solamente 13 entraron de urgencia en las salas y 9 de ellas murieron; eso demuestra que la vigilancia y cuidados pre-natales disminuyen los riesgos de las grávido-cardíacas.

La *insuficiencia cardíaca* es un signo de mucha gravedad, especialmente si no cede al reposo, salvo que se deba a una causa intercurrente como por ejemplo la bronquitis aguda. De las 300 enfermas, 21 tenían signos de insuficiencia cardíaca al ser examinadas por primera vez; 6 de ellas murieron al poco tiempo, 5 en un plazo de 5 años; las otras 4 quedaron muy afectadas. También es de mal pronóstico la *fibrilación auricular* y la *dilatación cardíaca*, aunque enfermas de corazón fibrilado o muy grande pueden soportar mejor las fatigas del parto que otras que lo tienen más pequeño y regular.

El *medio* en que vive la enferma y el *temperamento* de la misma tienen mucha importancia, porque de ellos depende el que la embarazada se someta al reposo y demás tratamientos que le permitirán sobrevivir.

En resumen, el pronóstico de las cardíacas embarazadas no es tan grave como generalmente se cree y depende especialmente: del estado del miocardio, de los cuidados prenatales y del temperamento y el "environment" de la enferma.

M. Joselevich.

LA DIGESTION EN LOS ENFERMOS PORTADORES DE LESIONES CARDIACAS, SEGUN LOS REGIMENES ALIMENTICIOS. (Digestion chez les malades porteurs de lésions cardiaques, selon les régimes alimentaires). LEVITAN y ALEXEIEF-BERKMAN. "Arch. des Mal. de l'App. Dig., etc.", 1935, XXV, 162.

Este trabajo se basa en el estudio de 43 obreros de 20 a 40 años, trabajadores de las usinas Karl Marx y Stalin, y de otro grupo de obreros sanos como control, verificado en la Sección de Estudios del Sistema Cardiovascular del Instituto Científico de la Alimentación Pública de Leningrado.

Los autores han podido comprobar, estudiando la función gastro-intestinal mediante el examen del jugo gástrico, el radiológico y el de las materias fecales, que en los casos de lesiones cardíacas con trastornos funcionales existía también una perturbación de la función del aparato digestivo, caracterizada por lo siguiente: *gastritis crónica*, con modificaciones de la acidez, secreción y evacuación estomacal, *catarro del intestino delgado* y *colitis crónica*.

En los enfermos con *lesión cardíaca compensada* los autores encontraron: gastritis crónica, en el 50 % de los casos y en la misma proporción, evacuación acelerada, con hipersecreción e hipoacidez; en el 87 % de los *decompensados* existía fenómenos de gastritis, con retardo neto de la evacuación, hipersecreción e hipoacidez.

Con respecto al intestino, en el 80 % de los casos existía una *colitis cró-*

nica y en el 70 helmintos y protozoarios. En el 60 % de los decompensados y en el 49 % del total de casos existía un estado catarral del intestino delgado con evacuación rápida, demostrado por la presencia de grasas no asimiladas en gran cantidad en el examen coprológico.

De acuerdo con los exámenes de materias fecales, la digestión y la asimilación eran mejores con los regímenes a predominio hidrocarbonado que con los de albuminoides. — *M. Joselevich.*

ALTERACIONES DEL MIOCARDIO DEBIDAS A PERTURBACIONES DEL TRANSPORTE DE OXIGENO. (*Herzmuskelveränderungen durch Störung der Sauerstoffzufuhr*). OPITZ E. "Zeit. f. Kreislauff", 1935. XXVII. 227.

En 21 de 43 casos de anemia crónica, hemorragia aguda grave, esclerosis coronaria estenosante y mesoaortitis sífilítica se encontró en los músculos papilares del ventrículo izquierdo y en otros territorios sub-endocárdicos lesiones necróticas de reciente data.

Estas lesiones existían en todos los casos en que clínicamente se habían observado dolores precordiales, pero también se encontraron en cierto número de casos que no habían tenido molestias estenocárdicas. — *E. Braun Menéndez.*

CIANOSIS DE ORIGEN CENTRAL. C. JIMÉNEZ DÍAZ. "Los Progresos de la Clínica", 1935. XLIII. 77.

Descripción de un interesante caso de asistolia derecha, que durante el tratamiento cae en coma apoplético por trombosis en el territorio de la cerebral posterior, produciendo un síndrome combinado de hemianopsia, talámico y afásico. Concomitantemente con la aparición del coma, el enfermo se pone intensa y groseramente cianótico, estado que desaparece, bruscamente, al salir del coma. Las investigaciones realizadas demuestran poliglobulia, con deficiente oxigenación de la sangre arterial, déficit arterial de O_2 , notablemente aumentado, así como del índice de cianosis de Lunsgard V. Slyke, y reserva alcalina. Como no existía estasis periférico, obstrucción bronquial, ni cortocircuito, el autor piensa que podría deberse a una lesión de los centros respiratorios hipotéticamente situados en el tálamo. — *B. Moia.*

ESTUDIOS HEMODINÁMICOS SOBRE LA POLIGLOBULIA. (*Studi emodinamici sulle poliglobulie*). S. DELEONARDI y A. PARINO. "Cuore e Circ.", 1935. XIX. 20.

Los estudios del comportamiento de la masa sanguínea circulante bajo la acción de la adrenalina en los poliglobúlicos han demostrado que, en las formas de poliglobulia primaria y secundaria, ésta produce una notable movilización de plasma y glóbulos de la reserva visceral o extravasal, hacia el torrente circulatorio. Por el contrario, en la plétora hipertónica, la inyección intramuscular de adrenalina, trae disminución de la masa sanguínea circulante. — *B. Moia.*

EVALUACION CLINICA DE LOS ESTUDIOS SOBRE EL VOLUMEN DE LA SANGRE CIRCULANTE. (Clinical Studies in Circulatory Adjustments. I. Clinical Evaluation of Circulation Blood Volume). A. A. GOLDBLOOM e I. LIBIN. "Arch. Int. Med.", 1935. CV. 484.

Los procedimientos hasta ahora utilizados para valorar el volumen de la sangre circulante no son del todo exactos desde el punto de vista fisiológico puro, pero según los autores pueden aplicarse a la clínica con provecho. Mediante el empleo del método de Keith, Rowntree y Geraghty en 73 personas (10 normales, 9 hipertiroideos, 22 cardíacos, 5 hipertensos, 7 policitemias, 6 anémicos, 6 con astenia neurocirculatoria, 7 con trastornos metabólicos y 1 con avitaminosis), han podido comprobar que:

1) El volumen normal de la sangre circulante oscila entre 67 y 90 c. c. por kilogramo de peso o bien alrededor de 3.037 c. c. por metro cuadrado de la superficie corporal.

2) El nervosismo, la astenia neurocirculatoria y la hipertensión arterial compensada no aumentan el volumen de sangre circulante, lo que permite diferenciar esos estados del hipertiroidismo, que provoca un aumento apreciable de aquel.

3) Igualmente permite diferenciar la policitemia sintomática de la policitemia *vera*, porque ésta da lugar a un gran aumento de las cifras del volumen de sangre circulante.

4) Cuando se altera la correlación normal entre el volumen de sangre y volumen minuto con la velocidad circulatoria, se produce un aumento o una disminución del volumen de sangre circulante: la *plus form*, en la descompensación circulatoria de la hipertensión arterial o pulmonar, enfermedades coronarias o valvulares crónicas; la *minus form* en el reumatismo agudo o recurrente y la oclusión coronaria aguda. Esa diferencia es de utilidad para el diagnóstico y sobre todo para el tratamiento: la cafeína, el alcanfor, la epinefrina y el lóbulo posterior de hipófisis aumentan el V. de S. C., mientras que la histamina, digitalina, morfina y peptona lo disminuyen.

5) En los casos de anemia, dismetabolismo (obesidad, adenoma basofílico, mixedema) y avitaminosis (escorbuto), el V. de S. C. estaba disminuído. — M. Joselevich.

VELOCIDAD SANGUINEA EN ENFERMOS TRATADOS CON DINITROFENOÍ. (Rate of blood flow in patients receiving dinitrophenol). HAROLD ROSENBLUM. "Jour. Am. Med. Ass.", 1935. CIV. 1592.

En este trabajo, el autor estudia en ocho sujetos la velocidad sanguínea por medio de la decolina, antes, durante y después de la administración de dinitrofenol. Este último medicamento fué indicado para el tratamiento de la obesidad de los pacientes. Se observó en los 8 sujetos un aumento del metabolismo basal y una disminución del peso a raíz del dinitrofenol. La velocidad sanguínea, la frecuencia del pulso y la tensión arterial no sufrieron modificaciones con dicha droga. — I. Berconsky.

LOS TRASTORNOS CARDIO-VASCULARES DE LA ENFERMEDAD DE BASEDOW. (Les troubles cardio-vasculaires de la maladie de Basedow). V. JONAS. "Ann. de Méd.", 1935. XXXVII, 269.

Este trabajo de la Primera Clínica Médica Checa de la Universidad de Praga, se basa en el estudio de 382 basedowianos. Hay que distinguir los trastornos cardio-vasculares propios de la enfermedad de Basedow de aquellos que tienen lugar en sujetos ya tarados del corazón (arterio-esclerosis y reumatismo). Sin embargo, la presencia de lesiones reumáticas no sería muy frecuente según el autor: (sólo el 2.9 % de sus pacientes tenían una enfermedad mitral y el 0.5 % una insuficiencia aórtica).

La *taquicardia* es casi constante (sólo 3 de los 382 sujetos no la presentaron durante la *poussée* de hipertiroidismo). La *presión arterial* se caracterizaba por: la máxima normal (54.2 % de los casos), aumentada (41.6 %) o descendida (4.2 %); la mínima normal (75 %) o disminuída (20 %); la mayoría de los enfermos tenía una máxima normal o ligeramente aumentada y una mínima normal (71 %), con una diferencia algo mayor que la normal. El *corazón* presentaba clínicamente los signos del erectismo, con un soplo sistólico accidental y a veces uno diastólico cardio-pulmonar. Las grandes *arterias* tenían latidos exagerados, contrastando con la pequeñez de los de las pequeñas (disociación cardio-radial), todo lo cual semeja las condiciones circulatorias de la insuficiencia aórtica, de la que se diferencia por la falta de hipertensión relativa de la periferia.

La *presión venosa* estaba aumentada en el 91.3 % de los casos: existía un aumento de la *velocidad de la circulación sanguínea*, del *volumen sistólico*, del *volumen minuto* y posiblemente de la *cantidad de sangre circulante*. *Radiológicamente*, junto con el erectismo, se observa un aumento de las cavidades derechas. *Electrocardiográficamente*, aumento del espacio PR (12.6 % de los casos), predominio izquierdo (35.4 %) o derecho (8 %), aumento de P (30.4 %) y de T (17.9 %), aparte de los trastornos del ritmo: taquiarritmia (14.6 % de los casos), *flutter* (1.6 %) y extrasístoles (3.0 %). — M. Joselevich.

ELECTROCARDIOGRAFÍA

DERIVACIONES ELECTIVAS PARA LAS CORRIENTES DE ORIGEN ATRIAL. (Derivazioni elettive per le correnti di origine atriale). A. LUISADA. "Cuore e Circ.", 1935. XIX, 77.

En una serie de interesantes experiencias, el autor relata los resultados obtenidos utilizando en el hombre ciertas derivaciones especiales, como ser la *esófago recto*, *esófago 4° espacio intercostal derecho*, *esófago región supraclavicular derecha*, *boca esófago*, *esófago solamente*, etc. Para las derivaciones esofágicas y gástricas se usa una sonda ureteral con dos pequeños anillos a 1 cm. de distancia en la extremidad, que sirven de electrodos. El nivel de la aurícula izquierda, hasta donde debe llegar la sonda, se calcula a 32-35 cms. de la arcada dentaria.

La *esófago-supraclavicular derecha*, da un E. C. G. que en su parte ventricular presenta pocas modificaciones con los de la derivación clásica, mientras

que la onda P es altísima, mayor que R, y representa la fusión de ambas aurículas con predominio izquierdo.

Para la *aurícula izquierda*, la derivación electiva es la esofágica simple, que da una verdadera P izquierda con complejo ventricular muy reducido.

Para la *aurícula derecha*, recomienda la boca-xifoides, que da típicas ondas P derechas. — *B. Moia*.

INVERSION DE LA ONDA T DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN D I O II EN INDIVIDUOS JOVENES AFECTOS DE ASTENIA NEURO-CIRCULATORIA, TIROTOXICOSIS, CIERTAS INFECCIONES Y DESPUES DE ATAQUES DE TAQUICARDIA PAROXISTICA VENTRICULAR, (Inversion of the T wave in lead I or II of the electrocardiogram in young individuals etc.). A. GRAYBEL y P. D. WHITE. "Amer. Heart. J.", 1935, X, 345.

Presentan 23 casos en los cuales se encontró una inversión significativa de la onda T no asociada a las causas comunes conocidas de esta inversión (alteración de la circulación coronaria, trastornos de origen nervioso, acción de drogas, tóxicos y cambios de posición del corazón) y que respondían en cambio a alguna de las causas indicadas en el título.

No se conoce la razón de la inversión de T en estos casos.

Este hallazgo indica la necesidad de ser precavido en el diagnóstico de lesión miocárdica grave cuando la única anormalidad presente es una onda T invertida en D I o II. — *E. Braun Menéndez*.

EL EFECTO DE UN EJERCICIO-TIPO SOBRE LA CUARTA DERIVACION DEL ELECTROCARDIOGRAMA. SU VALOR EN EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES CORONARIANAS, (The Effect of Standardized Exercise on the Four-Lead Electrocardiogram). L. N. KATZ y H. LANDT. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX, 346.

Todavía no existe un acuerdo sobre la relación que guardan las modificaciones electrocardiográficas de la angina de pecho producida espontáneamente con las de los distintos tipos de ejercicio que la provocan experimentalmente. Como además la utilización de la cuarta derivación ha permitido demostrar la existencia de modificaciones electrocardiográficas que con sólo las otras tres derivaciones permanecían ocultas, los autores han resuelto estudiar el asunto, observando la influencia que ejerce el ejercicio sobre la cuarta derivación de enfermos afectos de angina de pecho.

El ejercicio aplicado en 20 enfermos, consistió en levantar 60 veces en 3 minutos un peso de 3 libras en cada mano, extendiendo los brazos en ángulo recto sobre el cuerpo, estando el sujeto en cama.

13 de los 20 enfermos tuvieron un ataque de angina de pecho a raíz de ese ejercicio. No existió paralelismo entre el desarrollo de la angina de pecho y las modificaciones electrocardiográficas, estando a veces ausentes aquella o éstas, fal-

tando otras veces las dos o estando en otras las dos presentes. En 2 enfermos el agregado de la cuarta derivación permitió descubrir modificaciones que sin ello hubieran pasado desapercibidas.

"La utilización de los efectos del ejercicio sobre la 4ª derivación del electrocardiograma fué de una apreciable ayuda al estimar el estado de la circulación coronariana. El uso sistemático de un ejercicio-tipo tan simple puede considerarse como de valor al juzgar la respuesta al esfuerzo de un enfermo". — *M. Joselevich*.

INFLUENCIAS EXTRACARDIACAS SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA? INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS SOBRE EL E. C. G. DESPUES DE LA EXCLUSIÓN DEL CENTRO O DE LA PERIFERIA. (Influence extracardiache sull'elettrocardiogramma? Ricerche biologiche sull'elettrocardiogramma dopo esclusione del centro o della periferia) C. M. CATALDI. "Cuore e Circ.", 1935, XIX, 87.

Prosiguiendo investigaciones ya comentadas en un número anterior (4), el autor encuentra que en los perros privados de corazón y perfundidos por un sistema personal, no se registra ningún fenómeno eléctrico, lo que excluye la posibilidad de variaciones eléctricas por simples fenómenos físico-químicos determinados, por la circulación de la sangre en los vasos. Cuando la exclusión es parcial se registran variaciones del E. C. G. central y periférico bajo la acción de ciertos fármacos. En los preparados cardiopulmonares de Starling se notan escasas variaciones del E. C. G. periférico y grandes del central al pasar del animal normal al preparado, con cambios variables de ambos trazados bajo la acción de ciertos fármacos. Y finalmente en el corazón moribundo se ven fenómenos interesantes caracterizados por extrasístoles, fibrilación ventricular, complejos eléctricos a rápido desarrollo y alargados, sufriendo variadas modificaciones al pasar del centro a la periferia.

Llega finalmente a la conclusión de que los tejidos periféricos funcionan como un gran condensador, modificando las ondas eléctricas provenientes del corazón, de lo que se desprende que las derivaciones clásicas informan, de manera muy imprecisa, los fenómenos que se pasan a nivel del corazón. — *B. Moia*.

UN SINDROME CLINICO DEBIDO A TRASTORNOS SINO-AURICULARES CON ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO. (Un syndrome clinique dû a troubles sino-auriculaire avec etude electrocardiographique). C. DIMITRACOFF y A. MILEW. Arch. Mal. du Coeur", 1934, XI, 704

A raíz de una observación los autores describen un síndrome constituido clínicamente por: vértigos, trastornos gastrointestinales (meteorismo, cólicos y diarrea) palpitations angustiosas y bradicardia (40 a 44 por l'). En el examen del corazón encuentran una ligera hipertrofia ventricular izquierda y soplo sistólico de punta. Electrocardiográficamente encuentran además de un bloqueo A-V

simple un bloque sino-auricular exteriorizado por algunos espacios P. P. muy alargados.

El síndrome recuerda en su evolución al Stokes-Adams. — *J. C. Etchevés*.

DISOCIACION AURICULO-VENTRICULAR ISORITMICA TRANSITORIA. (Dissociation auriculo-ventriculaire isorhythmique transitoire). I. ENESCU y N. VACAREANU. "Arch. Malad. dû Coeur", 1935, XI, 691.

Los autores publican dos casos más de este tipo excepcional de disociación A-V. Se trata de una arritmia que se caracteriza porque los complejos auriculares y ventriculares son iguales en número, pero la onda P. varía en su posición con respecto a R, pudiendo precederla, coincidir o seguirla, siendo siempre positiva. La frecuencia del pulso en estas dos observaciones era de 56 y 61.

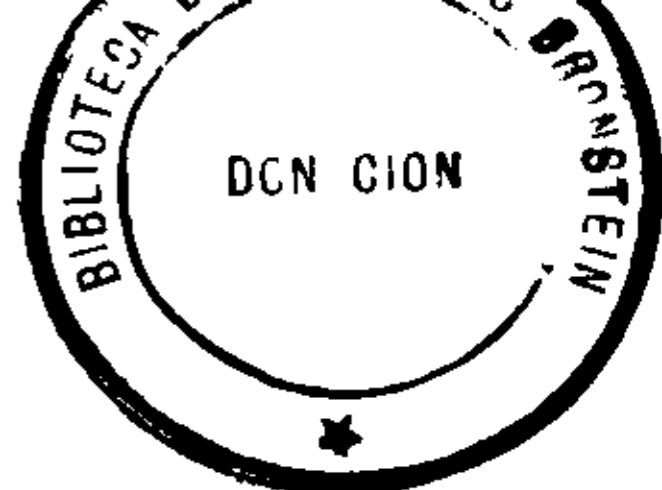
La fiebre reumática es la etiología en juego en un caso. En el otro no se pudo precisar la causa. En los dos la disociación es transitoria. Los autores creen, como Gallavardin, que para que la disociación A-V isorítmica se produzca es necesario la inhibición sinusal coexistente con una aceleración del nudo de Tawara. — *J. C. Etchevés*.

ALTERACIONES DEL ELECTROCARDIOGRAMA CONSECUTIVAS A EXTRASISTOLES. (Die Veränderungen des Elektrokardiogramms nach Kammerextrasystolen). JOSEF VON FERNBACH. "Deut. Arch. Klin. Med.", 1934, CLXXVII, 1.

El autor constata en 8 casos que a consecuencia de extrasístoles ventriculares aparecen modificaciones en el complejo postextrasistólico. Estas consisten en modificaciones de T (aplanamiento, inversión, mayor altura) y de P (elevación). Von Fernbach explica estas alteraciones por la sobrecarga ventricular de la contracción que sigue a la extrasístole y por la defectuosa irrigación del miocardio. Cabe suponer en estos casos lesión del miocardio. — *F. Battie*.

SOBRE HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS NEGATIVOS EN MIOCARDIOS PATOLOGICOS. (Über negative elektrokardiographische Befunde pathologischer Herzmuskel). PAUL RADNAI. "Z. klin. Med.", 1934, CXXVII, 305.

Por inyecciones endovenosas de yodo consiguió Radnai en el conejo producir miocarditis experimentales. El electrocardiograma obtenido cada 2-3 días no reveló en ningún caso modificaciones vinculables a miocarditis. En vista de estos resultados, se planteó la pregunta del valor del E. C. G. normal como índice de corazón sano. En sujetos con E. C. G. negativo o con pequeñas modificaciones sin significado se obtuvo a raíz de accesos de fiebre provocados con fines terapéuticos (P. G. P. y otros) importantes modificaciones E. C. G. Esta circunstancia obliga a vigilar a estos enfermos, obteniendo varios trazados en el curso del tratamiento. También podría ser aprovechado este hecho para explorar el funcionamiento cardíaco antes de operaciones no urgentes. — *F. Battie*.



ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

ANEMIA Y ANGINA DE PECHO. (Anämie und Angina pectoris). M. HOCHREIN y K. MATTHES. "Deut. Arch. klin. Med.", 1934, CLXXVII, 1.

Los experimentos en animales demuestran que con sangrías que llegan hasta el 8 % de sangre total, la pérdida sanguínea está compensada por los depósitos sanguíneos (bazo, hígado, pulmón). Con sangrías mayores la circulación coronaria se mantiene igual o disminuye mucho menos que la circulación general. (Las pruebas farmacológicas revelan en estas condiciones hipotonía vagal). Estudiando 78 enfermos con anemia que no hubieran pasado los 50 años, encontraron sólo 1 caso de ángor (tenía una cardiopatía reumática). En 297 anginosos encontraron 5 anémicos (1.7 %) de los cuales 3 padecían de lesiones coronarias orgánicas. Como prueba de la escasa relación que existe entre el ángor y la anemia los autores citan los siguientes hechos: En algunos enfermos se observa que los accesos aumentan o recién aparecen con la mejoría de la anemia; la angina no se ve en las anemias grandes (por debajo de 30 % de hemoglobina) sino en las moderadas (hemoglobina alrededor de 50 %) y en sujetos de edad; los trastornos cardíacos subjetivos no aumentan al acentuarse la anemia. — F. Battie.

EL EFECTO DE LAS PLACAS ATEROESCLEROSICAS SOBRE EL DIÁMETRO DE LA LUZ DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. (The effect of atherosclerotic plaques on the diameter of the lumen of coronary arteries). J. D. STEWART, EUGENE BIRCHWOOD y H. GIDEON WELLS. "Jour. Am. Med. Ass.", 1935, CIV, 730.

Los autores estudian la relación entre el tamaño de la luz de las arterias coronarias a nivel de la placa ateroesclerótica apreciado con el examen necrópsico usual y el tamaño real de la luz cuando la arteria es distendida por la presión sanguínea. Llevan a cabo dicho estudio en 9 corazones con lesiones esclerosas de las coronarias. Primero distienden las coronarias inyectando a una presión de 95 mm. Hg. una suspensión de sulfato de bario, tragacanto y agua. Con el estudio radiográfico de dichos corazones preparadas determinan la configuración de la luz de las arterias coronarias. Luego realizan una serie de cortes, midiendo directamente el diámetro de la luz arterial. Con ambos procedimientos demuestran lo siguiente: una arteria puede presentarse radiográficamente bien llena con contornos lisos y solamente en algunos puntos apenas estrechada; esta misma arteria seccionada suele mostrar estrechamientos pronunciados de la luz arterial a nivel de las placas de ateroesclerosis. Los autores concluyen diciendo que el estrechamiento aparente observado en el cadáver pudo no haber existido durante la vida. — I. Berconsky.

EL MECANISMO DE PRODUCCION DEL DOLOR EN LA ANGINA DE PECHO. (Mechanism of pain production in angina pectoris). KATZ L. N. "Amer. Heart. J.", 1935, X, 322.

Parecería que el estímulo para el dolor fuera uno o varios productos metabólicos capaces de ditundirse rápidamente en la corriente sanguínea y que se al-

teran rápidamente en presencia de un aporte adecuado de oxígeno. La acumulación de este producto depende por una parte del carácter y de la cantidad del trabajo realizado y de la eficiencia del corazón y por otra parte de la cantidad de oxígeno y del aporte sanguíneo. Cuando aparece el dolor esta sustancia alcanza una concentración suficiente para sobrepasar el umbral de los órganos receptores del dolor.

Este producto químico parece ser de carácter ácido, o por lo menos de tal naturaleza que se suma en las sustancias ácidas y es neutralizado por las sustancias alcalinas. Probablemente se trate de una sustancia parecida al ácido láctico o fosfórico que se forma en la fase catabólica de la actividad muscular.

Mucho queda aun por investigar en el problema de la producción del dolor especialmente en lo que concierne a las variaciones de las respuestas dolorosas bajo condiciones de apariencia idénticas. Un factor importante responsable de estas variaciones sería la variabilidad del estado de los receptores del dolor y de las vías dolorosas y las fluctuaciones del sensorio para la percepción de la sensación dolorosa. — *E. Braun Menéndez.*

LOCALIZACION DE LOS INFARTOS CARDIACOS DE ACUERDO CON LOS COMPONENTES MUSCULARES DEL VENTRICULO. (Localization of cardiac infarcts according to component ventricular muscles). ROBB J. S., HISS J. G. y ROBB R. C. "Amer. Heart. J.", 1935. X, 287.

En lugar de localizar los infartos miocárdicos relacionándolos con la topografía cardíaca (base o punta, anterior o posterior de ventrículo derecho o izquierdo) o con las grandes ramas de las arterias coronarias interesadas (rama descendente o circunfleja de la coronaria izquierda, etc.) los autores usan como base los haces musculares del ventrículo.

Robb ha estudiado el aporte sanguíneo a estos haces musculares y comprobó que de las pequeñas ramas de las coronarias hay varias que solamente irrigan a uno de estos haces musculares. Los autores ligan estas ramas terminales lo que les permite provocar una isquemia localizada a uno solo de los haces que componen el músculo ventricular, en 21 perros y observan los efectos inmediatos de la ligadura en el electrocardiograma y en la presión arterial.

Han podido así estudiar los efectos de la isquemia de 4 de los 6 haces musculares de que se componen los ventrículos a saber: el seno espiral superficial, el bulbo espiral superficial, el seno espiral profundo y el bulbo espiral profundo.

1° La isquemia del músculo bulbo espiral superficial mediante la ligadura de algunas de las arterias terminales que lo irrigan (ramas de la descendente anterior y de la descendente posterior) provoca variaciones electrocardiográficas que se caracterizan por una depresión del segmento R - T en D I y elevación de R - T en D II y III.

2° La lesión del músculo seno espiral superficial mediante la ligadura de las arterias terminales que lo irrigan (ramas de la descendente anterior) provoca variaciones electrocardiográficas que se caracterizan por una pequeña elevación del segmento R - T en las tres derivaciones.

3° La lesión del músculo bulbo espiral profundo mediante la ligadura

de las arterias terminales que lo irrigan (ramas de la circunfleja izquierda) provoca variaciones electrocardiográficas que se caracterizan por una acentuada elevación del segmento R - T en las tres derivaciones.

4° La lesión del músculo sino espiral profundo mediante la ligadura de las arterias terminales que lo irrigan (una de ellas rama de la descendente anterior y las otras ramas laterales de la coronaria derecha) provoca variaciones electrocardiográficas que se caracterizan por la elevación del segmento R - T, en D I y la depresión del segmento R - T en D II y III.

La lesión de uno o de ambos músculos superficiales altera poco o nada la presión sanguínea. La lesión de cualquiera de los dos músculos profundos es causa de una caída profunda de la presión sanguínea y si la lesión es extendida provoca la muerte inmediata. — *E. Braun Menéndez.*

LA SEDIMENTACIÓN GLOBULAR EN EL INFARTO DE MIOCARDIO. SU SIGNIFICACION DIAGNOSTICA Y PRONOSTICA. (La sedimentation globulaire dans l'infarctus du myocarde. La signification diagnostique et pronostique). G. BICKEL, J. MOZER y F. SCICLOUNOFF. "Arch. Mal. dû Coeur", 1935, II, 73.

Los autores sostienen que en el infarto de miocardio la eritrosedimentación se encuentra acelerada. Dicho síntoma aparece del 2° al 4° día de iniciada la crisis dolorosa, alcanzando su máximo dos días después para retroceder lentamente en las semanas posteriores. Las cifras a que alcanza la eritrosedimentación son altas, llegando hasta 100 mm. en la primer hora. Dicho fenómeno sería producido por el aumento del fibrinógeno sanguíneo originado por la necrobiosis de la zona infartada.

Una eritrosedimentación alta y prolongada es, según los autores, un elemento de juicio desfavorable para el pronóstico, en cambio su regreso a las cifras normales indicaría la cicatrización real del infarto y es por ende un signo importante de buen pronóstico.

La eritrosedimentación, dicen, tiene también valor diagnóstico, pues ella no se acelera en el angor y sí en el infarto, siendo por consiguiente un elemento de juicio interesante para los casos dudosos. — *J. C. Etchevés.*

VALOR DE LOS ELECTROCARDIOGRAMAS SERIADOS EN LA TROMBOSIS CORONARIANA. (Value of serial electrocardiograms in coronary thrombosis). H. A. RICHTER. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX, 487.

Un trazado aislado provoca con relativa frecuencia errores de diagnóstico, ya sea haciendo pasar desapercibida la existencia de una trombosis coronariana, ya inclinando la balanza en favor de la misma cuando se trata en realidad de otras circunstancias. La rama arterial obliterada, la concomitancia de varios infartos, la importancia de las colaterales, la manera brusca o lenta de producirse la trombosis, etc., pueden hacer que no se obtengan modificaciones características del trazado si éste es único y no se lo ha efectuado casualmente en el momento propicio. Por otra parte, en el reumatismo, las enfermedades valvulares crónicas, la influenza, difteria, neumonía, hipertiroidismo, pericarditis con derrame, uremia,

en la intoxicación por digital, quinidina y emetina, etc., los trazados pueden simular los del infarto.

Esos errores podrían evitarse obteniendo trazados en serie: en los infartos, podrá sorprenderse alguna vez las modificaciones características; en los otros casos, se demostrará que se trata de trastornos pasajeros (difteria, intoxicaciones, etc.) o no evolutivos (enfermedades valvulares crónicas).

Los autores aconsejan obtener un primer trazado tan cerca como sea posible del comienzo del accidente; otro, 48 horas después, y luego uno por semana hasta 1 mes más tarde o algo más.

Procediendo en esa forma, pudieron reconocer la existencia de la trombosis en 70 de los 7 casos estudiados, fracasando solamente en los 2 restantes. "Si se efectúan los trazados seriados, la seguridad del examen electrocardiográfico en la trombosis coronaria se aproximará estrechamente a la de las reacciones de Wassermann y de Kahn en la sífilis". — *M. Joselevich*.

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL INFARTO DEL MIOCARDIO. EXAMEN DE 107 CASOS CLINICOS Y 108 COMPROBADOS EN LA AUTOPSIA. (Electrocardiogram in Myocardial Infarction. Review of One Hundred and Seven Clinical Cases and One Hundred and Eight Proved at Necropsy). A. R. BARNES. "Arch. Int. Med.", 1935, CV, 457.

Después de resumir los conceptos actuales sobre la anatomía de las coronarias y la irrigación del miocardio, el autor recalca algunos de los puntos más importantes de la patología del infarto, resume los trabajos experimentales y las observaciones clínicas, haciendo notar los resultados distintos obtenidos en aquellos y las opiniones diferentes vertidas sobre el valor de los signos electrocardiográficos. Con la base de esos datos y los suministrados por el estudio de los 215 casos observados en los últimos 6 años en la "Mayo Clinic", Barnes afirma:

1º) Que conociendo la distribución de las coronarias y analizando bien los casos, puede afirmarse que el infarto de la base del ventrículo izquierdo es tan frecuente como el de la punta.

2º) Que es la situación de dicho infarto y no la arteria que irriga el territorio afectado lo que determina los caracteres electrocardiográficos.

3º) Que los trabajos experimentales que consisten en la ligadura de vasos o la destrucción de zonas del ventrículo izquierdo originan modificaciones características del segmento RS-T.

4º) Que esas modificaciones son las que primero se producen, siendo los cambios de la onda T secundarios a aquéllas; que existen modificaciones propias que casi siempre permiten diferenciar en el hombre los infartos de base y de punta (T_1 y T_2), teniendo también mucha importancia la presencia de Q_1 y Q_2 apicales.

5º) Que cuando el infarto no se manifiesta por trazados típicos es por que estos no se sacaron en número o tiempo apropiados, o habían varios infartos o un bloqueo de rama o una pericarditis sobreagregada.

6º) Que no existen trazados que correspondan a la angina de pecho, esclerosis coronaria o fibrosis miocárdica y permitan su diagnóstico.

7º) Que los trazados tipo T_1 o T_3 típicos parecen tener mejor pronóstico y peor los de bajo voltaje.

8º) Que las modificaciones electrocardiográficas pueden aparecer al cabo de una a dos horas de producido el infarto y no desaparecer del todo hasta 2 a 3 años después. — *M. Joselevich.*

TROMBOSIS ARTERIAL CORONARIA CON DERRAME PERICARDICO. (*Coronary artery thrombosis with pericardial effusion*). A. M. MASTER y HARRY L. IAFFE. "Jour. Am. Med. Ass.", 1935, CIV, 1212.

Los autores publican dos casos de derrame pericárdico consecutivos a una oclusión coronaria brusca. El primer caso se trataba de un sujeto de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial. La radiografía obtenida a las dos semanas de iniciado el infarto del miocardio puso en evidencia un derrame pericárdico; una nueva radiografía sacada un mes después demostró la desaparición del derrame. El enfermo se restableció al poco tiempo.

El segundo caso se trataba de una mujer de 57 años: el estudio radiológico permitió diagnosticar derrame pericárdico, que desapareció al poco tiempo. Esta enferma también mejoró del proceso oclusivo coronario. Ambos enfermos presentaron frotos pericárdicos.

Los autores concluyen que el diagnóstico de derrame pericárdico por trombosis coronaria, sería más frecuente si se practicara siempre en estos casos un estudio radiográfico. — *I. Berconsky.*

INFECCIOSAS

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE LAS ENDOCARDITIS. (*Etude anatomo-pathologique des endocardites*). G. ALBOT y A. MIGET. "Ann. d'Anat. Pathol.", 1935, XII, 13.

Los autores agregan a las conocidas formas trombosante y ulcerosa, la simple y la esclerosante, reconociendo que la distinción entre las formas benignas y las malignas no tienen nada de absoluto, aún cuando las lesiones verrugosas son el hecho predominante en las benignas y las trombóticas y ulcerativas en las malignas. Las lesiones iniciales no tienen tampoco nada de característico ni específico, para poder establecer una clasificación anatomoclínica. Esta sólo podría conseguirse tomando por base el balance de todas las lesiones de la economía: enfermedades generales, complicándose momentáneamente de endocarditis ligera; enfermedad de Bouillaud; y afecciones generales septicémicas, a poussées sucesivas, de curso agudo, subagudo o crónico, conocidos bajo los nombres variables de endocarditis maligna septica, micótica o bacteriana. — *B. Moia.*

EL EFECTO DE LA ESCARLATINA SOBRE EL CORAZON. (*The Effect of Scarlet Fever Upon the Heart*). J. M. FAULKNER, E. H. PLACE y W. R. OHLER. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX, 352.

Para establecer la acción de la escarlatina sobre el corazón, los autores estudiaron 171 escarlatinosos del "South Department of the Boston City Hospital"

y otros 600 exenfermos que citaron especialmente, siguiéndolos durante un período comprendido en los 3 años siguientes a la curación de la afección.

De los 171 pacientes del primer grupo, 11 presentaron anomalías electrocardiográficas (en 5 prolongación del espacio P-R, en 6 aplanamiento o inversión de T) que siempre aparecieron después del 13º día de comenzada la enfermedad. Además, 4 de los enfermos presentaron signos clínicos de endocarditis inmediatamente después de la escarlatina. De los 600 sujetos seguidos durante los 3 años siguientes a la curación, 17 desarrollaron una enfermedad del corazón en ese intervalo: 1 insuficiencia mitral, 4 enfermedades mitrales, 1 insuficiencia aórtica, 1 insuficiencia mitral y aórtica.

Tanto los trastornos electrocardiográficos como los signos clínicos eran exactamente iguales a los de la fiebre reumática. Los autores establecen una comparación entre los caracteres de ambas enfermedades, afirmando que ambas comienzan por una tonsilitis, que en ambas transcurre un período de tiempo entre la infección laríngea y la reacción secundaria constitucional, que en ambas puede existir un período latente hasta que aparecen los signos electrocardiográficos y que en ambas la endocarditis puede desarrollarse con o sin artritis aguda migratoria, la cual presenta en los dos casos caracteres tan idénticos que no permiten establecer ninguna diferenciación. Por último, las cardiopatías son exactamente iguales en uno y otro caso. El reumatismo que provoca el *streptococcus scarlatinae* sería, pues, una reacción alérgica similar a la producida por las otras infecciones estreptocócicas de las vías aéreas superiores responsables de la fiebre reumática. — M. Joselevich.

RELACION ENTRE LA ENDOCARDITIS REUMÁTICA Y LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA, (Relationship Between Rheumatic and Subacute Bacterial Endocarditis). W. C. VON GLAHN y A. M. PAPPENHEIMAR. "Arch. Int. Med.", 1935, LV, 173.

La relación que existe entre el reumatismo y la endocarditis bacteriana subaguda es interpretada en la actualidad de modo distinto: 1) ambos tipos de lesiones son reacciones de intensidad diferente para una misma infección; 2) la E. B. S. es una reinfección de una lesión valvular reumática antigua o curada; 3) la E. B. S. es una infección secundaria de una lesión reumática reciente o activa.

Los autores defienden esta última tesis sobre la base del estudio de 26 observaciones. En 15 de esos casos se observó al simple examen macroscópico la coexistencia de pequeñas vegetaciones más consistentes que las mayores y más friables de la endocarditis bacteriana. En los 26 casos el examen histológico demostró la presencia de vegetaciones libres de bacterias y con la apariencia de las reumáticas y en 24 de esos 26 casos estas vegetaciones estaban situadas en la misma válvulas que las de la endocarditis bacteriana. Muchas vegetaciones iguales a las reumáticas contenían bacterias en su parte más superficial, pudiéndose establecer una cadena ininterrumpida entre las lesiones reumáticas típicas y las características vegetaciones de la E. B. S. Por último, en 12 de los 26 casos de E. B. S. se comprobó la presencia de nódulos de Aschoff en el miocardio, lo que

constituye una proporción exactamente igual (46 por ciento) a la de la frecuencia con que se encuentran dichos nódulos en las cardiopatías reumáticas simples.

Por lo tanto puede afirmarse que "la infección de las válvulas del corazón por el estreptococo no hemolítico en los enfermos reumáticos es debida a la implantación de dicho germen sobre vegetaciones reumáticas no curadas". — *M. Joselevich.*

VASOS Y PULSO

LA ETIOLOGIA DE LOS SINTOMAS VASCULARES DE LA COSTILLA CERVICAL. (The etiology of the Vascular symptoms of Cervical Rib). D. M. BLAIR, F. DAVIES y W. MC KISSOCK. "The Brit. J. Surg.", 1935, XXII, 406.

En un caso de costilla cervical con marcados fenómenos vasculares del brazo derecho, llegando hasta la abolición del pulso radial, practican una resección que va seguida de mejoría, con reaparición del pulso, pero el sujeto fallece al 8º día. El estudio histológico del plexo braquial reunía un marcado engrosamiento endoneural con proliferación nuclear en el primer nervio dorsal y parte inferior del tronco más bajo del plexo, lesiones todas vinculadas a la costilla cervical. Los autores suponen que estas lesiones producen una marcada irritación de las fibras simpáticas responsables de la vasoconstricción del miembro. — *B. Moia.*

OBSERVACIONES SOBRE EL EFECTO DE UNA FISTULA ARTERIO-VENOSA SOBRE LA CIRCULACION HUMANA, (Observations on the effect of an arteriovenous fistula on the human circulation). L. B. LAPLACE. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX, 497.

Un caso de fistula arteriovenosa traumática femoral fué cuidadosamente estudiado durante un periodo de tiempo que comprendió los 6 meses anteriores y los 8 posteriores a la operación.

El autor señala como efecto más importante de la fistula arteriovenosa el gran aumento de tamaño del corazón; la dilatación predominaría sobre la hipertrofia, puesto que el volumen cardíaco se redujo rápidamente después de la operación, pero sin embargo resulta muy difícil explicar una dilatación tan grande con sólo un aumento del *volumen minuto* de 24 %; además, la insuficiencia aórtica, que origina trastornos circulatorios semejantes, provoca una hipertrofia preponderante. Tampoco puede atribuirse dicha dilatación al aumento del *volumen de sangre circulante*, puesto que la poliglobulia raramente provoca la dilatación del corazón. La insuficiente irrigación coronaria originada por la fistula podría en cambio explicar esa desproporcionada dilatación cardíaca.

La oclusión digital de la fistula provocaba un aumento de la presión arterial y un retardo del pulso, pero ambos fenómenos no poseían una relación constante, lo que demuestra que la bradicardia reaccional característica de estos casos no depende exclusivamente del aumento de la presión arterial.

El autor sugiere la hipótesis de que el resultado de la tiroidectomía total que actualmente se ensaya como tratamiento de la insuficiencia cardíaca y la angina de pecho se debe, no solamente a una reducción de las exigencias del organismo en aflujo sanguíneo y en consecuencia del V. M., sino a una mejora en la irrigación coronariana tal como acontece cuando se obtura la fístula arterio-venosa. — *M. Joselevich.*

PERIARTERITIS NUDOSA. COMUNICACION DE UN CASO FATAL DE HEMORRAGIA PERIRRENAL. (Periarthritis nodosa. Report of a case with fatal perirrenal hemorrhage). GEORGE K. WEVER e ISABELLA H. PERRY. "Jour Am. Med. Ass.", 1935, CIV, 1390.

Se trata de un hombre de 29 años que comienza desde hace 7 años con dolores intermitentes en la región lumbar y desde hace un año presenta anorexia, cefálea y astenia. Se le comprueba hipertensión arterial Mx. 235 y Mn. 150, esclerosis arterial y lesiones de fondo de ojo caracterizadas por esclerosis de los vasos retinianos y lesiones cicatriciales correspondientes a antiguas hemorragias. En orina se encontró vestigios de albúmina, glóbulos rojos y blancos y algunos cilindros granulados. La eliminación de la fenolsulfoftaleína fué de 49 %. Este cuadro fué diagnosticado como nefritis crónica. Seis meses después reingresa al hospital por un dolor intensísimo en la región lumbar derecha, presentando un cuadro clínico que hizo sospechar un absceso perirrenal. Se interviene al enfermo, encontrándose un hematoma perirrenal. Fallece 10 horas después por una segunda hemorragia en la fosa renal. El estudio necrópsico evidenció lesiones típicas de periarteritis nudosa localizadas en las arterias mesentéricas, hepáticas, esplénicas renales, suprarrenales, miocardio y mamas internas. — *I. Berconsky.*

TROMBO ANGEITIS OBLITERANTE EN LA MUJER. (Thrombo-angietis obliterans in women). S. SILBERT. "Ann. Surg.", 1935, CI, 324.

Con motivo de dos casos típicos afectando al sexo femenino, el autor recuerda la rareza de estos hechos, admitiendo la existencia de un factor constitucional hereditario. El uso del tabaco es un elemento determinante esencial e importante, y muchos casos de tromboangeitis en potencia, no acusarían trastornos circulatorios por la falta de tabaquismo. — *B. Moia.*

ARTERIOGRAFIA EN LA GANGRENA DE LAS EXTREMIDADES POR EL USO DEL OXIDO DE TORIO (ESTABILIZADO). (Arteriography in gangrene of the extremities by the use of Thorium dioxide (Stabilized)). J. ROSS NEAL y E. M. Mc FERRIDGE. "Ann. Surg.", 1935, CI, 766.

Estudian 27 pacientes a los cuales hacen inyecciones variables de 12 a 25 c. c. de Thorotrast. No acusan resultados secundarios nocivos, considerándolo como un método simple y efectivo para visualizar la circulación arterial, de in-

ANÁLISIS DE REVISTAS

igualable valor para determinar la altura de la obstrucción, facilitando enormemente la aplicación de embolectomias arteriales. — *B. Moia*.

SOBRE PULSO ALTERNANTE MINIMO, (Über Pulsus alternans minimus).
O. SPÜHLER. "Z. klin. Med.", 1934, CXXVII, 268.

Entre 100 hipertensos se encontraron 6 casos de pulso alternante mínimo y un caso de alternancia cardíaca. Entre 10 casos de fibrilación auricular, 1 caso de pulso alternante manifiesto. En todos los casos de P. A. mínimo no pudo demostrarse alternancia cardíaca; en el caso de alternancia cardíaca no se constató pulso alternante. Entre los casos observados no se constató ninguno que dependiera de alta frecuencia de pulso. Por haber sido constatado el pulso alternante en casos con seria descompensación, adquiere dicho signo mala significación pronóstica. — *F. Battle*.

LA INTERPRETACION CORRECTA DE LOS TRAZADOS OSCILOGRAFICOS DEL PULSO PARADOJAL, (L'interprétation correcte des tracés oscillographiques de pouls paradoxal). V. ARNOVLJVIK y J. B. MILOVANOVITCH. "C. R. Soc. Biol.", 1935, CXVII, 50.

Los autores encuentran que una baja inspiratoria de la presión arterial puede traducirse sea por un aumento, sea por una disminución de la amplitud de las oscilaciones según el nivel de la contrapresión a la que son registradas. En el primer caso la contrapresión es inferior a la media dinámica, y en el segundo es igual o superior. Estudiando los trazados de pulso paradojal invertido, publicados por Laubry y Mougeot, llegan a la conclusión que ellos han sido obtenidos a una contrapresión inferior a la media dinámica, por lo que no constituyen ninguna distinción con el pulso paradojal clásico, que se obtendrá invertido, siempre que se recurra a estas contrapresiones bajas. — *B. Moia*.

PRESIÓN ARTERIAL

LA DURACION RELATIVA DEL COMPLEJO SISTOLICO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL. A. F. NANCLARES y J. E. ISRAEL. "La Prensa Médica Argent.", 1934, XXII, 729.

Examinan 100 individuos afectos de hipertensión arterial (presión sistólica mayor de 16 cms. Hg.) con el fin de determinar la duración relativa del complejo sistólico del electrocardiograma, aplicando las fórmulas de Lian, Golblin y Baraige, de Waller y Bagett y de Fridericia.

Encuentran un aumento de duración de la sistole (Q-T del electrocardiograma) en el 29 % de los casos examinados. En 50 de los casos en que la presión sistólica era mayor de 20 cms. Hg. se encontró un aumento de duración de la sistole en 22 (44 %). De los 40 hipertensos con insuficiencia cardíaca en 25 (62,5 %) existía un alargamiento de la sistole. — *E. Braun Menéndez*.

RESPUESTA DEL APARATO CARDIOVASCULAR A LA INYECCION SUBCUTANEA DE EPINEFRINA Y PITUITRINA EN LA HIPERTENSION ESENCIAL. (*Cardiovascular Response to the Subcutaneous Injection of Epinephrin and Pituitrin in Essential Hypertension*). A. H. ELLIOT y F. R. NUZUM. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX, 215.

Para estudiar los efectos de la epinefrina y la pituitrina sobre el aparato cardiovascular de los enfermos afectos de hipertensión esencial, los autores administraron una inyección subcutánea de 1 milígramo de epinefrina en 32 de esos pacientes y una de pituitrina en otros 40, determinado durante la hora siguiente a dicha inyección y con intervalos de 5 minutos, la frecuencia del pulso y las cifras de la presión arterial.

La inyección de epinefrina determinó en general una disminución de la presión arterial con aceleración del pulso; la máxima bajaba antes de los 35 minutos para luego volver a las cifras anteriores; la mínima descendía dentro de los 45 minutos y luego se mantenía así hasta el final de la prueba.

La inyección de pituitrina determinó un ligero aumento de la presión diastólica con una también ligera disminución de la sistólica, que se producían después de los 20 minutos, sin modificaciones de la frecuencia del pulso.

Las respuestas intensas a la inyección de pituitrina no eran seguidas necesariamente de una respuesta igualmente intensa a la aplicación de epinefrina.

En resumen, "en estas series de enfermos con hipertensión esencial, no pudo demostrarse una desviación constante o frecuente de la respuesta cardiovascular normal relatada a la inyección subcutánea de epinefrina o pituitrina". — *M. Joselevich.*

HIPOTENSION TRANSITORIA COMO UN FACTOR EN LA TROMBOSIS CEREBRAL. (*Transient hypotension as a factor in cerebral thrombosis*). O. H. PERRY PEPPER. "Ann. Surg.", 1935, CI, 296.

Después de estudiar buen número de casos, el autor llega a la conclusión de que en los hipertensos sífilíticos y en los arterioesclerosos, las caídas de presión arterial pueden representar un papel causal de gran importancia. Los excesos físicos, las comidas copiosas, las infecciones, intervenciones quirúrgicas, aun en ausencia de shock, postración en cama, terapéutica hipotensora intempestiva, pueden muchas veces ser las causas determinantes de esta situación. En tales condiciones es un error tratar de bajar más la presión arterial, porque en el momento del examen ésta se encuentre alta, pues es posible que esté más baja que el nivel habitual del paciente. Evitar en consecuencia la sangría, calentar bien al enfermo, administrándole líquidos libremente. Además el alcohol y la cafeína mejoran la circulación cerebral. Profilácticamente hay que evitar al paciente todas aquellas condiciones que llevan a la brusca hipotensión. — *B. Moia.*

TERAPÉUTICA

QUINIDINA Y ESTRICNINA EN EL TRATAMIENTO DE LAS CONTRACCIONES PREMATURAS. (*Quinidin and Strychnin in the Treatment of Prematura Contractions*). BAYLEY J. y TRAUT E. F. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX, 206.

Los autores historian desde sus comienzos el empleo de los preparados de quinina en las afecciones cardíacas y luego el de la estricnina, para estudiar después los resultados por ellos obtenidos en el tratamiento de 21 casos de arritmia extrasistólica merced a la combinación de ambos medicamentos.

De los 21 enfermos tratados, 16 mejoraron en forma evidente de las contracciones prematuras y de las manifestaciones que acompañaban a éstas, incluso los síntomas de insuficiencia cardíaca. — *M. Joselevich.*

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TAQUICARDIA PAROXISTICA, (*Über die Behandlung der paroxysmalen Tachykardie*). H. BOHNENKAMP. "Klin. Woch.", 1934, XII, 404.

El autor considera la inyección de digital por vía endovenosa como el medio más seguro de detener un ataque de T. P. Aconseja las grandes dosis (hasta 4,5 y más c. c. de digipuratum) en casos en que las medidas habituales y la quinina endovenosa hayan fracasado. En esta forma pudo curar a varios enfermos que llevaban varias semanas de T. P. La colina no la aconseja Bohnenkamp, por ser peligrosa por vía venosa. — *F. Buttle.*

EL EFECTO DEL ENTRENAMIENTO MUSCULAR LIGERO SOBRE LOS ENFERMOS CON AFECCIONES CARDIACAS, (*Effect of Light Muscular Training on Patients with Hearth Disease*). S. H. PROGER y C. KORTH. "Arch. Int. Med.", 1935, LV, 204.

La repercusión del ejercicio muscular sobre los enfermos del corazón es apreciada en forma diferente por los autores, debido a lo cual Proger y Korth se han propuesto estudiar el asunto, valiéndose de un procedimiento que permita establecer con relativa seguridad las modificaciones que dicho ejercicio establece.

A tal efecto estudiaron 6 enfermos seleccionados, con cardiopatías reumáticas, cuya edad oscilaba entre 18 y 22 años. 3 de los cuales tenían una asociación de estrechez e insuficiencia mitral e insuficiencia aórtica y los otros 3 sólo estrechez e insuficiencia mitral. Ninguno de ellos tenía signos de insuficiencia cardíaca ni infección; otros 2 sujetos aparentemente sanos sirvieron de control.

El ejercicio a que se los sometió consistía en pedalear una bicicleta inmóvil 1 a 2 horas por día durante un periodo de 5 a 6 semanas. La influencia de dicho ejercicio se estudió valiéndose, no de las manifestaciones subjetivas, como en los trabajos hasta ahora efectuados, sino de las modificaciones observadas sobre la frecuencia del pulso, de la respiración, el consumo de oxígeno, el volumen minuto respiratorio, el volumen minuto cardíaco, velocidad de la sangre circulante, capacidad vital, electrocardiogramas y telerradiografías.

Los testigos manifestaron una mejoría ligera; los 3 enfermos con lesiones

mitrales y aórticas mejoraron y los 3 con afecciones mitrales aisladas prácticamente no obtuvieron ningún beneficio. Quizás eso pueda explicarse, porque las lesiones combinadas establecen una especie de balanceo entre las circulaciones mayor y menor, lo que no ocurre en los casos de afecciones mitrales aisladas. — *M. Joselevich.*

CONSIDERACIONES SOBRE LA TIROIDECTOMIA TOTAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS CARDIOPATIAS, (*Considerations sur la Thyroïdectomie Totale dans le Traitement des Cardiopathies*). R. PUGLIESE. "Presse Méd.", 1935, N° 27, 527.

Uno de los puntos todavía no resueltos en la tiroidectomía de las cardiopatías es el motivo por el cual dicha operación no provoca el mixedema que correspondería a la extirpación total de la tiroides. El autor formula la hipótesis de que ese hecho se deba a que en la intervención se respetan las paratiroides externas, las cuales, por transformación de parte de sus células en tejido semejante al de la tiroides, suplirían parcialmente las funciones de esta última glándula. Esa transformación ha sido comprobada experimentalmente por el autor practicando la tiroidectomía total en perros, a los que luego sacrificaba para efectuar el estudio histológico de las paratiroides respetadas en la operación; quedaría por demostrar si sucede lo mismo en el hombre, para lo cual bastaría con practicar el examen histológico de las paratiroides en los casos en que los enfermos mueren después de transcurrido un cierto tiempo de la intervención quirúrgica. — *M. Joselevich.*

SOBRE SALYRGAN Y DECHOLIN INYECTADOS SIMULTANEAMENTE (*Über die Salyrgan-Decholin Mischspritze*). E. JANOWSKY. "Med. Klin.", 1935, IV, 120.

La decolina aumenta el poder diurético del Salyrgan y en los casos en que el efecto diurético de este último se había agotado, lo hace reaparecer. También se constató mayor duración de la diuresis. Es, por lo tanto, recomendable la asociación Salyrgan-Decholin en las estasis de origen hepático o cardíaco. — *F. Battle.*

MEJORIAS CARDIACAS CONSECUTIVAS A LA CIRUGIA DE LA VESICULA BILIAR, (*Cardiac improvement following Gall-Bladder Surgery*). TH. FITZ-HUGH y CH C. WOLFERTH "Ann. Surg.", 1935, CI, 478.

Los autores se refieren a seis casos que acusaban síntomas cardíacos, principalmente anginosos, aunque no de esfuerzo, y cuyos E. C. G. mostraban alteraciones llamativas, caracterizadas principalmente por aplanamiento o negatividad de la onda T en las dos primeras o en las tres derivaciones. Dos de ellos no revelaban pasado litiasico, pero la colecistografía evidenciaba calculosis. La intervención quirúrgica, colecistecto, colecistostomía o drenaje del coledoco, fué seguida de rápidas mejorías del estado cardíaco con a la normal del E. C. G. En una mujer de 71 años, la colecistostomía fué seguida de la desaparición por dos meses de fibrilación auricular. De estos estudios se desprende que, no sólo la

vesiculopatía puede injuriar al miocardio, sino que en cierta medida este proceso es reversible. Terminan llamando la atención sobre los beneficios que una cuidadosa y medida terapéutica quirúrgica de las vías biliares, puede reportar en los casos de tales asociaciones mórbidas. — *B. Moia.*

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ACCION FARMACODINAMICA, CARDIOCIRCULATORIA DEL ZAPOTE BLANCO. E. RAMÍREZ y M. D. RIVERO. "Arch. Lat. Am. Card. Hemat.", 1935, V, 2.

Los autores utilizan para sus estudios un extracto de semilla de *Casimiroa edulis* (zapote blanco), que contiene 5 gs. de extracto purificado y 10 de glicerina en 100 de agua, comercializado bajo el nombre de Rutelina "Garcol". Comprueban que además de la acción hipnógena ya señalada, la fracción activa "Rutelina", ejerce una acción hipotensora, enérgica y persistente, que no se debe a la excitación vagal, porque persiste a pesar de la fuerte atropinización. Determina además una acción cronotropa negativa, bien evidente en la rana, variable en el hombre y positiva, a fuertes dosis, en el perro, que no parece tampoco deberse a la excitación vagal, aun cuando se exagera con la atropinización y desaparece por la acción de la pilocarpina y eserina y por la administración previa de digital. Piensan que puede ejercerse a través del sistema neuroconductor y en razón inversa al tono del vago.

Hay también una acción dromotropa positiva, no impedida por la digital.

Finalmente, cuando se la emplea a fuertes dosis, su acción inotropa negativa es tan marcada que puede llegar a la parálisis diastólica del ventrículo, sin paro auricular. Esta acción se atenúa desconectando las sinapsis ganglionares cardíacas con nicotina, o bloqueando los receptores de la fibra muscular con azul de metileno.

La indicación terapéutica más formal sería para combatir el insomnio de los hipertensos, ensayándosela asociada a la belladona cuando se desee retardar el pulso en ciertos estados vagotónicos. — *B. Moia.*

LA ACCION DE LA TEVENTINA, UN GLUCOSIDO CARDIACO, Y SUS APLICACIONES CLINICAS. (*The Action of Theventin, A Cardiac Glucosid, and Its Clinical Application*). H. L. ARNOLD, W. S. MIDDLETON y K. K. CHEN. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX, 193.

La *thevetia nerifolia* es una planta originaria de Sud-América y la India Oriental, cuyos frutos poseen unas pepitas de acción tóxica para los animales, según era ya conocido desde hace muchos años. Como últimamente se describieran algunos casos de intoxicación en seres humanos, intoxicación que presenta caracteres muy semejantes a los de la digital, los autores han tratado de estudiar la acción de la *teventina*, glucósido considerado como el principio activo de la planta desde que fuera aislado por De Vry en 1863.

La potencia de acción medicamentosa de la *teventina* es 1/7 de veces menor que la de la ouabaina lo mismo que su acción tóxica; esa acción es más rápida pero menos sostenida que la de la digital. Aplicada en un grupo de 23 enfermos con insuficiencia cardíaca, los resultados obtenidos permiten afirmar a los autores:

- 1) Que reduce la frecuencia de las contracciones cardíacas cuando la conducción es normal y en los casos de fibrilación auricular.
- 2) Que modifica el electrocardiograma igual que la digital: alarga el espacio *P-R*, invierte la onda *T* y establece modificaciones características de *S-T* y *Q-R-S*.
- 3) Que restablece y mantiene la compensación cardíaca en los casos de insuficiencia y aumenta al mismo tiempo la diuresis.
- 4) Que su acción irritante impide por el momento su aplicación por vía intramuscular, no habiéndose comprobado al ensayarla por vía endovenosa que diera lugar a trombosis o irritaciones locales.
- 5) Que la *teventina* constituye un nuevo y poderoso glucósido cardíaco para uso endovenoso y
- 6) Que se necesitan nuevos estudios para establecer su valor para uso oral, aparte de que la tintura no puede emplearse porque provoca trastornos gastrointestinales. — *M. Joselevich*.

ACETIL- β -METILCOLINA (MECOLINA). OBSERVACIONES CONCERNIENTES A SU ACCION SOBRE LA PRESION ARTERIAL, LA TEMPERATURA DE LA PIEL Y EL CORAZON, COMO LO EXTERIORIZA EL ELECTROCARDIOGRAMA DE LOS ENFERMOS HIPERTENSOS, (Acetyl- β -Methylcholin (Mecholin). Observations Concerning Its Action on the Blood Pressure, Skin Temperatura and the Hearth, as Exhibited by the Electrocardiogram of Hypertensive Patients). I. H. PAGE. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX. 55.

La inyección subcutánea de mecholina tiene por resultado un gran aumento de la temperatura de la piel de la cara y el tronco de los enfermos afectos de hipertensión arterial, acción que generalmente no se ejerce sobre la piel de los pies y las manos.

Administrada la mecolina por ingestión, a la dosis de 4 gramos, no actúa sobre la piel ni modifica la presión arterial y si lo hace, el descenso de ésta es muy poco acentuado, contrariamente a lo que sucede cuando el producto es inyectado.

Por vía subcutánea, la mecolina provoca generalmente una inversión de la onda *T* del electrocardiograma; dicha modificación, que puede abolirse mediante la inyección de atropina, es la única acción característica determinada por el producto, fuera del aumento del número de los complejos eléctricos.

El volumen del corazón puede aparecer aumentado, para luego disminuir si la hipotensión provocada por la mecholina es muy marcada.

La semejanza de la acción de la mecolina con la de la inyección de pilocarpina o pituitrina en los ventrículos cerebrales, habla en favor de la hipótesis de que sus efectos se deben a la estimulación de los centros parasimpáticos diencefálicos. Por otra parte, esos efectos son tan semejantes a los que se producen a

raíz de las emociones en los sujetos normales, que puede hablarse de que traducen un estado emotivo sin que se experimente en realidad emoción alguna. — *M. Joselevich.*

LA DIATERMIA DEL SENO CAROTIDEO EN LA HIPERTENSION, (La diatermia del "sinus carotideus" nell'ipertensione). M. SORRENTINO. "La Rif. Med.", 1935, LI, 284.

El autor usa electrodos de 10 a 15 cms. aplicados en la región del sinus, haciendo pasar corrientes variables de 350-400 miliamp., llegando en algunos casos a 1000-1100. Se practican término medio 15 aplicaciones de 15 a 20' de duración.

Las experiencias se realizaron sobre 16 pacientes cuya hipertensión llegaba en algunos hasta 26 cms. de máxima, el 62 % de los cuales presentaba signos de esclerosis renal. Se citan descensos de la máxima desde 1 a 5 cms. de mercurio, mientras que para la mínima las cifras sólo oscilaban en menos 1 a 1½ cm. Al mes o mes y medio de terminada la cura, la presión alcanzaba el nivel previo al tratamiento en la generalidad de los pacientes, aun cuando a los seis meses algunos acusaban 1 o 2 cms. de baja. — *B. Moia.*

EFEECTO DE LOS EXTRACTOS DE TEJIDO SOBRE LOS DOLORES MUSCULARES DE ORIGEN ISQUEMICO (CLAUDICACION INTERMITENTE), (Effect of Tissue Extracts on Muscle Pains of Ischemic Origin (Intermittent Claudication)). N. W. BARKER, G. E. BROWN y G. M. ROTH. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX, 36.

Los autores estudian los efectos producidos sobre las obliteraciones arteriales por la administración de extractos pancreáticos, extractos musculares, la adenosina y el ácido fosfórico-adenosina.

En 55 casos de tromboangeítis o arterioesclerosis obliterante se inyectó por vía intramuscular extracto pancreático; en 8 casos de tromboangeítis obliterante, y en 5 de arterioesclerosis se inyectó extracto muscular; en otros 8 enfermos el extracto muscular fué administrado por boca y en 8 más se inyectó adenosina.

Se obtuvo una franca mejoría en el 92 % de los enfermos tratados con extractos pancreáticos; de los tratados con inyecciones de extracto muscular, mejoraron más los afectos de tromboangeítis que los arterioesclerosos; el 75 % de los tratados por vía oral con extractos musculares obtuvieron también mejoría, pero menos duradera; todos los tratados con adenosina mejoraron.

La acción del tratamiento se ejerce sobre el síntoma dolor de la claudicación intermitente, que los autores estudian valiéndose de un "test" especial; la medicación no actúa en absoluto sobre los dolores de las lesiones ulcerosas o gangrenosas. Dicha acción no se debe a una vasodilatación producida por las drogas, sino probablemente a que éstas suministran a los músculos correspondientes una sustancia cuya composición queda por establecer y que les llega en cantidad escasa cuando el aporte sanguíneo está disminuído por la obliteración arterial. — *M. Joselevich.*

EL VALOR CLINICO DEL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFERICAS AVANZADAS MEDIANTE SUCCIONES Y PRESIONES ALTERNADAS, (*The Clinical Value of Alternate Suction and Pressure in The Treatment of Advanced Peripheral Vascular Disease*). E. M. LANDIS y L. H. HITZROT. "Am. J. of Med. Sc.", 1935, CLXXXIX, 305.

Los autores han tratado a 29 enfermos que presentaban obliteraciones de las arterias de los miembros inferiores en los que habían fracasado todos los otros procedimientos terapéuticos, con el método y aparato de Landis y Gibbon.

La succión oscilaba entre -80 y -120 milímetros de mercurio y la presión entre $+40$ y $+80$, durando 25 segundos la primera y 5 la segunda, aplicadas 1 a 2 horas por día al principio para llegar a una aplicación semanal al final.

La cianosis generalmente disminuía; el dolor al reposo desaparecía habitualmente, primero en los períodos de tratamiento y después también en los intervalos; en los casos de amplias gangrenas o escaras esa mejoría no era duradera. Las úlceras a menudo comenzaban a cicatrizar durante el tratamiento. La claudicación intermitente mejoraba también.

En los casos de osteomielitis, gangrenas y escaras muy extendidas el tratamiento fué ineficaz; la presencia de infecciones agudas extensas o supuraciones encapsuladas constituye una contraindicación de aquel.

El procedimiento "parece provisto de valor en las tentativas de tratamiento clínico de las afecciones vasculares periféricas aún cuando la obstrucción orgánica haya avanzado hasta el punto de que el aflujo de sangre arterial no pueda ser aumentado por vasodilatación". — M. Joselevich.