

# ANÁLISIS DE REVISTAS

## FISIOLOGÍA NORMAL Y PATOLÓGICA

*UN METODO PARA MEDIR EL TONO Y LA CONSTRICCION REFLEJA DE LOS CAPILARES, VENULAS Y VENAS DE LA MANO HUMANA, CON LOS RESULTADOS EN ESTADOS NORMALES Y PATOLOGICOS, (A Method for Measuring Tone and Reflex Constriction of the Capillaries, Venules and Veins of the Human Hand, with the Results in Normal and Diseased States), R. B. CAPPS, "J. Cl. Investig.", 1936, XV, 220.*

El autor utiliza el método pletismográfico, modificado por Freeman, estudiando sujetos normales y enfermos (Raynaud, acrocianosis, post-operados, hipertensos, hipotensos, trombosis coronaria, etc.). Encuentra que, normalmente, el tono de los capilares, vénulas y venas, aumenta con el frío. En forma refleja lo hace con el pinchazo. En cambio el calor local disminuye el tono, mientras que por vía refleja, se llega al mismo resultado calentando una extremidad. En base a estas observaciones, se supone que la disminución de volumen de la mano, observada después del pinchazo, se debe a una constricción refleja de dichos vasos. En dos casos de acrocianosis, se encontró, una anormal ausencia del tono vasal, lo que, añadido a un marcado retardo de la circulación sanguínea, explicaría el cuadro clínico de la afección. En dos casos de hipertensión arterial maligna severa, no se encontraron anomalías significativas. — *B. Moia.*

*LA DISMINUCION DEL VOLUMEN DEL CORAZON DESPUES DEL EJERCICIO. (La diminuzione del volume del cuore dopo l'esercizio), J. KRAL Y B. POLLAND, "Folia Medica", 1936, XXII, 195.*

Los autores estudian las variaciones de la imagen cardíaca realizando telerradiografías antes e inmediatamente después de los ejercicios cumplidos por los jóvenes "sokols", en Praga. (Se trata de prácticas fatigosas, compuestas de 18 ejercicios: salto, obstáculos, caballetes, lucha, etc., finalizados por una carrera de 100 metros). Sobre 5 de los deportistas examinados sólo dos mostraron agrandamiento de la silueta cardíaca, mientras que el resto acusó una disminución cardíaca media de 6 mm. Análogas investigaciones se practicaron en un grupo de soldados después de una carrera de 25 kms., encontrándose en todos, menos uno, una disminución de tamaño del corazón oscilando, término medio, alrededor de 15 mm. Dado que en estos últimos, poco entrenados, el esfuerzo, aunque más lento, ha sido de mayor duración, los autores llegan a la conclusión que el grado de disminución depende del esfuerzo total, (duración e intensidad), o también del tiempo durante el cual se cumple tal esfuerzo en forma ininterrumpida. Además la disminución es proporcional al grado de entrenamiento. — *B. Moia.*

*DIEZ AÑOS DE INVESTIGACIONES SOBRE EL MECANISMO DE CONDUCCION DEL ESTIMULO EN EL MIOCARDIO ATRIAL. (Dieci anni di ricerche sul meccanismo di conduzione nel miocardio atriale), L. CONDORELLI, "Folia Medica", 1936, XXII, 99.*

Resume el autor, en esta conferencia, sus diversas investigaciones, llegando a la conclusión que el estímulo sinusal no se propaga en el miocardio atrial, a la

manera de una "mancha de aceite", como supuso Lewis, sino que sigue vías bien determinadas. Tres de ellas (vía seno-nodal, seno-auricular e interauricular) representadas por grupos de fibras que se originan en la vecindad del seno, parecen desempeñar un papel de conducción importante, pues la lesión de las mismas permite evidenciar tres tipos de bloqueos, encontrados también en la patología humana. — *B. Moia.*

*SOBRE LA VELOCIDAD DE LA ONDA DEL PULSO EN LA AORTA Y EN LAS ARTERIAS DE LA PIERNA EN EL HOMBRE, (Über Puls-wellengeschwindigkeit in Aorta und Beinarterien des Menschen), OTTO GAUER, "Z. Kreislaufforschg.", 1936, XXVIII, 7.*

Se hicieron 250 mediciones en una persona sana de 24 años a objeto de determinar la velocidad de propagación de la onda del pulso. La velocidad en la aorta torácica es de 3,8 - 4 mts., por segundo, no modificándose en los cambios posturales. En la aorta abdominal asciende a 4-4.5 mts., aumentando bruscamente en las ilíacas para llegar en las arterias de la pierna a 12-13 mts. por segundo, estando el sujeto de pie. En posición horizontal no sobrepasa los 8,5 mts. Otras mediciones hechas en otro sujeto dan aproximadamente iguales valores por lo que puede suponerse que en las personas sanas los valores han de ser más o menos iguales.

La velocidad de la onda reacciona a pequeñas excitaciones, como ser ligera compresión, con rápidas y grandes modificaciones; habitualmente con un descenso. — *F. Battle.*

## SEMIOLOGÍA

*INFLUENCIA DE LA ARRITMIA COMPLETA SOBRE EL ASPECTO RADIOLOGICO DE LAS ENDOCARDITIS MITRALES, (Influence de l'arythmie complete sur l'aspect radiologique des encocarditis mitrales), D. ROUTIER Y DWELSHAUVERS, "Arch. Mal. Coeurs, Vaiss, et Sang", 1936, XXIX, 179.*

Los autores han estudiado los diámetros cardíacos (DG' y D' al punto más salientes del arco medio izquierdo), y la relación de los mismos con el ancho torácico, en 50 mitrales reumáticos, puros o asociados a otras valvulopatías pero con arritmia completa y en otros 51 con ritmo sinusal. Encuentran, en los fibrilados, un aumento constante y absoluto de los diámetros cardíacos, tanto para la región basal cuanto para la ventricular. El estado de los hilios no parece relacionarse con la arritmia, sino más bien con el estado de suficiencia cardíaca. — *B. Moia.*

*PRIMER RUIDO DEL CORAZON Y RUIDO AURICULAR, (Premier bruit du coeur et bruit auriculaire), P. COSSIO Y M. LASCALEA, "Arch. Mal. Coeur, Vaiss, et Sang", 1936, XXIX, 138.*

Los autores registran simultáneamente una derivación del E.C.G., con el fonocardiograma obtenido según el método de Wiggers y Dean. El análisis de los trazados, les permite llegar a la conclusión de que, el primer ruido cardíaco está

formado por un elemento acústico dependiente de la sístole auricular y otro dependiente de la iniciación de la sístole ventricular. Como en estado normal, ambos ruidos se producen uno a continuación del otro, el oído percibe uno sólo; pero en ciertas circunstancias, sea porque se produzca un aumento del tiempo de conducción aurículo-ventricular: por una aparición más precoz del ruido auricular, o por un retardo en la aparición del elemento acústico de la sístole ventricular, lo cierto es que, ambos fenómenos acústicos, pueden escucharse separadamente, dando lugar a la aparición del desdoblamiento del primer ruido.

Se llega a la conclusión de que las oscilaciones iniciales del primer ruido son debidas al ruido auricular, mientras que las principales y las terminales, responden al fenómeno acústico de la iniciación de la sístole ventricular. — *B. Moia.*

*SOBRE EL SIGNIFICADO DEL LLAMADO SOPLO PRESISTOLICO EN LA ESTRECHEZ MITRAL, PARTICULARMENTE EN LOS CASOS CON ARRITMIA COMPLETA, (Sul significato del cosi detto rumore presistolico nella stenosi mitralica, particolarmente nei casi con aritmia completa), G. ANTONELLI, "Cuore e Circ.", 1936, XX, 162.*

El autor, teniendo en cuenta que el soplo presistólico puede observarse en casos de fibrilación auricular: que el carácter "in crescendo", depone en contra de una aspiración ventricular, etc.; y fundándose en las observaciones e investigaciones de otros autores, llega a la conclusión especulativa, que dicho soplo presistólico debe considerarse como de carácter protosistólico, relacionado con el período de tensión del ventrículo izquierdo. — *B. Moia.*

## PATOLOGÍA

*UN CASO DE PANCARDITIS HODGKINIANA, (Un cas de pancardite Hodgkinienne), DALOUS, J. FABRE Y H. PONS, "Arch. Mal. Coeur. Vaiss et Sang", 1936, XXIX, 89.*

Se describe el caso de un joven de 25 años, portador de un linfogranuloma maligno a predominio mediastinal que, sin acusar mayores síntomas subjetivos de insuficiencia cardíaca, presentaba, sin embargo, al examen clínico, un corazón notablemente agrandado de tamaño y disociación aurículoventricular completa. Muerto el sujeto súbitamente, la autopsia demostró la existencia de una verdadera pancarditis, siendo las lesiones poco acentuadas en el endocardio y pericardio. En el miocardio, las fibras musculares han perdido toda su diferenciación, volviendo al tipo mesenquimatoso. La desaparición de la estriación parece ser la lesión inicial. Es interesante señalar el paralelismo existente entre el ataque muscular y la abundancia de elementos eosinófilos entre las fibrillas, en ausencia de otras células granulomatosas, eosinofilia ésta, que parece ser más metabólica que inflamatoria.

Las características histológicas generales, permiten señalar nuevas modalidades del linfogranuloma, a saber: a) tendencia angioformadora, llevando a imágenes parecidas a las del angioma; b) tendencia constructiva, por la organización de verdaderas vegetaciones intravasculares, sin fenómeno inflamatorio

## ANÁLISIS DE REVISTAS

agudo; c) tendencia regresiva, tal vez momentánea, lo que da lugar al nacimiento de un tejido de aspecto mucoso, embrionario.

Es interesante señalar en este caso, la falta de síntomas clínicos de insuficiencia circulatoria frente a las groseras lesiones histológicas, verdadero hallazgo de autopsia. — *B. Moia.*

*DETERMINACIONES DEL VOLUMEN MINUTO EN LA ESTENOSIS MITRAL CON FIBRILACION AURICULAR Y DESPUES DE LA RESTITUCION DEL RITMO NORMAL, (Minute volume determinations in mitral stenosis during auricular fibrillation and after restoration of normal rhythm), A. C. KERKHOFF, "Amer. Heart J.", 1936, XI, 206.*

El autor mide el volumen minuto (método de Grollman) en 17 mujeres y 5 hombres con estrechez mitral y fibrilación auricular en estado de compensación y en los cuales la frecuencia cardíaca había sido llevada a 60 y 70 por minuto. El volumen minuto fué, en término medio, de 2,35 litros en las 17 mujeres examinadas; en los 5 hombres de 2,98 litros. Después de la administración de quinidina se realizaron nuevas mediciones en aquellos que recuperaron el ritmo normal (7 mujeres y 1 hombre) y se encontró en las 7 mujeres en término medio un volumen minuto de 3 litros lo que significa un aumento del 27 %. En el único hombre en que el ritmo se restableció el volumen minuto aumento en un 19 %.

Estos resultados demuestran que en la estrechez mitral el volumen minuto frecuentemente está reducido y que la aparición de fibrilación auricular lo reduce aún más aproximadamente en un 22 %.

El restablecimiento del ritmo normal reporta un beneficio indudable puesto que aumentó el volumen minuto más o menos en un 25 %. — *E. Braun Méndez.*

*ESTUDIOS DE INSUFICIENCIA CARDIORESPIRATORIA, - VII, LA CIANOSIS Y LA ANOXIA, C. JIMÉNEZ DÍAZ, D. CENTENERA Y M. ALEMANY, "Arch. Card. y Hemat.", 1936, XVII, 79.*

Después de estudiar el mecanismo fisiopatológico de los distintos tipos de cianosis, los autores concluyen, que en los enfermos respiratorios, la cianosis es habitualmente por anoxemia arterial, insaturación debida a hipoventilación alveolar o a zonas no aireadas. En ocasiones el aumento de la velocidad circulatoria, tiende a compensar los efectos de la mala oxigenación arterial, disminuyendo la intensidad del síntoma. Si, por el contrario, se produce insuficiencia circulatoria la estasis viene a sumarse al factor primitivo, llegándose a la cianosis mixta. En los enfermos circulatorios, la cianosis puede ser arterial (corto-circuito, zonas pulmonares mal aireadas; atelectasia, infartos, congestiones crónicas) o periférica, por estasis; y finalmente mixta por sumaación de ambos factores.

Se describe finalmente un tipo de cianosis de origen central, por compromiso de los centros nerviosos (ver, ESTA REVISTA, 1935, II, 57). — *B. Moia.*

*EL CORAZON EN EL ENFISEMA. (The heart in emphisema), W. B. KOUNTZ, H. L. ALEXANDER Y M. PRINZMETAL, "Amer. Heart J.", 1936, XI, 163.*

Los autores estudiaron los corazones de 17 casos de enfisema autopsiados y comparándolos con casos normales encontraron en 10 casos dilatación del ventrículo derecho y al mismo tiempo hipertrofia del ventrículo izquierdo. Relacionando estos hallazgos con los datos clínicos pudieron comprobar que los casos con hipertrofia habían presentado síntomas por un espacio mayor de tiempo.

Para obtener mayor información sobre la participación del corazón en el enfisema estudiaron el proceso en 19 perros en los cuales destruyeron hasta el 80 % del tejido pulmonar. El enfisema así provocado originó una manifiesta dilatación del ventrículo derecho en los perros observados durante un cierto tiempo (9 a 50 meses).

De estas observaciones los autores deducen: 1º, que el corazón está afectado en la mayoría de los pacientes con enfisema; 2º, que la lesión cardíaca (hipertrofia cardíaca con dilatación del ventrículo derecho) puede producir síntomas pero probablemente no se manifiesta clínicamente en sus comienzos; 3º, que existen argumentos experimentales en favor de que la dilatación del ventrículo derecho y la hipertrofia ocurren en los primeros periodos del enfisema. — *E. Braun Menéndez.*

*SOBRE EL ESTADO DEL CORAZON EN LAS EMBOLIAS PULMONARES, (Ueber Herzbefunde bei Lungenembolien), D. SCHERF Y E. SCHONBRUNNER, "Z. klin. Med.", 1935, CXXVIII, 455.*

Se describen serios trastornos E.C.G. en enfermos con tromboflebitis o trombosis postoperatorias, generalmente transitorios. Estos trastornos aparecen simultáneamente con trastornos subjetivos como opresión, ansiedad, palpitaciones paroxísticas. Estas alteraciones tienen por causa embolias producidas en las ramas pequeñas de la arteria pulmonar. Las modificaciones E.C.G. son atribuidas a irrigación coronaria defectuosa consecutiva a un reflejo neumo-coronario que estrecha la luz arterial. Estos hechos son muy importantes para el diagnóstico diferencial entre embolia pulmonar y trombosis coronaria. Estas modificaciones eléctricas, exponentes de grave trastorno miocárdico, explican el rápido desfallecimiento del corazón y el fracaso de la medicación en los cardíacos en los cuales aparece esta temible complicación. La disminución de la irrigación del miocardio explica también los dolores anginosos en los casos con trombosis venosa y embolia pulmonar. — *F. Battli*

*CONTRIBUCION CLINICA Y ANATOMOPATOLOGICA AL ESTUDIO DE LA ESTENOSIS AORTICA CONGENITA. (Contributo clinico e anatomo-patologico allo studio delle stenosi aortiche congenite), A. COLARIZI, "Cuore e Circ.", 1936, XX, 66.*

El autor presenta dos casos: uno es una niña de 9 meses, con intensa cia-

nosis generalizada, pero mucho más pronunciada a nivel del miembro superior izquierdo, corazón aumentado de tamaño, con acentuación del arco medio izquierdo; a la auscultación: soplo sistólico más intenso en el foco pulmonar; pulso radial más débil a derecha que a izquierda. El segundo es un lactante de 15 días de edad. Acusa también cianosis, disnea; gran hipertrofia cardíaca global, y ensanchamiento del pedículo vascular; soplo sistólico más intenso en foco pulmonar, segundo tono reforzado y desdoblado.

La autopsia del primero reveló la existencia de una marcada estenosis aórtica valvular asociada a lesiones subaórticas, atribuidas por el autor a procesos de endocarditis fetal; concomitante había persistencia del agujero de Botal y del canal arterial. Por estas razones la sangre que llegaba al miembro superior derecho, perteneciente en su mayoría al ventrículo izquierdo, era más oxigenada, lo que explica la menor acentuación de la cianosis; el miembro opuesto recibía mayor cantidad de sangre venosa, proveniente del ventrículo derecho a través del canal arterial.

El mismo examen reveló, para el segundo caso, la existencia de marcada estenosis del istmo de la aorta. La cianosis en este caso era de origen periférico por insuficiencia circulatoria.

El autor hace resaltar la importancia del estudio capilaroscópico para determinar la causa predominante de la cianosis, en los casos estudiados. — *B. Moia.*

*RITMO DE GALOPE DIASTOLICO. - UNA NOTA SOBRE CIERTOS FACTORES QUE INFLUENCIAN EL PRONOSTICO, (Diastolic gallop rhythm. - A note on certain factors influencing prognosis), W. P. THOMPSON Y SAMUEL A. LEVINE, "Amer. Heart J.", 1936, XI, 129.*

El ritmo de galope diastólico es de pronóstico grave. Sin embargo, un análisis realizado sobre 89 casos les ha permitido a los autores encontrar algunas diferencias en el pronóstico en relación con hallazgos simples efectuados al pie de la cama del enfermo.

La duración media de la vida en este grupo de pacientes después del descubrimiento del ritmo de galope fué de 10 meses y 20 días. La duración de la vida fué menor en los pacientes con cardiopatías reumáticas. El ritmo de galope que aparece pocas horas o días después de un ataque de oclusión coronaria tuvo un significado pronóstico muy malo. Sin embargo, su desaparición subsiguiente resultó un signo favorable.

El galope diastólico en pacientes menores de 40 años fué un signo particularmente grave, mientras que en pacientes de más de setenta años el pronóstico fué relativamente bueno. El sexo del paciente parece no tener importancia.

El pronóstico fué peor en pacientes sin hipertensión que en los que la tenían. Los pacientes que tenían insuficiencia cardíaca congestiva al encontrárseles el galope por vez primera vivieron alrededor de la mitad más largo que los que no la tenían.

La existencia de bloqueo cardíaco intraventricular pareció influir favorablemente en el pronóstico. — *E. Braun Menéndez.*

**PULSO ALTERNANTE. UNA NOTA SOBRE CIERTOS FACTORES QUE INFLUENCIAN EL PRONOSTICO**, (*Pulsus alternans. A note on certain factors influencing prognosis*), W. P. THOMSON Y SAMUEL A. LEVINE, "Amer. Heart J.", 1936, XI, 135.

Los autores analizan ciertos factores que parecen haber tenido influencia en el significado pronóstico del pulso alternante en una serie de 71 pacientes. Todos los individuos objeto de este estudio murieron siendo la duración media de la vida después del descubrimiento de la alternancia de 14 y medio meses.

Se encontró que el pronóstico es tanto peor cuanto menor es el paciente.

La duración subsiguiente de la vida fué en los hombres el doble que en las mujeres. El pronóstico fué peor en los casos de presión arterial baja o extremadamente alta y también fué peor cuando el paciente al descubrirse el síntoma, tenía insuficiencia cardíaca congestiva.

La aparición de pulso alternante en la oclusión coronaria sobre todo si aparecía en las horas o días inmediatamente después del ataque pareció hacer el pronóstico mucho más grave.

Los pacientes con bloqueo intraventricular vivieron un 50 % más que los que no lo tenían. — *E. Braun Menéndez*.

## ELECTROCARDIOGRAFÍA

**LAS MODIFICACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS EN LA ICTERICIA POR ESTASIS**, (*Le modificazioni elettrocardiografiche nell'ittero da stasi*), G. DALLA TORRE, Y DUSSO, "Cuore e Circ.", 1936, XX, 194.

Los autores estudian las modificaciones electrocardiográficas sufridas por los ictericos crónicos o agudos, que obedecen al mecanismo de la estasis, y el efecto de la ligadura del colédoco e inyecciones de bilis normal, bilis blanca y sales biliares en el conejo.

Llegan a la conclusión que, la bradicardia es debida a un retardo sinusal, de probable origen tóxico. Aunque ausentes en la experimentación, en la ictericia clínica del hombre se observan modificaciones del complejo ventricular (disminución de voltaje y ensanchamiento de R), que hacen suponer una acción de la bilis sobre el tejido específico y sobre la fibra miocárdica. — *B. Moia*.

**ESTUDIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR**, J. LOZANO LÓPEZ, "Arch. Card. y Hemat.", 1936, XVII, 118.

El autor pasa en revista 38 casos de tuberculosis pulmonar en distintos periodos evolutivos, y de distinto tipo clínico, encontrando alteraciones de P (difásica o bífida) en el 41 %; de T (aplanada o invertida en una o más derivaciones) en 70 %; desviación del eje eléctrico a la izquierda en 10 % y a la derecha en 52 %; taquicardia en 80 %. El autor admite que, en los tuberculosos pulmonares, al extenderse las lesiones, provocan un aumento de trabajo sobre corazón derecho, que da lugar a una hipertrofia relativa de dichas cavidades, lo cual, unido a la toxemia infectiva sostenida, contribuye a la taquicardia e hipotensión, creando un déficit en la circulación coronaria que, a la larga, puede dar lugar a una atrofia y degeneración del miocardio. — *B. Moia*.

*ALETEO Y FIBRILACIONES PARCIALES DE LAS AURICULAS, DOCUMENTADAS CON EL SISTEMA DE LAS DERIVACIONES ELECTIVAS, (Fluttuazioni e fibrillazioni parziali degli atri, documentate col sistema delle derivazioni elettive), A. RUBINO, "Cuore e Circ.", 1936, XX, 57.*

Recurriendo a las derivaciones electivas propuestas por Luisada, (esofágica para la aurícula izquierda y boca-xifoides para la derecha), el autor demuestra que, sobre 14 casos de fibrilación auricular, revelada en las derivaciones standard, 9 presentaban fibrilo-flutter para la aurícula derecha y fibrilación pura para la izquierda; 2 presentaban fibrilo-flutter en ambas aurículas; 2 mostraban aleteo puro a la derecha con fibrilación a izquierda; y 1 acusaba fibrilación pura en ambas cavidades. El autor recuerda trabajos experimentales de otros autores (Condorelli, Scherf, etc.), que muestran fibrilación de una cavidad con ritmo sinusal en la otra, haciendo consideraciones patogénicas de interés. — *B. Moia.*

*SOBRE LA PREDOMINANCIA VENTRICULAR, (Sulla prevalenza ventricolare), U. DILIBERTO, "Cuore e Circ.", 1936, XX, 157.*

El autor después de recordar las frecuentes divergencias existentes entre eje eléctrico y eje anatómico, emite la hipótesis, que las imágenes de preponderancia se originan en trastornos de conducción del estímulo en las ramas respectivas del haz de His. Arguye en su favor que las predominancias izquierdas, sobrevienen generalmente en los aórticos y las derechas en los mitrales, lo que facilitaría el compromiso de cada una de las ramas del haz. — *B. Moia.*

*ESTUDIO CLINICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA Y DE LAS FASES DE LA SISTOLE CARDIACA EN LA PELAGRA, (A clinical studies of the electrocardiogram and of the phases of cardiac systole in pellagra), H. FEIL, "Amer. Heart J.", 1936, XI, 173.*

Se estudió desde el punto de vista cardiovascular 38 pacientes afectados de pelagra que presentaban el cuadro típico de esta enfermedad con síntomas gastro-intestinales cutáneos y neurológicos de grado diverso.

El estudio electrocardiográfico reveló que en 19 casos el trazado era normal (50 %). En 14 de los 19 restantes se encontraron anomalías imputables directamente a la enfermedad (36 %). Las anomalías más frecuentes fueron: inversión de la onda T en DI o II o en ambas, segmento ST abovedado y ondas T de amplitud exagerada. De los 33 casos en que fué registrada la DIV presentó anomalías en 12 casos (36.4 %), en 4 de los cuales el electrocardiograma era normal en las derivaciones usuales.

Se encontró frecuentemente un alargamiento de la sístole eléctrica (espacio QT). La sístole mecánica medida por el registro simultáneo de los ruidos del corazón y del pulso subclavio (registro óptico) se encontró prolongada a expensas del periodo expulsivo.

El autor concluye de estos estudios que el corazón está afectado en la pelagra. — *E. Braun Menéndez.*

*FIBRILACION Y ALETEO AURICULARES NO COMPLICADOS. - SU APARICION FRECUENTE Y SU BUEN PRONOSTICO EN ENFERMOS SIN OTRAS MANIFESTACIONES DE AFECCION CARDIACA, (Uncomplicated auricular fibrillation and auricular flutter. - Frequent occurrence and good prognosis in patients without other evidence of cardiac disease), E. S. ORGAIN, L. WOLF Y P. D. WHITE, "Arch. of Int. Med.", LVII, 493, 1936.*

En 49 enfermos, cuya edad variaba entre 21 y 75 años, se demostró la existencia de una fibrilación auricular (en 3 casos permanente y en 46 paroxística), sin otros signos de lesión cardíaca. Lo mismo sucedió con otras 5 personas afectadas de aleteo auricular paroxístico, y en otras 2 con aleteo y fibrilación superpuestos.

Como la evolución de la mayoría de esos enfermos fué favorable en lo que respecta a la ulterior aparición de lesiones o de insuficiencia cardíaca, los autores afirman que "la fibrilación y el aleteo auriculares son en algunas personas simples trastornos funcionales del corazón, que no poseen un valor más importante que los extrasístoles o la taquicardia paroxística auricular como índice de una enfermedad cardíaca o de un pronóstico malo".

Entre los posibles factores etiológicos los autores registraron en algunos de los casos a los siguientes: neumonía, malaria, absceso pelviano, alcohol, éter, quemaduras, cólico hepático, vómitos, operaciones, ejercicio y emoción (temor). Obtuvieron buenos resultados para prevenir las crisis y mejorar la arritmia con el uso de la digital, aislada o combinada con la quinidina. Recomiendan tratar a esos enfermos especialmente con la quinidina, con la que obtuvieron muy buenos resultados en el 72 % de los casos de fibrilación auricular. — *M. Joselevich.*

*ELECTROCARDIOGRAMAS EN 167 LACTANTES Y NIÑOS SANOS, (Electrocardiograms on 167 average healths infants and children), C. T. BURNETT Y E. L. TAYLOR, "Amer. Heart J.", 1936, XI, 185.*

Este estudio fué realizado con la base de 1.276 trazados electrocardiográficos obtenidos en 167 niños normales de 3 semanas a 12 años de edad, de los cuales 85 varones y 82 niñas.

La mayor parte de ellos (115) fueron seguidos desde la tercera a cuarta semana de vida obteniéndose electrocardiogramas primero cada mes, luego cada tres meses, durante cinco años y medio.

Analizan cada onda por separado en cuanto a su forma y amplitud. Se encontró que la amplitud de la onda P puede ser mayor o menor que en el adulto.

Se encontraron ondas P difásicas en DII y III y melladas en las tres derivaciones.

Las ondas Q eran mas profundas en los varones.

La onda R puede ser más o menos amplia que lo que se acepta como normal en el adulto. Se observó espesamiento de R en 35.8 % de los trazados y melladuras en 4.38 %. En DIII se encontró complejos en forma de M o W.

La amplitud de la onda S disminuyó con la edad. Con frecuencia se observaron ondas T amplias en DI y II. En DIII la onda T fué generalmente de poco voltaje. Inversión de T sólo se encontró en DIII (en 18.9 % de los casos).

## ANÁLISIS DE REVISTAS

El tiempo de conducción (PR) osciló entre 0.08 y 0.18 seg., con un término medio de 0.126 en los primeros ocho años de vida.

El intervalo QRS fué en término medio de 0.0549 es decir, menor que en los adultos.

El intervalo ST aumenta con la edad. La frecuencia cardíaca disminuye con la edad.

En 279 (21.8 %) de los trazados se observó arritmia sinusal, con mayor frecuencia entre los 10 y 11 años de edad.

En cuanto a la desviación del eje eléctrico se observó el mayor número de casos con desviaciones a la derecha durante los 3 primeros meses de la vida, disminuyendo luego notablemente entre los 4 y 6 meses. Ocasionalmente se observó desviación a la izquierda en niños sanos normales.

Estos estudios indican que los standards normales deben establecer un amplio margen para las variaciones individuales en los electrocardiogramas de niños normales y también indican la necesidad de realizar estudios estadísticos similares en otros períodos de la vida con lo que probablemente se establecería que en el electrocardiograma del adulto normal existen mayores variaciones que las que se aceptan en la actualidad. — E. Braun Menéndez.

## CORONARIAS

*EL PRONOSTICO DEL INFARTO DE MIOCARDIO. (Das Schicksal des Myokardinfarktes), MAX HOCHREIN Y K. SCHNEYER, "Z. Kreislauf-forschg.", 1936, XXVIII, 257.*

En un total de 226 casos propios, los autores encuentran una mortalidad de 71 %. En los primeros días del acceso falleció el 42 %. Al año del ataque la mortalidad es prácticamente nula (5 %). En la convalecencia las causas de muerte fueron: insuficiencia cardíaca, 24 casos, nuevo infarto, 16 casos, muerte repentina, 5, embolia, 7. De los 65 sobrevivientes hay 23 enfermos capaces de trabajar, 24 con capacidad relativa y 17 casos incapaces. 22 enfermos tienen disnea de esfuerzo, 17 estenocardia y 14 presentan edemas. Un pronóstico acertado no puede establecerse al principio; son, sin embargo, desfavorables el cuadro clínico y electrocardiográfico atípico, signos de insuficiencia secretoria y la debilidad cardíaca. De buen pronóstico es la capacidad vital normal y el ascenso tensional. Los cuidados deberán prolongarse durante un año, plazo durante el cual el enfermo deberá hacer vida tranquila, evitando excesos y descansando de sus ocupaciones habituales. — F. Battie.

*EL PRONOSTICO DESPUES DE UN INFARTO DEL MIOCARDIO. (The prognosis after infarct of the heart). J. COWAN, "Lancet", CCXXX, 356, 1936.*

Trabajo basado en el estudio de 66 casos de infarto del miocardio en los que la sobrevivencia fué mayor de 6 meses. De esos 66 enfermos, 33 ya han muerto (50 %); 7 en el primer año, 6 en el segundo, 5 en el tercero, 3 en el cuarto,

3 en el quinto, 4 en el sexto, 1 en el séptimo, 1 en el octavo, 1 en el noveno y 2 después del décimo.

Los otros 33 enfermos todavía viven: 1, a menos de 1 año del comienzo, 8, a más de 1 año, 4, a más de 2.8, a más de 3.3, a más de 4.8, a más de 5 y 1 a más de 6.

Cualquiera que sea el tiempo de sobrevivida, esos enfermos *pueden morir bruscamente*, como sucedió en varios casos que el autor relata (uno de ellos después de 5 años y el otro después de 8 de producido el infarto). La presencia de *hipertensión arterial* agrava el pronóstico; en cambio la coexistencia de *lesiones valvulares, de soplo sistólico precordial, de pasado sifilítico*, no parecen tener influencia sobre la evolución de la enfermedad.

El pronóstico depende en general de: la *edad* de los enfermos (es mejor en los jóvenes) de la *severidad del ataque* (mejor en los poco intensos), de la *presión arterial* (peor en los hipertensos), del *tamaño del corazón* (peor si está grande) de los *datos electrocardiográficos* (mejor cuando el trazado es normal). Además, del *tratamiento* efectuado al producirse el infarto (los enfermos deben guardar cama lo menos durante 2 meses) y de la vida que lleve el sujeto a partir de entonces (reposo relativo, físico y moral). — *M. Joselevich*.

## INFECCIOSAS

*SOBRE LA CUESTION DE LA MESOAORTITIS REUMATICA, (Zur Frage der Mesaortitis rheumatica)*, W. GERLACH, "Z. Kreislaufforschg.", 1936, XXVIII, 2.

La participación de la aorta en la infección reumática es muy viejo; Bouillaud en 1840 ya lo había observado. La separación de la aortitis reumática y sifilítica ha sido deslindada claramente por Klinge y Schultz. Sin embargo, a propósito de un caso, vuelve G. sobre las dificultades que se pueden presentar, ya que tal enfermo presentaba el signo de Döhle-Heller (separación de las valvas aórticas en su inserción), que hasta ahora se admitía como patognomónico de sífilis aórtica, no dando el examen clínico, serológico y anátomo-patológico ningún indicio de sífilis. Por lo tanto, de confirmar futuras investigaciones este hecho, perdería el citado signo su valor. — *F. Battle*.

*LA PRESION ARTERIAL EN EL CURSO DEL TIFUS, (La pressione arteriosa nel corso del tifo)*, L. BARTONE, "Folia Médica", 1936, XXII, 348.

El autor, realizando estudios seriados de la presión arterial en 40 tifoideos de 20 a 55 años de edad, encuentra un descenso progresivo de ambas presiones, máxima y mínima. Datos interesantes a señalar son: antes de la hemorragia suele observarse discreta y fugaz *poussé hipertensiva*; elevan también la presión arterial descendida, las perforaciones intestinales y las complicaciones broncopulmonares. La hipotensión no es proporcional al estado térmico, y su patogenia es compleja, interviniendo probablemente alteraciones nerviosas, de las glándulas a secreción interna y productos del metabolismo general. — *B. Moia*.

**PRESIÓN ARTERIAL**

*EL REFLEJO SINOCAROTIDEO EN PACIENTES CON HIPERTENSION*, (*The Carotid Sinus Reflexe in Patients with Hypertension*), G. D. GAMMON, "J. Clin. Investig.", 1936, XV, 153.

La estimulación directa del seno carotideo, en 31 hipertensos esenciales o arterioescleróticos, causó un efecto depresor, como ya lo señalaran otros autores. Cambios de presión intrasinusales, por obstrucción de la carótida primitiva izquierda, originaron variaciones de la presión sanguínea, semejantes a los observados en el sujeto normal. Ello hace suponer que la hipertensión en estos pacientes no es debida a una falla del mecanismo sinocarótideo; debiendo referírsela tal vez a alguna otra parte del arco reflejo depresor, o a una reacción anormal de los vasos frente a los impulsos tónicos, vasoconstrictores. — *B. Moia*.

*LA ETIOLOGIA DE LA HIPERTONIA ESENCIAL*, (*Die Aetiologie der essentiellen Hypertonie*), ESKIL KYLIN, "Klin. Wschr.", 1935, XIII, 470.

Contrariamente a Volhard, opina el autor que la hipertensión de la hipertonia esencial es debida a vasoconstricción funcional consecutiva a modificaciones del sistema nervioso vegetativo. Vuelve a recalcar su antigua opinión de que todos los signos clínicos de la hipertonia esencial pueden ser explicadas por una hiperfunción de la pre-hipófisis. La hipertensión arterial es, a la enfermedad de Simmonds lo que el Basedow es al mixedema, es decir, enfermedades antagonistas. Esta hiperfunción pre-hipofisaria es demostrable objetivamente, ya que los hipertónicos eliminan más Prolan por la orina que los no hipertónicos.—*F. Battie*.

**TERAPÉUTICA**

*CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ACCION DE LA DIGITALINA Y DE LA OUABAINA*, (*Contribution a l'étude de l'action de la digitaline et de la l'ouabaine*), O. SPUHLER, "Arch. Mal. Coeur, Vaiss. et Sang", 1936, XXIX, 207.

En una serie de interesantes investigaciones, el autor estudia la influencia de la ouabaina sobre trozos de corazón aislado, de conejos y cobayos. Por medio de un dispositivo "ad-hoc", se pueden estudiar las variaciones sufridas por la velocidad e intensidad de las contracciones provocadas en el segmento de corazón, gracias a excitaciones de corriente farádica, según la sustancia que lo baña. El agregado de  $\frac{1}{4}$  mg. de ouabaina por cada 25 c. c. de solución de tiroides al 1: 100.000, que baña al fragmento proveniente de una región próxima a la base ventricular, provoca marcados efectos reforzando y acelerando las contracciones. En segmentos obtenidos de la región de la punta, la adición de ouabaina o adrenalina, no produce efecto. Lo mismo sucede si, a un segmento de la base, se lo baña en solución conteniendo tártraro de ergotamina. Dado que la región de la punta se halla casi totalmente desprovista de formaciones ganglionares, las que son en cambio muy numerosas, en la base, y que el tartrato de ergotamina, paraliza al simpático, resulta lógico admitir que la acción de la ouabaina se ejerce probablemente, no directamente sobre el músculo cardíaco, sino que a través del sistema nervioso vegetativo "intramural". En experimentos sobre el animal

entero (conejos, cobayos, perros), se comprueba que, tanto la inyección de digitalina como la de ouabaina, a dosis tóxicas, lleva a la muerte del animal, con signos semejantes a los de la intoxicación adrenalínica: aumento de la glucemia, desaparición del glucógeno hepático, edema pulmonar, lesiones renales, etc. Interesante es señalar que, mientras que la inyección de  $\frac{1}{4}$  de mg. de ouabaina produce en el perro una marcada elevación de la tasa del azúcar sanguíneo, este cambio desaparece después de la ablación bilateral de las suprarrenales. De ello se infiere que, la intoxicación por estos cuerpos digitálicos, provoca en el animal una secreción de adrenalina, responsable de los síntomas citados (aumento de la glucemia, etc.). Estas investigaciones dan derecho a suponer que la ouabaina, actúa principalmente sobre el sistema nervioso vegetativo, con electividad especial para el sistema nervioso cardial "intramural". — *B. Moia.*

*UN CASO DE INTOXICACION DIGITALICA, (Un cas d'intoxication digitalique), W. TOMASZEWSKI Y W. LAPA, "Arch. Mal. Coeur., Vaiss et Sang", 1936, XXIX, 196.*

Refieren la excepcional observación de una señorita de 23 años que, con fines suicidas ingiere 10 c. c. de la solución de digitalina Nativelle. Los ECG. seriados demuestran la aparición de una serie de alteraciones características: bradicardia sinusal, ritmo nodal, extrasístoles, retardo de conducción, bloqueos parciales, trastornos en la onda auricular y modificaciones en el complejo ventricular, que evidenciarían la existencia de una grave lesión miocárdica. Sin embargo, al cabo de 14 días desaparecieron definitivamente todas las alteraciones señaladas. — *B. Moia.*

*SOBRE LA PUNCION DEL PERICARDIO Y EN PARTICULAR SOBRE LA PUNCION POR VIA EPIGASTRICA SUBXIFOIDEANA, (Sur la ponction de péricarde et en particulier sur la ponction par voie épigastrique sous-xiphoidienne), A. B. MARFAN, "Arch. Mal. Coeur. Vaiss et Sang", 1936, XXIX, 153.*

En esta interesante monografía de conjunto, el autor relata toda su experiencia con el procedimiento del cual es creador, ensalzando sus virtudes y comentando sus contraindicaciones. Después de señalar las dificultades a que puede dar lugar, a veces, el diagnóstico de pericarditis, en ausencia de uno de los signos más seguros, el frote, llega a la conclusión de que, cuando se supone la existencia de un derrame pericárdico, lo lógico es realizar la punción exploradora, como se hace para la pleura, peritoneo, etc. Señala los inconvenientes de los diversos métodos propuestos y hace una reseña personal y de la bibliografía para demostrar la inocuidad de la vía, por él propuesta. Esta no debe, sin embargo, usarse en los casos de tórax de "zapatero", cuando hay intenso meteorismo abdominal, o cuando se supone un derrame posterior. En algunos casos, la punción, de exploradora, se transforma en procedimiento curativo. En otros confirma el proceso y justifica la intervención quirúrgica. — *B. Moia.*