

# ANÁLISIS DE REVISTAS

## FISIOLOGÍA NORMAL Y PATOLÓGICA

*THE CARDIAC OUTPUT IN MAN. (El gasto cardíaco en el hombre)*, J. S. DONAL, JR., C. J. GAMBLE AND R. SHAW, "American Journ. Physiol.", 1934, CIX, 666.

Los autores han adaptado el catarómetro para medir el yoduro de etilo usado en el procedimiento de Starr y Gamble para determinar el gasto cardíaco en el hombre. Con esa técnica han investigado el gasto cardíaco en individuos en posición de pie, sentados y en decúbito, en ayunas y en reposo. El promedio para la posición sentada fué 87 % y para la de pie 82 % del valor promedio encontrado para la posición acostada. — O. Orías.

*THE CONTINUOUS MEASUREMENT OF THE VELOCITY OF VENOUS BLOOD FLOW IN THE ARM DURING EXERCICE AND CHANGE OF POSTURE. (La medición continua de la velocidad de circulación venosa en el brazo durante el ejercicio y cambio de postura)*, S. H. PROGER AND L. DEXTER, "American Journ. Physiol.", 1934, CIX, 688.

La velocidad de circulación venosa se determinó según el procedimiento de Gibbs. En las venas superficiales y profundas del brazo dicha velocidad se comporta en forma antagónica: durante el ejercicio aumenta en las venas profundas y disminuye en las superficiales. Si el ejercicio moderado se hace sólo con las extremidades inferiores (pedaleo p. e.) la velocidad de circulación no varía en las venas de los miembros superiores. En las venas superficiales y profundas del brazo la circulación es más rápida cuando éste cuelga en su posición normal que cuando está extendido horizontalmente, siendo a su vez mayor en esta última posición que cuando está extendido hacia arriba. — O. Orías.

*DIE LUNGE EIN BLUTDEPOT. (El pulmón, depósito sanguíneo)*, MAX HOCHREIN y CH. J. KELLER, "Klin. Woch.", 1934, XXXIX, 1383.

El pulmón debe ser considerado un depósito sanguíneo de acuerdo a la definición dada por Barcroft, siendo capaz de aportar o sustraer al torrente circulatorio cantidades importantes de sangre. La regulación debe ser seguramente nerviosa, aunque aún no se ha deslindado la participación del vago y del simpático. Este depósito debe ser tenido muy en cuenta en lo sucesivo, ya que los fisiólogos aceptaban que el volumen sistólico de ambos ventrículos era el mismo, mientras que estas experiencias demuestran que puede ocurrir lo contrario. — F. Battle.

*ÜBER EINIGE CHEMISCHE UMSETZUNGEN IN DER LUNGE INS BESONDERE BEI DEKOMPENSIERTEN HERZKRANKEN (Sobre algunas transformaciones químicas en el pulmón, especialmente en cardiopatas descompensados)*, H. W. KNIPPING, Klin. Woch., 1934, 41, 1449.

El pulmón interviene en el metabolismo del ácido láctico, oxidándolo; por lo tanto sustrae de la circulación cantidades importantes del mismo. Esta circuns-

tancia es muy favorable para los cardíacos y anoxémicos. En cuanto a la eliminación de los aceites yodados instilados en el pulmón el autor afirma que no se produce por la intervención de fermentos especiales, sino que es transportado por el movimiento de las cilia vibrátiles hacia el tubo digestivo, siendo absorbido por el mismo y luego eliminado. Eliminando quirúrgicamente en el perro esta posibilidad, no se constata en la orina de estos animales más que ligeros vestigios de yodo. — *F. Battle.*

## PATOLOGÍA

*CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE DU BRUIT DU GALOP. LE TROISIEME BRUIT PHYSIOLOGIQUE. LE GALOP PROTODIASTOLIQUE. (Contribución al estudio clínico del ruido de galope. El tercer ruido fisiológico. El galope protodiastólico), D. ROUTIER y A. VAN BOGAERT, "Arch. des Mal. du Coeur", 1934, X, 588.*

Los autores continúan en este trabajo un tema que han estudiado en dos memorias anteriores. Llegan a las siguientes conclusiones:

El tercer ruido, llamado fisiológico, y el galope protodiastólico no pueden diferenciarse por la simple auscultación y el diagnóstico diferencial se hace por sus caracteres gráficos y por las circunstancias habituales en que se originan.

El tercer ruido cardíaco se halla vinculado al lleno diastólico; se exterioriza gráficamente por un aumento de amplitud de la faz descendente del cardiograma: se presenta en corazones de jóvenes normales, simplemente simpático-tónicos y a veces en valvulares compensados en cuyos casos carece de significación pronóstica, teniendo en cambio el valor del galope protodiastólico cuando se presenta en el curso de la miocarditis reumática y de la fibrilación auricular.

El galope protodiastólico está relacionado con el presístole; gráficamente presenta los mismos caracteres que el galope presistólico con el agregado de un PR prolongado; evidencia una alteración importante del miocardio y tiene por consiguiente un valor pronóstico muy grande.

Los autores terminan el trabajo refiriéndose a un ritmo a 4 tiempos en el que de los dos ruidos sobreagregados uno es protodiastólico y el otro es presistólico. Este ritmo implicaría una situación miocárdica muy mala por lo que su constatación es de grave pronóstico. — *J. C. Etchevès.*

*FACTORS CONCERNED IN CARDIAC HYPERTROPHY, (Factores concernientes a la hipertrofia cardíaca), F. A. WILLIUS y H. L. SMITH, "Am. Heart J.", 1934, X, 190.*

Para tratar de determinar el valor de cada uno de los diversos factores invocados por los autores, como causales de hipertrofia cardíaca W. S. estudian los protocolos de autopsia de 79 casos de cardiopatías reumáticas, anotando el peso del corazón y sus relaciones con el peso del cuerpo. Observan que la magnitud de la hipertrofia está en relación con el tipo de valvulopatía, guardando el siguiente orden decreciente: *estrechez aórtica, insuficiencia aórtica, lesiones valvu-*

lares múltiples, enfermedad mitral e insuficiencia mitral. Asimismo existe evidente relación entre la hipertrofia cardíaca y el grado de estrechez e insuficiencia. Esta relación aunque evidenciada sólo en algunos grupos, se cumple en parte también cuando se hace referencia al intervalo existente entre el primer ataque de reumatismo y la muerte.

Se detienen a considerar la situación de 4 niños, que murieron al poco tiempo de su primer ataque de reumatismo, 3 de los cuales tenían sólo discretas lesiones valvulares, pero sí marcadas lesiones de miocarditis, conceptuando que son una fuerte sugestión para admitir que la *injuría miocárdica por la infección o sus toxinas*, permite al corazón en algunas circunstancias responder con hipertrofia.

El tiempo durante el cual el corazón está sujeto a la lesión y la injuria miocárdica, en ciertos casos, completarian la acción mecánica del defecto valvular, que aparece sin embargo, en la serie de los autores como factor causal de primera magnitud. — *B. Moia*.

*CARDIAC HYPERTROPHY IN INFANCY, ASSOCIATED WITH THICKENED ENDOCARDIUM AND COARTATION OF THE AORTA, (Hipertrofia cardíaca en la infancia, asociada con endocardio engrosado y coartación aórtica.)*. H. D. LEVINE, "Am. J. Dis. Child", 1934, XLVIII, 1072.

El corazón de un niño de 10 meses pesa al morir 150 gs. No existen lesiones valvulares pero sí notable engrosamiento del endocardio ventricular izquierdo, estrechamiento de la rama descendente de la coronaria izquierda, con coartación parcial de tipo infantil. En el corazón no se observan reacciones inflamatorias.

El autor discute las posibilidades etiológicas, limitándose a mencionarlas. — *B. Moia*.

*RECURRENT LARYNGEAL PARALYSIS IN LEFT VENTRICULAR FAILURE, (Parálisis laríngea recurrencial en la insuficiencia ventricular izquierda)*. F. H. KING, W. M. HITZIG y A. M. FISHBERG, "Am. J. of Med. Sc.", 1934, CLXXXVIII, 691.

La parálisis del recurrente izquierdo en la estrechez mitral es bien conocida, no así la que se produce en los casos de insuficiencia ventricular izquierda, que según los autores no ha sido descripta todavía.

Ellos han tenido oportunidad de observarla en tres casos de insuficiencia ventricular izquierda (2 con trombosis coronariana y 1 con glomerulonefritis crónica y arterioesclerosis coronariana), que refieren en el trabajo que nos ocupa.

El origen de la parálisis recurrencial sería una compresión del nervio, que se desarrolla entre la pulmonar izquierda, el arco de la aorta y el conducto arterial. esa compresión se produciría gracias a una dilatación dinámica de la arteria pulmonar debida a la plétora de la circulación menor provocada por la distensión del ventrículo izquierdo.

De acuerdo con esa interpretación, los autores sugieren la posibilidad de

aplicar la misma patogenia para la parálisis de la cuerda vocal izquierda que se produce en las estrecheces mitrales, en cuyo caso "la dilatación dinámica debida a la hipertensión de la pequeña circulación juega probablemente un papel significativo". — *M. Joselevich*.

*INTERLOBAR EFFUSIONS IN PATIENTS WITH HEART DISEASE*, (Derrames interlobares en pacientes con cardiopatías), I. D. STEIN Y J. B. SCHWEDEL. "Am. Heart J.", 1934, X, 230.

Los autores estudian las características de 18 cardiopacientes con derrames interlobares, sobre todo desde el punto de vista radiológico.

La mayoría de estos procesos asentaba en la pleura derecha. Su origen puede ser un simple transudado o un exudado. Algunos quedan exclusivamente localizados a la cisura por un proceso de pleuritis adhesiva, mientras que en otros la invasión cisural forma parte de un derrame que se extiende desde la gran cavidad. Al lado de estos casos con procesos francos, se encontraron sombras radiológicas en la región interlobar de más de 75 sobre 100 cardiopacientes examinados, lo que hace suponer que en ellos ha existido un proceso anterior de la misma índole.

De ello se desprende que los derrames y engrosamientos interlobares, no son simples fantasías radiológicas, sino que forman parte de la historia de las cardiopatías crónicas. — *B. Moia*.

*INTERATRIAL SEPTAL DEFECT*, (Perforación del tabique interauricular), H. ROESLER. "Arch. Int. Med.", 1934, LIV, 338.

El autor estudia los caracteres de la comunicación interauricular de acuerdo con la observación de 62 casos clínicos, uno de los cuales refiere detalladamente.

En 3/4 de las observaciones existían lesiones valvulares, especialmente mitrales; en cambio habían muy pocas enfermedades pericárdicas crónicas, embolias paradójales y tuberculosis pulmonares y ninguna endocarditis bacteriana sub-aguda.

Casi todos los corazones estaban muy agrandados, aun en ausencia de lesiones valvulares y ese agrandamiento era debido a una enorme dilatación de las cavidades derechas. La arteria pulmonar aparecía con un tamaño mayor que el de la aorta en la proporción de 3 a 2; la pulmonar y sus ramas estaban dilatadas y generalmente afectas de arterioesclerosis y la aorta tenía a menudo dimensiones menores que las normales. El corazón derecho formaba la totalidad de la pared anterior del órgano y la aorta estaba situada entre la pulmonar y la cava. Esas características anatómicas se explicarían por un escape de sangre de la izquierda hacia la derecha a través de la comunicación, lo que tendría por consecuencia un agrandamiento del corazón derecho con aumento funcional de la circulación menor y una reducción de la capacidad y función del corazón izquierdo y sus arterias.

El autor estudia la *edad media* de los casos (36 años), el sexo (3 mujeres por 2 varones), los *síntomas clínicos* (cianosis, dilatación cardíaca, hipotensión arterial, fibrilación auricular, muy rara en todas las demás malformaciones, etc.).

*Radiológicamente* se observa una enorme sombra oval o globulosa, con gran



proyección del cono y arteria pulmonar hacia la izquierda y arriba y congestión hilar, lo que podría confundirse con las sombras de los tumores mediastinales y la tuberculosis pulmonar.

Es necesario también tener en cuenta las modificaciones que establece en el cuadro clínico y en la imagen radiológica la concomitancia de otras lesiones congénitas o adquiridas. En cuanto a los trazados *electrocardiográficos*, presentaban una desviación muy moderada del eje eléctrico hacia la derecha, haciendo llamativo contraste con la enorme dilatación y mediana hipertrofia de las cavidades cardíacas respectivas. — *M. Joselevich.*

*THE TUBERCULIN REACTION IN RHEUMATIC FEVER, (La reacción de la tuberculina en la fiebre reumática).* F. PASCHER, "Am. J. of Med. Sc.", 1934. CLXXXIII, 537.

El autor practicó la reacción de Mantoux en 245 niños afectos de reumatismo y 273 no reumáticos como testigos. La proporción de resultados positivos fué sensiblemente la misma en ambos grupos de sujetos, por lo que este trabajo constituye una prueba contraria a la posible relación etiológica entre la fiebre reumática y la tuberculosis. — *M. Joselevich.*

## VÁLVULAS

*THE POSITION OF THE HEARTS VALVES AND THEIR RELATION TO THE ANTERIOR CHEST WALL IN LIVING SUBJECTS WITH ABNORMAL HEARTS. (La posición de las válvulas cardíacas y su relación con la pared anterior del tórax en vida, en sujetos con corazones anormales),* M. C. SOSMAN y P. H. WOSIKA, "Am. Heart J.", 1934, X, 156.

Estudiando cuidadosamente la sombra cardíaca ortoradioscópicamente y en la radiografía, puede llegarse a observar, con cierta frecuencia, calcificaciones de las mismas, lo que permite su identificación y relación con el resto de la silueta cardiovascular y de la pared torácica. Este método demuestra la existencia de una gran variación en la posición de las válvulas mitral y aórtica, cuando el corazón se hipertrofia. Esto tiene importancia para la localización y distribución de los tonos y soplos, y es de gran significado en la interpretación de los signos físicos. — *B. Moia.*

*AORTIC STENOSIS OF INFLAMMATORY ORIGIN WITH A DIFFERENTIAL STUDY OF THE ACQUIRED OR CONGENITAL ORIGIN OF A BICUSPID AORTIC VALVE, (Estenosis aórtica de origen inflamatorio, con un estudio diferencial del origen congénito o adquirido de una válvula aórtica bicuspídea)* I. F. BISHOP, L. F. BISHOP (jr.) y M. TRUBEK, "Am. J. of Med. Sc." CLXXXVIII, 506.

La estenosis aórtica puede obedecer a tres orígenes distintos: infeccioso (reumatismo y endocarditis bacteriana), arterioescleroso (lesiones degenerativas sin infección previa) y defectos congénitos con calcificación secundaria.

El diagnóstico entre esos tres tipos de lesiones es a menudo muy difícil: en 5000 autopsias efectuadas durante un período de 2 años en el "Bellevue Hospital", se encontraron 9 casos de evidente origen congénito, pero en otros fué necesario llegar al estudio histológico porque el simple examen macroscópico no permitía afirmar nada con seguridad.

Los autores creen que el procedimiento descrito por Lewis y Grant permite diferenciar los casos congénitos de los adquiridos y que la presencia de anomalías cardiovasculares (coartación de la aorta, persistencia del conducto arterial) no afirma el origen congénito de la estenosis. — *M. Joselevich.*

## RADIOLOGÍA

*NATURE, PLACE ET INTERPRETATION DE LA SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE EN CARDIOLOGIE, (Naturaleza, lugar e interpretación de la semiología radiológica en cardiología).* D. ROUTIER y R. HEIM DE BALSAC, "La Presse Méd.", 1934, XLII, 1642.

El análisis de la imagen cardiovascular radiológica tiene por objeto establecer: 1º la densidad u opacidad de las sombras; 2º la dimensión de las siluetas, y 3º su morfología y topografía.

Ni la densidad, ni el tamaño ni la configuración de la sombra cardiovascular permiten establecer con seguridad los caracteres normales o anormales del corazón y del segmento de aorta examinados, debido a que existen distintos factores capaces de provocar interpretaciones equivocadas: la superposición de las demás formaciones torácicas modifica en mayor o menor grado la opacidad propia del corazón y de la aorta, los puntos que se utilizan para medir los diámetros son a menudo difíciles de establecer y la morfología de las imágenes puede ser interpretada en forma distinta de acuerdo con el factor personal.

Por lo tanto, la radiología cardiovascular no nos permite efectuar un diagnóstico cardiológico, sino que sólo suministra un elemento semiológico más que nos sirve de ayuda para la interpretación del caso en estudio. La interpretación de la radiografía deberá efectuarse de acuerdo con el resto del cuadro clínico, salvo en unas pocas circunstancias en que dicho procedimiento de examen adquiere una importancia fundamental y se coloca a la cabeza de los demás: es en los casos de ciertos aneurismas aórticos, en la aorta desenrollada y en los aneurismas parietales del corazón. — *M. Joselevich.*

*THE RELATION OF THE SHAPE OF THE HEART TO THE SHAPE OF THE CHEST, WITH SPECIAL REFERENCE TO THE ANTERO-POSTERIOR DIMENSION AND THE MORPHOLOGY OF VARIOUS NORMAL HEART TYPES, (La relación de la forma del corazón con la forma del tórax, con especial referencia a la dimensión anteroposterior y a la morfología de los variados tipos de corazón normal)* H. ROESLER, "Am. J. Roent. and Rad.", 1934 XXXII, 464

Teniendo en cuenta que el corazón es un cuerpo irregular tridimensional, el autor llama la atención sobre los datos insuficientes que nos proporcionan

las medidas en un solo plano como se hace comúnmente en la actualidad. Para subsanarlo, determina y estudia las relaciones del diámetro anteroposterior, o de la profundidad del corazón (Hd.), con los otros diámetros cardíacos y torácicos, de 150 sujetos sanos.

El autor hace estudios ortodiagnósticos, colocando al sujeto en posición lateral, con los brazos péndulos. El diámetro en cuestión une la parte más saliente del contorno ventricular izquierdo hacia atrás, con el punto de fusión de la sombra interna del esternón con el borde ventricular derecho, por delante.

También se determina el diámetro anteroposterior del tórax, que sigue el mismo nivel del anterior, uniendo el contorno posterior del esternón con el anterior de la vertebra.

Multiplicando estos dos diámetros con los similares obtenidos en posición frontal se obtienen variadas relaciones, que el autor estudia cuidadosamente.

El término medio del diámetro anteroposterior es en el hombre de 8.7 cms., siendo sus límites normales 6.3 y 10.7 cms. En la mujer las cifras varían a 7.8 cms. y 6.3 y 9.6 cms. respectivamente.

En términos generales puede decirse que representa el 73 % de la cifra media del diámetro transversal y el 66.3 % del oblicuo del corazón.

Hay una estrecha relación entre el peso del cuerpo y el tamaño del diámetro, mientras que la altura sólo actúa cuando aumenta el peso del individuo.

En cuanto al tórax, el diámetro anteroposterior es, término medio, el 41.5 % del homólogo transversal. Las relaciones cardiorrespiratorias son extremadamente variables, pero, en términos generales, puede decirse, que para un corazón aplanado (absoluto), ancho (absoluto o relativo) y alargado (absoluto o relativo) corresponde un tórax aplanado (absoluto), ligeramente ancho (absoluto), y ligeramente más bajo (relativo) y vice-versa. En cambio para un corazón muy profundo (absoluto), estrecho (absoluto o relativo) y corto (absoluto o relativo), corresponde un tórax más profundo (absoluto), estrecho (absoluto), y alto (relativo), y vice-versa.

Estas relaciones cardiorrespiratorias pueden ser expresadas matemáticamente.

Los corazones con circunferencia redondeada se encuentran en los tórax redondeados, mientras que los ovales lo son en los aplanados.

El autor discute luego las opiniones y resultados de otros investigadores, para recalcar finalmente que estas mediciones anteroposteriores se imponen desde que dos corazones de idéntico volumen pueden dar diferentes figuras lineales y vice-versa. — B. Moia.

*ESTIMATION OF CARDIAC TRANSVERSE DIAMETER IN CHILDREN AND COMPARISON WITH CARDIAC AREA. (Apreciación del diámetro transversal del corazón en los niños y su comparación con el área cardíaca normal).* W. GORDON y W. ADAMS. "Am. J. of Med. Sc." 1934 CLXXXVIII, 491.

El deseo de expresar el agrandamiento del corazón en términos matemáticos ha conducido a la utilización de distintos métodos que pretenden medir el tama-

ño cardíaco por medio de los Rayos X. Entre los varios métodos empleados los más útiles parecen ser los que comparan las dimensiones del diámetro transversal o del área de la imagen radiológica con la estatura, la edad, el peso, etc., de los sujetos. De ahí han derivado ecuaciones y fórmulas que permiten calcular las dimensiones del diámetro transversal o del área del corazón de un sujeto normal de acuerdo con su edad, peso o talla (Hodges y Eyster).

Los autores han efectuado su estudio en 85 niños y 84 niñas cuya edad estaba comprendida entre los 2.9 y los 18.8 años; los resultados obtenidos les permiten afirmar que tanto el diámetro transversal como el área del corazón se relacionan en los niños con el peso de los mismos mejor que con su talla y edad.

Los autores presentan una ecuación para predecir el *diámetro transversal normal* y comparan los resultados así obtenidos con los que suministran las fórmulas establecidas por los demás para establecer el *área cardíaca normal*.

La conclusión que formulan es de que en los niños el área cardíaca normal puede ser predecida con mayor seguridad que el diámetro transversal con cualquiera de los métodos utilizados y de que en ellos la ventaja del área cardíaca sobre el diámetro transversal como medida del tamaño normal del corazón parece ser mayor que en el adulto. — *M. Joselevich*.

## ELECTROCARDIOGRAFÍA

*LA REGISTRAZIONE DIRETTA AD INCHIOSTRO DEGLI ELETTROCARDIOGRAMMI, (El registro directo, con tinta, del electrocardiograma), P. DUCHOSAL y R. LUTHY, "Cuore e Circ.", 1934, XVIII, 629.*

Los autores han construido un electrocardiógrafo que les permite reemplazar el sistema óptico por la inscripción directa con tinta.

Presentan curvas comparativas con las obtenidas con los aparatos comunes, para demostrar la exactitud y bondad de las suministradas por tal procedimiento. — *B. Moia*.

*THE INTERPRETATION OF THE GALVANOMETRIC CURVES OBTAINED WHEN ONE ELECTRODE IS DISTANT FROM THE HEART AND THE OTHER NEAR OR IN CONTACT WITH THE VENTRICULAR SURFACE, (La interpretación de las curvas galvanométricas cuando un electrodo está distante del corazón y el otro cerca o en contacto con la superficie ventricular). I. OBSERVATIONS IN THE COLD BLOODED HEART, (I. Observaciones en los corazones de sangre fría), F. N. WILSON, I. G. W. HILL y F. D. JOHNSTON, "Am. Heart J.", 1934, X, 163.*

De este estudio experimental se desprende que cuando se coloca un electrodo lejos del corazón y con el otro se explora la superficie cardíaca, las curvas obtenidas representan las variaciones potenciales de este último: pudiéndose, por comparación, afirmar que las variaciones potenciales del primero, son nulas o despreciables. También se llega a la conclusión que las curvas obtenidas por tal pro-



cedimiento, cuando la superficie ventricular bajo el electrodo se halla expuesta al aire, son de las mismas características, aunque algo más amplias, que las obtenidas cuando el mismo punto del miocardio se halla rodeado por un medio conductor.

Produciendo injurias en la superficie miocárdica bajo el electrodo, se origina un marcado desplazamiento de S-T, adquiriendo a veces el complejo ventricular carácter monofásico. Este desplazamiento se dirige hacia abajo, si la deflexión normal se producía hacia arriba. Pero si el electrodo se coloca en situación opuesta a la superficie subepicárdica lesionada en una extensa área, el desplazamiento es hacia arriba y menos pronunciado.

La injuria local de la superficie epicárdica no altera las corrientes de acción producidas por otras regiones no lesionadas. Los desplazamientos de RS-T, producidos por la cauterización de la superficie de estos corazones, desaparecen rápidamente, y, aparentemente, no van seguidos de los cambios de la onda T que se ven en el corazón de los mamíferos después de la ligadura coronaria. — *B. Moia.*

II. *OBSERVATIONS IN THE MAMMALIAN HEART, (II. Observaciones en el corazón de los mamíferos)*, F. N. WILSON, F. D. JOHNSTON e I. G. W. HILL, pág. 176.

Los autores continúan sus observaciones, esta vez en el perro, para tratar de confirmar lo ya supuesto en otro trabajo, de que los complejos ventriculares observados en el infarto de la pared ventricular anterior, son semejantes a los que se pueden obtener colocando el electrodo en la cavidad ventricular. Utilizan un electrodo especial representado por un alambre de cobre afilado en la punta, y esmaltado con sustancia aisladora hasta un milímetro de la punta, que introducen a través de la pared torácica del perro a distintas profundidades. Para las otras investigaciones utilizan el electrodo común. Los resultados fueron los siguientes.

Si colocando un electrodo indiferente en las patas de un perro el electrodo explorador se introduce en la cavidad ventricular izquierda, el complejo QRS se caracteriza por una sola deflexión de dirección positiva, indicando que el potencial de esta cavidad es negativo a través del intervalo QRS. Una curva similar, pero precedida de un ligero pico negativo, se obtiene en la cavidad derecha.

Cuando el electrodo explorador se coloca sobre la superficie epicardial se obtiene una curva difásica cuya primer onda es negativa, y va muchas veces precedida por un pequeño pico positivo, que podría atribuirse a la activación del endocardio. La primer onda negativa se interpreta como debida a la fuerza eléctrica producida por la pared ventricular subyacente al electrodo generada por el paso del proceso de excitación a través del segmento miocárdico entre el electrodo y la cavidad ventricular. Pero tan pronto como el músculo subepicárdico subyacente al electrodo explorador completa su actividad, el electrodo asume el potencial de la cavidad ventricular, lo que explica la parte final positiva del complejo

semejante en un todo, a la que se obtiene colocando el electrodo en la cavidad ventricular.

Los mismos principios pueden aplicarse a la interpretación de las curvas obtenidas, colocando el electrodo explorador sobre una porción del corazón del perro, que ha sido previamente lesionada.

Hay zonas en el ventrículo que, por la exploración directa, dan curvas caracterizadas por una profunda deflexión negativa, cuya faz final en lugar de hacerse positiva, no alcanza a sobrepasar la línea isoeletrica. Sólo lesionando esas zonas es que se pueden obtener curvas de tipo monofásico puro. — *B. Moia*.

*STUDI SULLA IV DERIVAZIONE O DERIVAZIONE TORACICA NEI SOGGETTI NORMALI*, (Estudios sobre la IV derivación o derivación torácica en los sujetos normales), E. ASCARELLI, "Cuore e Circ.", 1934, XVIII, 668.

El electrodo de Master fué aplicado en el IV espacio intercostal izquierdo justo a la izquierda del esternon, usando los hilos de la segunda derivación, pues el electrodo indiferente se colocó en la pierna izquierda. Se estudiaron 50 sujetos sanos desde el punto de vista cardíaco, cuya edad variaba de 9 a 54 años.

Estos estudios confirman los resultados de los autores americanos discrepando solamente en lo siguiente: Mayor frecuencia de la onda P positiva (16 %), no superando en ningún caso + 0.5 mm.; y de la onda T también positiva en el 12 % no superando + 1.5 mm. En los casos negativos, que fueron los más, los límites extremos alcanzaron a 9 mm.

Concluyen que, en vista de estas discrepancias, conviene aumentar las investigaciones para poder llegar al "standard" normal. — *B. Moia*.

*CLINICAL SIGNIFICANCE OF THE M OR W SHAPED QRS COMPLEX IN LEAD II OF THE ELECTROCARDIOGRAM*, (Significado clínico de los complejos QRS en forma de M o de W en la segunda derivación del electrocardiograma), J. EDEIKEN y CH. C. WOLFERTH, "Am. J. of Med. Sc.", 1934, CLXXXVIII, 842.

Este trabajo estudia el significado del complejo ventricular inicial en M o en W en derivación II, de acuerdo con los resultados del análisis de 1077 trazados de personas que se presumía eran normales y otros 4450 de enfermos hospitalarios y clínicos, a parte de 25 casos típicos seleccionados.

Las características que los autores exigen para catalogar dentro de este grupo de trazados a los electrocardiogramas son: 1) una amplitud menor de 5 milímetros; 2) un complejo en M o en W persistente en todo el trazado; 3) todos los componentes del complejo están por encima de la línea de base cuando son en M y por debajo de la misma cuando son en W; 4) la base del complejo debe ser mayor de 0.08 segundos.

De los 1077 trazados de personas aparentemente normales ninguno presentaba esos caracteres. En cambio existía en 5 de 116 enfermos con angina de pecho (4.3 %) y en 21 de los 4450 casos no seleccionados de hospitales y clínicas

(0.47 %). Agregados a los 25 casos seleccionados hacen un total de 46 trazados con QRS en M o en W en IIa.

30 de esos casos presentaban otras modificaciones electrocardiográficas que de por sí poseen significado diagnóstico y pronóstico (inversión de T, melladuras, bloqueos, etc.) pero los otros 16 sólo mostraban el complejo en M o W en IIa. De los 25 casos seleccionados, 20 pertenecían a oclusiones coronarianas (80 %): 9 de esos enfermos han muerto. En la mayoría de los casos el complejo en M o en W se debe probablemente a una conducción intraventricular anormal por enfermedad miocárdica, aunque es probable también que una anomalía congénita de la conducción pueda intervenir en alguna oportunidad.

Algunas veces la modificación electrocardiográfica estudiada es transitoria; su aparición a raíz de una oclusión coronariana se produce entre el 1er. día y los 3 meses siguientes a aquélla. — *M. Joselevich.*

*ADHESIVE MEDIASTINOPERICARDITIS WITH NORMAL CARDIAC ELECTRICAL AXIS ROTATION ON POSTURAL CHANGE, (Mediastino pericarditis adhesiva, con rotación del eje eléctrico normal en los cambios posturales), J. J. SAMPSON Y H. ROSENBLUM, "Am. Heart J.", 1934, X, 2400.*

Los autores obtienen E. C. G. en posición decúbito dorsal, lateral izquierda y derecha, en expiración e inspiración forzada, comprobando marcadas desviaciones del eje eléctrico tanto en los sujetos normales como en 4 de 5 pacientes con mediastino pericarditis adhesiva extensa, produciendo extrema fijación anatómica. La fijación del eje eléctrico en la observación 5 puede deberse a la importante participación del diafragma en el proceso adhesivo.

De este estudio se deduce que la persistencia de las variaciones posturales del eje eléctrico no excluye el diagnóstico de mediastinopericarditis adhesiva crónica; pero que la fijeza del mismo es un fuerte dato en su apoyo, aunque no patognomónico, pues puede observarse en otras afecciones, como sucedió en un caso de derrame pericárdico.

Se sugiere que cuando se produce la fijación, la movilidad del corazón debe hallarse limitada en los dos planos longitudinal mediano y horizontal. — *B. Moia.*

*THE Q WAVE IN THE ELECTROCARDIOGRAM, (La onda Q del electrocardiograma), A. W. WALLACE, "Am. J. of Med. Sc.", 1934, CLXXXVIII, 498.*

Este trabajo se basa en el estudio de 108 casos clínicos cuyo trazado electrocardiográfico mostraba una Q<sub>3</sub> profunda, de acuerdo con las características exigidas por Pardee en su descripción del año 1930.

De esos 108 casos en 47 no existían otras modificaciones electrocardiográficas y en los 61 restantes sí (melladuras de QRS, T negativa en otras derivaciones que la IIIa., etc.). La angina de pecho era más frecuente en el segundo grupo de enfermos (60 %) que en el primero 38 %), lo mismo que la hipertensión, lo

que hace pensar que la onda  $Q_3$  aislada se encuentra más a menudo entre las personas que no presentan signos de enfermedades coronarianas y la que se acompaña de otras anomalías electrocardiográficas es por el contrario más frecuente en los que tienen afectadas dichas arterias.

Las dimensiones de  $Q_3$  también deben ser tenidas en cuenta al apreciar su significado: solamente un caso cuya  $Q_3$  medía más de 5 milímetros no presentaba trastornos cardíacos graves, por lo que el autor cree que la profundidad de la onda por sí sola tiene más importancia que su relación con la mayor onda R.

34 de los 108 casos presentaban también una  $Q_2$  profunda (31 %): como esos casos pertenecían en su mayoría al grupo de hipertensos, arterioesclerosos o con trombosis coronariana y como por otra parte la presencia de una  $Q_2$  asociada a la  $Q_3$  es menos frecuente que la de la  $Q_3$  aislada, los autores creen que esa asociación posee un significado mayor. Por último creen que muchos casos que muestran  $Q_2$  y  $Q_3$  representan trombosis coronarianas previas en las cuales las ondas Q constituyen la única modificación gráfica que persiste como signo de lesión cardíaca. — *M. Joselevich.*

## HAZ DE HIS Y BLOQUEO

*LE FAISCEAU DE HIS. SES CONNEXIONS AVEC LE VENTRICULE,*  
(*El Haz de His. Sus conexiones con el ventrículo*). M. E. GÉRAUDEL. "La Presse Méd.", 1934, XLII, 1854.

El autor ha estudiado las relaciones del haz de His con el ventrículo en 3 prematuros, 6 niños (1 de ellos de 3 semanas, 1 de 3 meses, 2 de 6 meses, 1 de 9 años y 1 de 12) y 9 adultos, los cuales vienen a agregarse a otros 16 corazones ya examinados por aquél en trabajos anteriores.

Contrariamente a la opinión más difundida, que con Tawara (1906) acepta que el haz de His se divide en 2 ramas destinadas a ambos ventrículos, las que van a terminar en la llamada red de Purkinje, G. piensa que esas ramas no existen, concluyéndose el H. de H. en el tabique interventricular (His, Retzer, Braeuning, 1904).

En el corazón de los prematuros, la formación de His se termina por su parte anterior en una serie de salidas de número y dimensiones variables. Esas salientes son las que se estiran con la prosecución del desarrollo fetal y originan en el corazón del adulto la "ilusión" de las ramas de bifurcación.

"En el corazón del hombre no se encuentran ni las ramas y ramúsculos de división, ni la red de Purkinje descritos por Tawara". — *M. Joselevich.*

*EXPERIMENTAL INTERFERENCE WITH CONDUCTION IN THE HEART.* (Obstaculización experimental de la conducción intra-cardíaca)  
J. SANDS ROBB, M. EASBY y J. G. F. HISS. Am. J. of Med. Sc. 1934  
CLXXXVIII, 835.

El objeto de este trabajo es el de demostrar que la conducción no tiene lugar en el corazón en forma radiada sino en la dirección de los haces musculares



Las experiencias, en número de 66, fueron efectuadas en 21 perros, permitiendo formular a los autores las conclusiones siguientes:

1) Si se corta transversalmente las fibras de un músculo ventricular, se produce una modificación característica en la forma y las medidas del trazado electrocardiográfico.

2) Esas modificaciones son las del tipo coronariano.

3) Esos resultados se obtienen con distintos tipos de injurias, las cuales originan los mismos efectos en un músculo dado (compresión del tejido, interrupción del aporte sanguíneo, sección transversal de la banda muscular estudiada, interrupción intraventricular de las relaciones con la red de Purkinje).

4) Las pruebas obtenidas sugieren la hipótesis de que la conducción del impulso es paralela a la dirección de las fibras que constituyen los haces de la musculatura ventricular. — *M. Joselevich.*

*ESTUDIO SOBRE EL BLOQUEO DE RAMAS DEL FASCICULO DE HIS.*  
A. DUQUE SAMPAYO, J. M. LÓPEZ MORALES y A. LAFUENTE, "An. de Med. Int.", 1934, III, 909.

Sobre 1.140 enfermos del aparato circulatorio encuentran los autores, 38 casos típicos de bloqueo de rama, cuyas características estudian en 35.

La mayor frecuencia la encuentran en sujetos cuya edad oscila entre 40 y 60 años, acusando los 5 de edad inferior a este límite, cardiopatías reumáticas o congénitas. La sífilis parece ser la responsable en el 42 %, siguiéndole luego la arterioesclerosis (40 %), el reumatismo (14 %) y las cardiopatías congénitas (3 %).

Llaman luego la atención sobre la extraordinaria frecuencia con que estos enfermos presentan ritmo de galope (28 %).

La miocarditis y aortitis en porcentajes elevados, y luego en menor escala la hipertensión, esclerosis y lesiones valvulares, fueron los diagnósticos clínicos más frecuentes en los casos estudiados.

26 casos presentaron en su evolución insuficiencia cardíaca. Nueve de los que la presentaron más seriamente murieron en el plazo medio de 1 año y 6 meses de diagnosticado el bloqueo.

Hasta la fecha han podido seguir 14 enfermos desde un tiempo, que varía de 1 año a 4 días.

Conceptúan que si la insuficiencia cardíaca es severa puede emplearse la digital. — *B. Moia.*

*TANSIENT, RECURRENT, COMPLETE BUNDLE-BRANCH BLOCK*  
(Bloqueo de rama completo, transitorio y periódico). F. A. WILLIUS y M. J. ANDERSON, "Am. Heart J.", 1934, X, 248.

Se trata de un prostático, discretamente hipertenso, arterioesclerótico, sin evidencias de insuficiencia cardíaca, que presenta un típico bloqueo de la rama izquierda (nueva nomencl.) con intervalo P-R aumentado. Nuevos E. C. G.

confirman la anormalidad, pero en otro se ve desaparecer tanto el bloqueo como el retardo de conducción A-V. Se le somete entonces a una prostatectomía, que tolera perfectamente y a los 2 días mientras se le tomaba un trazado que revelaba ritmo sinusal normal se vuelve a observar la aparición del bloqueo. Los dos tipos de E. C. G. alternan luego en los trazados posteriores.

Los autores suponen que dicha alteración es producida por una lesión de las coronarias, dada la edad del paciente y la falta de insuficiencia cardíaca como se ve en las 6 observaciones recopiladas de la literatura. Creen que esta eventualidad debe producirse con mayor frecuencia, y que la falta de trazados oportunos hace que no se la reconozca debidamente. --- B. Moia.

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*TENTATIVO DI RIPRODUZIONE SPERIMENTALE NELL'UOMO DELLA SINDROME EPIFRENICA E DELLA ANGINA PECTORIS D'ORIGINE GASTRICA, (Tentativa de reproducción en el hombre del síndrome epifrénico y de la angina pectoris de origen gástrico), A. LUNEDI y A. GIANNONI, "Riv. di Clin. Med.", 1934, XXXV, 569 y 649.*

Se trata de un largo y completo estudio que aclara de manera definitiva la cuestión.

En lugar de repetir las experiencias de v. Bergmann en el perro, estos autores las realizan en el hombre, introduciendo en el estómago un balón opaco a los rayos y determinando a voluntad distensiones, por insuflación del mismo, del estómago, cardias hiatus diafragmático y esófago. En un primer grupo de sujetos normales no se provocaron sensaciones dolorosas verdaderas, sino tan sólo sensación de distensión epigástrica a la izquierda. Sólo en algunos casos, con la dilatación del hiatus se produjeron dolores leves en los puntos frénicos, especialmente a la izquierda, apareciendo hiperestesia de la espalda del mismo lado. Análogos resultados se obtuvieron en sujetos con neumatosis gástrica leve y con crisis gástricas tabéticas. En individuos con colitis, hipertonia gástrica y desequilibrio neurovegetativo, se originaron manifestaciones mucho más intensas, llegándose con la estimulación del estómago y sobre todo del hiatus a provocar un típico síndrome diafragmático: dolor fuerte epigástrico central alto, con difusión en banda a la izquierda en las dermatómeras D6 y D8, y demás reacciones diafragmáticas, incluso leve sensación de angustia. En un segundo grupo se obtuvo, al aumentar la excitación, sintomatología más intensa, con progresiva difusión del dolor a las dermatómeras contiguas, neta acentuación del dolor en el área precordial y reflejo vísceromotor con relativa sensación de opresión precordial. Después de una amplia discusión de los síntomas y signos positivos y negativos, los autores llegan a la conclusión que el dolor precordial no puede ser interpretado como debido a un sufrimiento miocárdico por reflejo hiato coronario descartando así la teoría de la angina vasomotriz de v. Bergmann y acercándose más a la de Roemheld y Cecconi, según la cual el síndrome pseudo anginoso de origen gastrodiafragmático no sería otra cosa que un intenso síndrome diafragmático, con difusión del dolor a dermatómeras superiores, por el conocido fenómeno

de la irradiación central de los estímulos. El pronóstico se hace en consecuencia mucho más favorable. La aparición de un dolor precordial más fuerte en el curso de esta difusión central de los estímulos, debería ser interpretada como consecuencia de otro fenómeno, el de la adición central de los impulsos, cuando a una determinada metámera llegan de una determinada viscera u órgano (en este caso, aparato cardio-aórtico) ulteriores estímulos por una condición algógena latente. Esta sería en resumen la "pseudo angina diafragmática". Se agregan luego elementos de juicio radiológicos y anatómicos en favor de esta concepción y en contra de la de v. Bergmann, pasando después en revista los diversos factores que entran en juego en la producción de este síndrome, discutiéndose finalmente las causas a las cuales debe atribuirse el sufrimiento cardíaco o estado cardíaco algógeno, que permite, en el curso de un síndrome diafragmático, la aparición del dolor precordial, con relativa sensación de angustia, poniéndose en evidencia como este síndrome puede vincularse también a mínimos disturbios funcionales cardíacos: eretismo cardíaco por distonía neurovegetativa, mayor trabajo cardíaco por esfuerzo, disturbios funcionales cardíacos, por reflejos de distensión visceral, por anafilaxia digestiva o por acción de tóxicos (la nicotina sobre todo), acción mecánica sobre el corazón y grandes vasos de la neumatosis gástrica, etc.

Se estudian luego otros problemas de gran interés, como son la determinación exacta de cada uno de los factores causales para cada caso, así como las relaciones con la angina de pecho verdadera. — *B. Moia.*

*A STANDARDIZED EXERCISE TOLERANCE TEST FOR PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS ON EXERTION, (Una prueba metodizada de la tolerancia al ejercicio para los enfermos con angina de pecho de esfuerzo). J. E. F. RISEMAN y B. STERN, "Am. J. of Med. Sc.", 1934, CLXXXVIII, 646.*

La angina de pecho de esfuerzo es un síndrome que muy a menudo no puede ser comprobado por el médico, que sólo debe valerse de las referencias del enfermo, en las cuales interviene en mayor o menor grado un factor subjetivo.

Con el objeto de observar los caracteres del ataque anginoso han sido ideadas varias pruebas capaces de provocarlo (prueba de la efedrina, de la anoxemia, etc.), que tienen sus peligros y sus dificultades. La que proponen los autores reúne una serie de condiciones que consideran indispensables para catalogar al síndrome anginoso, apreciar la influencia de los distintos factores que lo provocan y la acción del tratamiento. Es sabido que la frecuencia, intensidad y precocidad de los ataques varia de acuerdo con el tipo de ejercicio (importancia del entrenamiento) con la temperatura (mayor en la estación fría), con la alimentación y la emoción. Todos esos puntos son considerados en la prueba de Riseman y Stern, que consiste en lo siguiente.

El sujeto sube y baja una escalera de 2 peldaños de dimensiones especiales, hasta que se desarrolla un dolor anginoso suficientemente intenso como para obligarlo a detenerse: la prueba tiene lugar en una pieza especial, mantenida a

una temperatura que oscila entre 45 y 55 grados F., antes del desayuno o 1 hora después de una comida liviana: la velocidad se deja librada al enfermo para que adopte la que le es habitual.

Los autores estudiaron 57 anginosos, en 34 de los cuales el ataque producido fué igual al que los enfermos referían y se reprodujo después en las mismas condiciones. En 19 enfermos la prueba fué negativa, pero de ellos todos menos 1 podían difícilmente ser catalogados como verdaderos anginosos. — *M. Joselevich.*

*DAS ELECTROKARDIOGRAMM DES ANGINA-PECTORIS-ANFALLES.*  
(*El electrocardiograma del acceso anginoso*). MAX WINTERNITZ, "Med. Kl.", 1934, XLI, 1359.

El dolor anginoso, espontáneo o provocado por el esfuerzo, se acompaña a menudo de alteraciones transitorias del E. C. G. Estas alteraciones revisten, en una minoría de los casos, el aspecto E. C. G. del infarto miocárdico (complejos de tipo discordante que exteriorizan lesión focal). Clínicamente pueden constatar en estos casos gruesas lesiones coronarias. En la mayoría de los casos se constató en cambio depresión del segmento RT en las 3 derivaciones (complejos de tipo concordante que exteriorizan trastornos universales del miocardio). Este aspecto E. C. G. es típico del acceso de ágor, pero no le es exclusivo ya que puede observarse en la impregnación digitálica o en las grandes hipertrofias ventriculares. Por el trabajo y en taquicardias tipo Basedow también se obtienen trastornos del complejo ventricular final: T' alta, pudiendo ST nacer por debajo de la isoeletrica. Estos trastornos son fisiológicos y se diferencian fácilmente de los complejos concordantes. Las modificaciones E. C. G. observadas son imputables a la insuficiente irrigación; el dolor está condicionado, por la misma causa, pero puede observarse dolor o trastornos E. C. G. independiente. El significado diagnóstico y pronóstico de las modificaciones E. C. G. obtenidas por la "prueba de esfuerzo" es reducido. De 110 anginosos estudiados sólo 27 dieron modificaciones significativas (24 del tipo concordante). Hubo casos mudos que al poco tiempo hicieron infartos del miocardio. — *F. Battle.*

*TOTAL THYROIDECTOMY IN ANGINA PECTORIS. AN EXPERIMENTAL STUDY.* (*Tiroidectomía total en la angina pectoris. Un estudio experimental*). PH. SHAMBAUGH Y E. C. CUTTLER, "Am. Heart J.", 1934, X, 221.

Teniendo en cuenta que la mejoría del anginoso se produce inmediatamente después de la tiroidectomía, antes que la baja acentuada del metabolismo pueda explicar una disminución llamativa del trabajo cardiaco, los autores provocan ataques anginosos experimentalmente en el perro por el procedimiento de Sutton y Lueth, estrechando a voluntad la descendente anterior de la coronaria izquierda, en el perro. La tiroidectomía total no impide ni altera en este animal, los efectos del estrechamiento mecánico de la coronaria.



Teniendo en cuenta que, de acuerdo con las últimas investigaciones, el ataque anginoso se acompaña habitualmente de aumento de la presión arterial y de la frecuencia del pulso que serían en realidad la causa y no la consecuencia del ataque, y que la adrenalina, que en muchas ocasiones reproduce el ataque en el hombre, por su acción sobre el corazón puede producir estas variaciones, los autores estudian la acción presora de adrenalina antes y después de la tiroidectomía, encontrándola disminuida en esta última condición. Si se recuerda finalmente la relación existente entre la tiroides y el sistema cromafino, resulta lógico suponer que la tiroidectomía, en el hombre, mejora notablemente el síndrome anginoso, repercutiendo sobre el mecanismo tiroadrenal. — *B. Moia.*

*CALCIFICATION OF THE MYOCARDIUM FOLLOWING CORONARY OCCLUSION.* (Calcificación del miocardio consecutiva a la oclusión coronaria), F. J. HIRSCHBOECK, "Am. Heart J.", 1934, X, 264.

En el corazón de un hombre de 60 años, con insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular, que hace en vida gangrena de una extremidad y muere por embolia cerebral, se encuentra una zona calcificada que corresponde al área del músculo cardíaco irrigado normalmente por la rama descendente de la coronaria izquierda que se halla ocluida por un viejo proceso. — *B. Moia.*

*CORONARY OCCLUSION: BASED ON THE STUDY OF 165 CASES,* (Oclusión coronaria: basado en el estudio de 165 casos). T. HOWARD, "Med. Times & Long. I. Med. J.", 1934, LXII, 337.

El estudio se basa en 127 hombres y 38 mujeres. En los primeros algunos casos se observaron antes de los 40 años, alcanzando su máximo entre los 40 y 50 años, ocurriendo el 25 % por encima de 60 años. Para las mujeres, en cambio, no hubo ninguno por debajo de aquella edad, ocurriendo el 56 % por encima de los 60 años.

Como factores predisponentes encuentra: el cansancio y los excesos mentales, la vida de intensa agitación, el tabaco, la diabetes (6 %), la obesidad (10 %), y tal vez los traumas directos.

La crisis coincide habitualmente con el periodo digestivo, sobre todo después de comidas copiosas (reflejo espasmódico coronario de origen vagal o hipotensión); o con la ingestión de sustancias heladas; o después de enfermedades debilitantes; cansancio o emociones.

El dolor en sus diversas formas se presentó en el 94 %. La mayoría acusó estado de shock, con vómitos en el 28 %. Sólo en 5 casos no hubo fiebre. El frote pericárdico apareció sólo en el 10 %.

La complicación más frecuente fué la embolia desprendida de la superficie interna de la zona necrosada (17 casos) 10 presentaron fibrilación auricular, muriendo 7. 4 tuvieron bloqueo cardíaco muriendo sólo el que llegó al Stokes-Adams.

En el tratamiento recomienda la morfina, cafeína (nunca adrenalina), con-

ceptuando que la digital no se necesita comúnmente en el período agudo, ni muy a menudo en el crónico. Sin embargo, cuando el miocardio desfallece con gran taquicardia y especialmente en la fibrilación auricular, la digital puede salvar la vida.

El regimen higiénico dietético, y sobre todo el reposo cobran gran importancia para decidir sobre el futuro del infartado. — *B. Moia.*

*ELECTROCARDIOGRAPHIC EVIDENCE OF RECENT CORONARY THROMBOSIS SUPERIMPOSED ON BUNDLE-BRANCH BLOCK RESULTING FROM PREVIOUS CORONARY DISEASE, (Evidencia electrocardiográfica de trombosis coronaria reciente, injertada sobre un bloqueo de rama provocado por coronariopatía previa), P. D. WHITE, "Am. Heart J.", 1934, X, 260.*

Se trata de un hombre de 64 años, con varios ataques de trombosis coronaria, el primero de los cuales seguido de bloqueo de rama. Sobre esta alteración se injerta un nuevo infarto de miocardio. — *B. Moia.*

*INFARCTUS SOUS-EPICARDIQUE DE L'OREILLETTE DROITE ROMPU DANS LE PERICARDIE. (Infarto sub-epicárdico de la aurícula derecha roto en el pericardio), LAIGNEL-LAVASTINE, A. F. LIBER y S. BIDOU, "Arch. des Mal. di Coeur", 1934, X, 581.*

Se trataba de una enferma de 60 años afecta de una pleuresía serofibrinosa izquierda que muere repentinamente en medio de un cuadro dramático caracterizado por dolor torácico, disnea intensa, palidez extrema y gran taquicardia. En la necro se encontró un gran hemo-pericardio producido por rotura de la aurícula derecha a cuyo nivel existía un infarto. Los autores llaman la atención sobre la rareza de la localización como lo prueba que en varias estadísticas de necros de infarto que suman en total 331 hay sólo 5 en aurícula derecha. También insisten en lo excepcional de la situación sub-epicárdica.

El estudio anatómopatológico mostró también gran atero-esclerosis de la aorta y de la coronaria derecha, la que a su vez estaba trombosada. — *J. C. Etchevés.*

*PERICARDIAL EFFUSION FOLLOWING ACUTE CORONARY VESSEL CLOSURE. (Derrame pericárdico siguiendo a la oclusión coronaria aguda), S. P. SCHWARTZ, "Am. Heart J.", 1934, X, 253*

Hombre de 55 años. El diagnóstico se hizo clínica y radiológicamente. La primera punción dió salida a un líquido color de paja y produjo notable mejoría, pero el líquido se reprodujo rápidamente. El reposo en cama y nueva punción, facilitaron la curación. — *B. Moia.*

## ENDOCRINOLOGÍA

*A PROPOS DU COEUR BASEDOWIEN ET DES CARDIO-THYREOSES,*  
(A propósito del corazón basedowiano y de las cardiotireosis). I. BÉRARD  
y P. COLSON, "La Presse Méd.", 1934. XLII. 1401.

Las formas cardíacas de la enfermedad de Basedow pueden clasificarse en tres grupos distintos: 1) trastornos subjetivos intensos con pocas manifestaciones objetivas (*forma nerviosa*, debida al desequilibrio del sistema neuro-vegetativo); 2) hipertiroidismo desarrollado en un enfermo afecto de una cardiopatía reumática o sifilítica; 3) dilatación cardíaca, taquiarritmia y asistolia debidas a la enfermedad de Basedow (*cardiotireosis* propiamente dicha).

Los autores han seguido numerosos enfermos de todos los tipos, estudiándolos radológicamente antes y después de la operación quirúrgica. Para considerar los resultados de sus estudios dividen a esos enfermos en dos grupos, según que se tratara de basedowianos simples o con asistolia (cardiotireosis). Las conclusiones a que llegaron pueden resumirse así:

1) *El corazón de los basedowianos*: la ortocardiografía permite seguir las fluctuaciones de la hipertrofia cardíaca, pudiéndose afirmar que en la mayoría de los casos la intervención determina una *reducción del volumen cardíaco*, que es tardía, ligera e inconstante y depende de la edad del sujeto, del tiempo de evolución de la enfermedad y de las cifras del aumento metabólico.

2) *El corazón de las cardiotireosis*: cuanto mayor es el tamaño del corazón, mejores son los resultados operatorios y esos resultados dependen de la reducción de las cifras metabólicas; si el corazón es de pequeño tamaño y presenta además una fibrilación auricular, los resultados suelen ser mucho menos felices. — *M. Joselevich.*

*INSUFICIENCIA CIRCULATORIA EN UN NIÑO HIPOTIROIDEO*, B. MOIA, "Arch. Med. H. R. Mejía", 1934. XVI, 95.

Se refiere a un niño de 8 años que padece desde hace algunos meses de insuficiencia circulatoria traducida por intensa disnea de esfuerzo, y cuya etiología se vincula a la existencia de un hipotiroidismo simple revelado por el metabolismo basal (— 24 50 %), lo que facilita su cura por la opoterapia específica. Datos interesantes a señalar son, la falta de mixedema y la normalidad de la imagen radiológica y del E. C. G., que no acusan variaciones después de la medicación tiroidea. Estos dos últimos hechos se atribuyen a la falta de infiltración mucinoide del miocardio, dada la ya citada ausencia de mixedema. — *Auto-resumen.*

## VASOS

*THE PULMONARY AND PLEURAL COMPLICATIONS OF AORTIC ANEURYSM* (Las complicaciones pulmonares u pleurales de los aneurismas aórticos), CH. S. KEEFER y G. K. MALLORY, "Am. Heart J.", 1934. X, 208.

Estudian 22 casos, de los cuales sólo dos mujeres, desde el doble punto de

vista clínico y anátomopatológico. La compresión traqueal (7 casos) y la bronquial (8 casos), sobre todo del lado izquierdo, fueron las complicaciones más frecuentes; y la bronconeumonía, absceso del pulmón y bronquiectasia, fueron los resultados habituales de estas lesiones. Sólo en 3 casos se observó invasión directa del pulmón o ruptura en la pleura. La complicación pleural puede, pues, producirse por ruptura directa del aneurisma, compresión de la vena azigos o pulmonar, o por propagación de una lesión pulmonar subyacente.

La tuberculosis pulmonar y pleural sólo se observó en tres casos. — *B. Moia.*

*THE SELECTION OF CASES OF TROMBO-ANGIITIS OBLITERANS AND OTHER CIRCULATORY DISEASES OF THE EXTREMITIES FOR SYMPATHETIC GANGLIONECTOMY.* (La selección de los casos de tromboangeítis obliterante y otras afecciones circulatorias de las extremidades, para la ganglioectomía simpática), G. E. BROWN, W. MC K. CRAIG y A. W. ADSON, "Am. Heart. J.", 1934, X, 143.

La gangliectomía simpática produce vasodilatación máxima no sólo en los casos de paraplejia espástica, artritis y formas no complicadas de la enfermedad de Raynaud, sino que también en los casos de tromboarteritis, pues en ellos hay siempre al lado del factor orgánico un factor funcional vasoconstrictivo. Para seleccionar los casos operables hay que tomar en cuenta dos puntos fundamentales: a) demostrar la existencia de un alto grado de vasoconstricción y, b), el aspecto clínico del caso. Así, los que han sufrido durante mucho tiempo, sin dormir, con excesos de opio o tabaco deben seguir un tratamiento preoperatorio. La integridad de las coronarias es otro factor de éxito, así como también la rápida mejoría del dolor por los recursos habituales. No conviene operar durante los periodos agudos con insuficiencia vascular avanzada, úlceras y severo dolor de decúbito.

La prueba de la vasodilatación máxima provocada por la inyección de proteínas extrañas con el objeto de producir una crisis febril, controlando y comparando la temperatura de la boca y de la superficie de las extremidades, constituye un buen índice para apreciar el grado de vasoconstricción. Las determinaciones de la temperatura superficial por esta prueba, antes y después de la gangliectomía guardan estrecha relación para los miembros inferiores, no así para los superiores.

Se estudian 67 casos de tromboarteritis, el tercio de los cuales fueron pasibles de intervención. Si la operación es completa se obtienen grados máximos de dilatación vascular, que persisten después de ocho años. — *B. Moia.*

## PRESIÓN ARTERIAL

*ZUR FRAGE DES MECHANISMUS DES NORMALEN UND DES ERHOHTEN BLUTDRUCKES.* (Acercá de la cuestión del mecanismo de la presión sanguínea normal y elevada) TH. KONSCHIGG, Klin. Woch., 1934, 41, 1452.

El autor cree que la adrenalina es un producto artificial de extracción, sien-



do la verdadera sustancia fisiológica la adrenalina unida a lipoides, siendo su acción vasopresora mucho mayor. Con un extracto de suero de sujetos normales e hipertensos obtuvo en el conejo elevaciones apreciables de la presión. Empleando 10 c.c. de sangre de hipertensos observó un aumento tensional del 30 al 50 %, siendo este aumento y la duración del mismo variables y en relación a la hipertensión del dador. Por procedimientos especiales ha podido valorar colorimétricamente un derivado de la adrenalina. Obtiene con la sangre de sujetos normales cifras concordantes; éstas varían en los hipertensos en forma tal que le es posible grosso modo valorar el grado de hipertensión. Cree el autor que por este procedimiento puede determinarse un componente de la presión sanguínea: la fuerza vasopresora de la sangre. — *F. Battle*.

*LA ANESTESIA DEI SENI CAROTIDEI NELL'UOMO. CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA PATOGENESI DELL'IPERTENSIONE, (La anestesia el seno carotídeo en el hombre. Contribución al estudio de la patogenia de la hipertensión), A. FRANCAVIGLIA, "Cuore e Circ.", 1934, XVIII, 646.*

El autor practica en nueve hipertensos de variada naturaleza y con miocardio funcionalmente íntegro, la anestesia bilateral del seno inyectando 2.5 de percaína Ciba disueltos en 10 c.c. de agua destilada. De esta manera se conseguía la disminución de la actividad sinusal, como lo demuestra el hecho de que la compresión del mismo no producía después de la anestesia disminución de la frecuencia del pulso, como en los experimentos previos. En siete casos se obtuvo un aumento pasajero de la presión sanguínea, lo que demuestra que la región carotídea de estos pacientes estaba en estado de actividad funcional, y que, en consecuencia, la hipertensión que presentaban no podía atribuirse a alteración de la sensibilidad sinusal. — *B. Moia*.

## TERAPÉUTICA

*KLINISCHE ERFAHRUNGEN MIT DIGILANID. (Experiencias clínicas con Digilanid), H. BERTHEAU, "Deut. Med. Woch.", 1934, XL, 1505.*

La Digilanid, obtenida por Stoll y Kreis de la Dig. lanata, es un extracto puro y estable de los tres glucósidos isomorfos cristalizables de la digital. Se presenta en gotas, comprimidos, supositorios y ampollas perfectamente dosificadas. El autor hizo experiencias en 50 cardiopatas de todos los tipos. Fué siempre bien tolerada y la inyección endovenosa no se acompañó de ningún trastorno, actuando mucho más rápidamente por esta vía que otros preparados, aunque más lentamente que el estrofanfo. Sus propiedades diuréticas son superiores a la de los otros cardiotónicos, haciendo casi siempre innecesario el empleo de diuréticos. No tiene acción directa sobre la presión arterial, estando indicada en los hipertensos. Su acción retardadora del pulso es marcada. En basedowianos cuyo pulso era difícilmente influenciado por drogas, obtuvieron en 5 días retardos de 20 pulsaciones p.m. Los resultados clínicos obtenidos en todos los casos tratados por el autor han sido muy buenos. — *F. Battle*.

UBER DAS PADUTIN, (*Sobre la Padutina*), R. SIVÓ y E. V. DOBOZY, "Klin. Woch.", 1934, XLV, 1603.

La naturaleza química de la Padutina es desconocida, pero está libre de histamina, colina y ácido adenosínfosfórico. Es producida en el páncreas, aunque quizá intervengan en pequeña medida, otros órganos (bazo, etc.). De las experiencias efectuadas por los autores, se deduce que la padutina inhibe o disminuye considerablemente los efectos vasoconstrictores de la adrenalina y ergotina, actuando como éstas sobre el sistema simpático mioneural de las paredes vasculares. También actúa antagónicamente sobre la acción hiperglucemiante de la adrenalina. Probablemente anula, también, la protección que ejerce la adrenalina en la intoxicación estrícnica del cobayo. Termina proponiendo que mientras no sea aislado el principio activo, su valoración biológica se establezca por la cantidad de adrenalina que es capaz de neutralizar en el sapo. — *F. Battle.*

INFLUENZA DELL'ESTRATTO DI MUSCOLO DI PESCE SULLA TONICITA' CARDIOVASCULARE, (*Influencia del extracto de músculo de pescado sobre la tonicidad cardiovascular*). F. PERNIOLA, "Rif. Medica", 1934, L, 1562.

El autor utiliza los extractos de músculo de pescado preparados según el criterio biológico de Ceni, tratando un caso de corazón hipertrófico en un sujeto afecto de síndrome depresivo, y otro de aortitis luética con aneurisma e insuficiencia aórtica en un tabético, obteniendo buenos resultados. — *B. Moia.*

CONTRIBUCION AL TRATAMIENTO DEL REUMATISMO CARDIOARTICULAR. R. CIRFRA VOLTA, "Rev. Med. Barcel.", 1934, XXII, 100.

El autor conceptúa al reumatismo cardioarticular como un caso particular de la *infección focal*, de punto de partida *amigdalár*, estando dada la especificidad de la afección, no por los gérmenes, sino por las características del terreno.

Señala luego la acción espectacular del salicilato sobre la fluxión articular y su nula o escasa acción sobre las lesiones pancardíticas, proponiendo finalmente una conducta terapéutica personal, que consiste en la amigdalectomía precoz, con autovacunación a base de todos los gérmenes aislados en los distintos focos sépticos amigdalares; con lo cual refiere haber obtenido éxitos llamativos. — *B. Moia.*

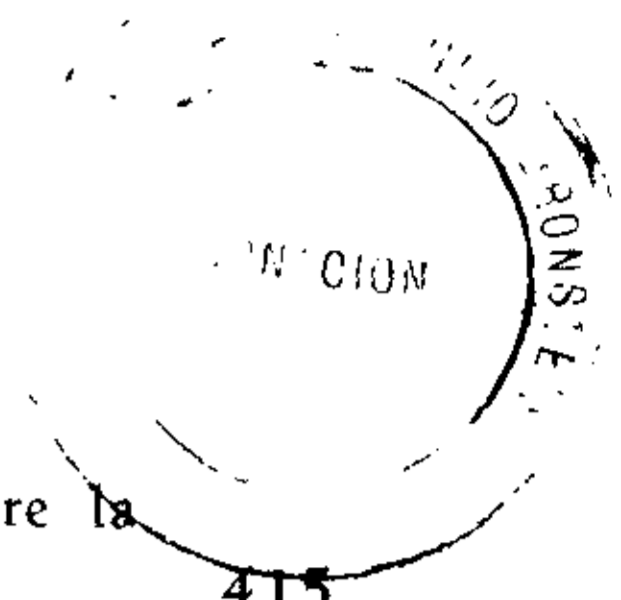
ATROPIN BEI ANGINA PECTORIS (*La atropina en la angina de pecho*). D. SCHERF y P. SCHNABEL, "Klin. Woch.", 1934, 39, 19397.

La atropina ha sido usada desde hace tiempo en el angor. Posteriormente fué demostrado en forma casi incontrovertible que el vago estrecha los vasos coronarios. Rein encontró en el perro que la atropina aumentaba en un 65 % la

circulación coronaria: según dicho autor no hay sustancia que se le acerque en su acción dilatadora coronaria. Pero no hay que olvidar que la atropina acelera el corazón, poco o mucho, según los casos y como a mayor frecuencia más sangre necesita el miocardio, puede la atropina ser perjudicial. Lo mismo vale para otros vasodilatadores que aumentan los latidos, lo que obliga a manejar todos estos medicamentos con prudencia, sobre todo en las lesiones estenosantes de las coronarias (sífilis, arterioesclerosis). No obstante la atropina per os a dosis que no produzcan mucha taquicardia, es eficaz, siendo su empleo recomendable. Si la estenosis es segura, conviene mas bien tratar de disminuir la frecuencia cardíaca y en este sentido empieza a usarse la tiroidectomía total. -- *F. Battle.*

---

SUMARIO



TRABAJOS ORIGINALES

Dr. E. BRAUN MENENDEZ. — La influencia de la hipófisis sobre la presión arterial . . . . . 415

Dres. P. COSSIO y O. ORIAS. — Chasquido de apertura de la mitral . . . . . 450

Dres. N. QUIRNO y J. LAVALLE COBO (h.). — La capilaroscopia en los estados de acrocianosis . . . . . 470

CASUISTICA

Dres. M. JOSELEVICH y O. F. NOGUERA. — Aneurisma de la aorta tórácica desviando el esófago a la izquierda . . . . . 481

TEMAS DE ACTUALIDAD

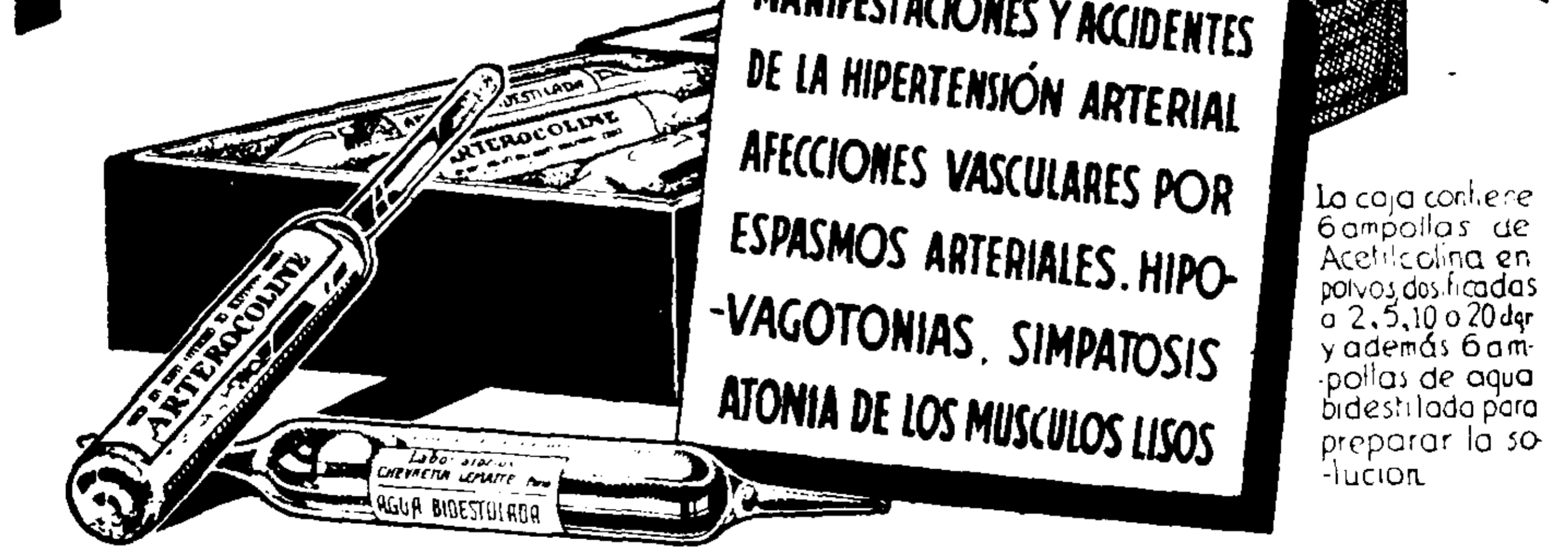
Modernas adquisiciones sobre anatomía y fisiología de los capilares de la piel . . . . . 487

(A la vuelta)

Hormona dilatadora de las Arterias

ARTEROCOLINE

ACETILCOLINA ESTABILIZADA COMPROBADA POR MEDIO DE ENSAYOS FISIOLÓGICOS



MANIFESTACIONES Y ACCIDENTES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL AFECCIONES VASCULARES POR ESPASMOS ARTERIALES. HIPO-VAGOTONIAS. SIMPATOSIS ATONIA DE LOS MUSCULOS LISOS

La caja contiene 6 ampollas de Acetilcolina en polvos dosificadas a 2, 5, 10 o 20 mgr y además 6 ampollas de agua bidestilada para preparar la solución.

LABORATORIOS LEMATTE & BOINOT, DOCTORES EN FARMACIA 52, RUE LA BRUYERE - PARIS.

Muestras y Literatura **H. MILLET & J. ROUX** BUENOS AIRES MONTEVIDEO Farmacia "EL CIERVO" OLIVA ES. 14 de Mayo, ASUNCION