

ANALISIS DE REVISTAS

SEMIOLOGIA

CIRCULACION PERIFERICA EN EL REGISTRO FOTO-ELECTRICO, (Peripheral circulation by photo-electric recording), B. Leibel. "Brit. Heart J.", 1940, 2, 141.

Se presentan y comentan los primeros trazados obtenidos con un nuevo instrumento, destinado a registrar las modificaciones vasculares de los tejidos de las extremidades y de la superficie del cuerpo. Los resultados son cualitativos y cuantitativos, siendo posible también determinar la velocidad del pulso, mediante el registro simultáneo del E. C. G. — *R. Vedoya*.

ESTUDIOS FONOCARDIOGRAFICOS EN LA ENFERMEDAD MITRAL REUMATICA PRECOZ, (Phonocardiographic studies of early rheumatic mitral disease), A. C. Taquini, B. F. Massell y B. J. Walsh. "Am. Heart J.", 1940, 20, 295.

La observación clínica demuestra que los sujetos que padecen una valvulopatía mitral reumática, con una evolución menor de un año, presentan siempre un soplo sistólico apical, por lo menos de moderada intensidad, o un ruido diastólico.

Con el objeto de analizar estos hechos, registran el fonocardiograma, simultáneamente con el E. C. G., pulso venoso o choque de la punta, en 50 casos de este grupo; de los trazados deducen las siguientes conclusiones:

1. — El ruido agregado diastólico se produce durante el período de lleno rápido ventricular, tratándose por lo tanto de un tercer ruido fisiológico.

2. — En algunos casos, la prolongación de las vibraciones del tercer ruido puede producir el efecto acústico de un ruido.

3. — En otros casos, el efecto acústico del ruido es simulado por el tercer ruido fisiológico, prolongado por las vibraciones del ruido auricular. — *R. Vedoya*.

PATOLOGIA

ABSCESO CEREBRAL (PARADOJAL) ACOMPAÑANDO A ENFERMEDAD CONGENITA, (Cerebral abscess (paradoxical) accompanying congenital heart disease), I. S. Wechler y A. Kaplan. "Arch. Int. Med.", 1940, 66, 1282.

Los autores comentan dos casos de absceso cerebral paradójal ocurrido en enfermos portadores de una tetralogía de Fallot; analizan además 12 casos similares existentes en la bibliografía y llaman la atención sobre la corta duración de la enfermedad, la frecuencia con que la cardiopatía congénita está constituida por una tetralogía de Fallot, la ubicación electiva del absceso en el lado derecho del cerebro (10 veces sobre 14 casos) y la importancia de un diagnóstico precoz que hace posible una intervención exitosa. — *J. González Videla*.

ANÁLISIS DE REVISTAS

REGENERACION EN EL MUSCULO CARDIACO, (*Regeneration in cardiac muscle*), E. S. J. King. "Brit. Heart J." 1940, 2, 155.

El examen de una herida reciente del corazón, en un adulto joven, mostró signos histológicos de hiperplasia miocárdica; ella no es responsable de la curación de la herida, que se produce por la usual proliferación de tejido conjuntivo y formación de tejida cicatricial. — R. Vedoya.

ESTUDIOS DE LA SANGRE EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. CON PARTICULAR REFERENCIA A RETICULOCITOSIS, FRAGILIDAD GLOBULAR, BILIRRUBINEMIA, EXCRECION DE UROBILINOGENO Y CAMBIOS EN EL VOLUMEN SANGUINEO, (*Studies of the blood in congestive heart failure. With particular reference to reticulocytosis erythrocyte fragility, bilirubinemia, urobilinogen excretion and changes in blood volume*), J. V. Waller, H. L. Blumgart y M. C. Volk. "Arch. Int. Med.", 1940, 66, 1230.

En casos de pronunciada insuficiencia cardíaca el volumen del plasma y la cantidad de glóbulos rojos están aumentados, hay menor resistencia globular y el porcentaje de reticulocitos se elevado.

La excreción de urobilinógeno en la orina y la concentración sanguínea de bilirubina son frecuentemente elevadas, probablemente por la imperfecta función hepática resultante de la anoxemia.

A medida que se va estableciendo la mejoría clínica y el volumen total sanguíneo disminuye, el porcentaje de reticulocitos se aminora y los valores de fragilidad globular, bilirrubinemia y urobilinuria descienden a lo normal. — J. González Videla.

CORAZON PULMONAR

COR PULMONALE SUBAGUDO, (*Subacute cor pulmonale*), D. G. Mason. "Arch. Int. Med.", 1940, 66, 1221.

Relata un caso de cor pulmonale subagudo en el que la muerte ocurrió a consecuencia de la obstrucción medianamente rápida de las arteriolas y arterias prearteriolas pulmonares con falla subsiguiente del corazón derecho. En vista de la hipertrofia ventricular derecha moderada pero definida, como así también de los trombos bien organizados en algunas de las arteriolas, parece probable que la obstrucción y la hipertensión pulmonar existían antes del comienzo de la sintomatología del enfermo, 27 días antes de su muerte. La obstrucción vascular fué debida a embolias de pequeñas células carcinomatosas, provenientes de un cáncer primario de mama, cuya extirpación había sido realizada 9 meses atrás. — J. González Videla.

HIPERTENSION PULMONAR, (*Pulmonary hypertension*), T. East. "Brit. Heart J.", 1940, 2, 189.

Comentan tres casos que se caracterizan por la claudicación de un ventrículo

derecho francamente hipertrofiado, sin que la necropsia explique la causa de tal hipertrofia.

El cuadro clínico presenta como hechos más salientes:

- a) Agrandamiento del V. D., con le E.C.G. habitual en estos casos.
- b) Dilatación de la arteria pulmonar.
- c) Reforzamiento del 2º tono pulmonar.
- d) Insuficiencia progresiva del ventrículo derecho sin mayor disnea ni alteración del ritmo.
- e) No existe alteración de la aurícula izquierda, ni afección pulmonar, ni defectos valvulares o malformaciones congénitas, ni afección pulmonar, ni evidencias de lúes. Se sugiere que la hipertensión pulmonar esencial o idiopática puede ser la causa de este estado clínico. — *R. Vedoya.*

HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA DE ORIGEN DESCONOCIDO: LA LLAMADA HIPERTENSION PULMONAR, (Right ventricular hypertrophy of unknown origin: so-called pulmonary hypertension), S. de Navasquez, J. R. Forbes y H. E. Holling. "Brit. Heart J.", 1940, 2, 177.

Se comentan las características clínicas y anatomopatológicas de 3 casos que muestran una gran hipertrofia del ventrículo derecho, cuya etiología es desconocida; se excluyen las causas, cardíacas y pulmonares, que usualmente provocan hipertrofia del V.D.

La arterioesclerosis pulmonar no explica la hipertrofia ventricular, y el papel de la "hipertensión pulmonar primitiva" puede ser supuesto, pero le falta el apoyo de los hechos objetivos; los autores sugieren que en estos casos se emplee el término "hipertrofia ventricular derecha idiopática", mientras su etiología no sea conocida. — *R. Vedoya.*

EMBOLIA PULMONAR Y ENFERMEDAD CARDIACA, (Pulmonary embolism and heart disease), P. D. White. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 577.

El autor recalca la frecuencia e importancia de la embolia pulmonar, a cuyo diagnóstico no se llega en la mayor parte de los casos por no tenerla debidamente presente. Tal lo que enseña su propia experiencia: de 1920 a 1930 entre 4000 pacientes diagnosticó dicha condición en 9 casos, aparte de otros 7 en los que sólo presumió la existencia de la embolia pulmonar. En cambio, en la siguiente década, entre 3350 pacientes, la embolia fué diagnosticada definitivamente en 66 casos y presumida en otros 39.

Del total de 75 casos definidos, 28 simulaban una afección cardíaca y 47 constituyeron una complicación de ella. De los primeros, 14 presentaron los signos de cor pulmonale agudo. Entre los segundos la cardiopatía pre-existente fué casi siempre esclerosis coronaria o afección cardíaca reumática.

El diagnóstico de embolia pulmonar puede fácilmente ser omitido en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. En estos casos puede constituir una guía para el diagnóstico la ocurrencia periódica de ataques de postración, disnea y especialmente taquicardia, seguidos de fiebre y leucocitosis o de un repunte térmico si la fiebre ya era presente. — *J. González Videla.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

LAS CARACTERISTICAS DE LAS DERIVACIONES PRECORDIALES DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN 100 ADULTOS NORMALES, (*The characteristics of the chest lead electrocardiograms of 100 normal adults*). D. Deeds y A. R. Barnes. "Am. Heart J.", 1940, 20, 261.

En 10 sujetos normales registran derivaciones precordiales múltiples, situando el electrodo distal en el brazo derecho, brazo izquierdo, pierna izquierda y espalda; además de las derivaciones de los miembros, registran por lo tanto: CR₁ a CR₆, CL₁ a CL₆, CF₁ a CF₆, D IV (R, L y F, cuando el choque de la punta no coincide con C₄), CB₂ y D IV B, así como la derivación medio-axilar.

En otros 100 adultos normales registran estas mismas derivaciones, con exclusión de aquellas en las cuales el electrodo distal se colocaba en el brazo izquierdo.

De la comparación de estas derivaciones deducen que es mejor colocar el electrodo distal en el brazo derecho que en el brazo izquierdo, siendo esta última situación mejor que la pierna izquierda; los siguientes hechos apoyan esta conclusión:

1. — Empleando la nueva polarización, las derivaciones CR y CL se obtienen más fácilmente que las CF.

2. — La onda P es generalmente positiva en CR, así como en CL, mientras que es habitualmente bifásica o invertida en CF.

3. — La onda R es mayor en D IV R que en D IV F; ya que se asigna valor patológico a la pequeña amplitud de esta onda, es importante que su valor mínimo no sea demasiado pequeño en una derivación dada.

4. — La onda T presenta mayor voltaje en CR que en CF; como el aplastamiento de la onda T tiene importancia en el diagnóstico de cardiopatía, es también necesario en este caso que su valor mínimo no sea demasiado pequeño.

5. — En una oportunidad la onda T fué negativa en CF₂, mientras que ello nunca ocurrió en CR₂.

6. — Frecuentemente, pero no siempre, el desnivel del segmento ST en sujetos normales es menor en CR y CL que en CF.

7. — A menudo es más difícil determinar la línea isoeletrica en CF que en CR y CL.

Existen diferencias apreciables entre el sexo femenino y el masculino, siendo por ello conveniente establecer los valores normales en cada sexo. Los autores resumen los valores máximo y mínimo de cada onda, en el sexo masculino y en el femenino. — R. Vedoya.

POTENCIALES GALVANOMETRICOS DEL TORAX Y DE LAS EXTREMIDADES EN LA DEXTROCARDIA CONGENITA, (*Galvanometric potentials of the extremities and of the thorax in congenital dextrocardia*). Ch. Kossman. "Am. Heart J.", 1940, 20, 322.

En 5 sujetos que presentan dextrocardia con situs inversus viscerum total, registran derivaciones precordiales múltiples a la derecha e izquierda de la línea media, así como las variaciones de potencial del brazo derecho, brazo izquierdo y

pierna izquierda; todas estas derivaciones se registran recurriendo al "central terminal" de Wilson, simultáneamente con la I derivación.

Midiendo el tiempo transcurrido entre el accidente que representa la "deflexión intrínseca" de la derivación directa, hasta el primer accidente del complejo ventricular en la I D, se observa que la variación de potencial llega a la superficie del tórax vecina al V.I. más tarde que a la superficie del tórax vecina al V.D.; este mismo hecho ha sido comprobado en sujetos normales, no siendo modificado, por lo tanto, por el cambio de posición del V.D. y del V.I.

El fenómeno es generalmente atribuido al mayor espesor de la pared del V.I., el autor cita argumentos que invalidan la suposición de que la distinta conductibilidad de los tejidos que rodean al corazón influya en la producción de este fenómeno. — R. Vedoya.

EL MECANISMO Y NATURALEZA DE LA FIBRILACION VENTRICULAR
(*The mechanism and nature of ventricular fibrillation*), C. J. Wiggers. "Am. Heart J.", 1940, 20, 399.

La atenta observación del modo de comienzo y etapas sucesivas de la fibrilación ventricular, permite al autor esquematizar su mecanismo de producción en el terreno experimental.

Para iniciar la F.V., un estímulo eléctrico o influencia nociva de cierta intensidad ("Umbral de fibrilación") debe ser aplicado en el período vulnerable del final de la sístole, cuando algunas fibras miocárdicas han salido del período refractario. Tal estímulo desencadena impulsos en distintas porciones del miocardio recuperadas del período refractario; cada uno de estos impulsos se abre camino lentamente a través de los tejidos recién recuperados, formando pequeños "frentes de onda", uno de los cuales origina una onda de excitación masiva que recorre rápidamente una porción relativamente grande del miocardio y origina la primera sístole prematura.

Si el frente de onda es suficientemente grande, y su modo de propagación favorable para la reentrada en el punto de excitación (o cerca de él), se formarán varios circuitos a través de los ventrículos (período ondulatorio).

Por un mecanismo no bien conocido (posiblemente por choque de varios frentes de excitación, combinada con lenta conducción), las porciones de miocardio excitadas por una onda de activación son cada vez más pequeñas, y en ellas es más frecuente la reentrada de las ondas así divididas. Ello origina el período convulsivo de la fibrilación, y ulteriormente el período tembloroso, en el cual existen innumerables avenidas de reentrada. El período atónico se caracteriza por el debilitamiento progresivo de la contracción y falla gradual de la conducción, como resultado de la anoxia causada por la cesación de la circulación coronaria. — R. Vedoya.

CORONARIAS

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS TARDIAS EN LA OCLUSION CORONARIA, (*Delayed electrocardiographic changes in coronary occlusion*), S. Strauss. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 474.

El autor describe 5 casos en los cuales el diagnóstico de oclusión coronaria fué desde el comienzo establecido con claridad gracias al interrogatorio y al examen clínico; a pesar de ello, el estudio e.c.g. reveló cambios solamente después de varios días. En un caso las alteraciones e.c.g. fueron mínimas y no hubieran permitido asegurar el diagnóstico sin la historia del paciente.

La historia clínica es pues fundamentalmente importante en el diagnóstico de una oclusión coronaria y la posibilidad de ésta no debe nunca ser desechada sobre la base de hallazgos e.c.g. negativos o poco concluyentes. — *J. González Videla.*

LOS EFECTOS DEL HUMO DE TABACO Y DE LA NICOTINA SOBRE EL CORAZON NORMAL Y EN PRESENCIA DE DAÑO MIOCARDICO PRODUCIDO POR LIGADURA CORONARIA, (The effects of tobacco smoke and nicotine on the normal heart and in the presence of myocardial damage produced by coronary ligation), S. Bellet, A. Kershbaum, R. H. Meade y L. Schwartz. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 40.

Los autores investigan los efectos e.c.g. de nicotina y humo de tabaco sobre perros normales o con infarto miocárdico provocado por la ligadura de la rama descendente anterior de la coronaria izquierda.

Los animales normales fueron capaces de tolerar altas dosis evidenciando sólo suaves cambios e.c.g. Producido experimentalmente el infarto de miocardio, aparecieron alteraciones e.c.g. marcadas con una parte de la dosis requerida para producir sólo leves modificaciones en el trazado del animal normal. Estos cambios se vuelven menos marcados en el estado subagudo y aún menos evidentes en el estado crónico del infarto. Sin embargo, los cambios e.c.g. después de dosis equivalentes fueron más marcados en el estado de infarto crónico que en los controles normales. Existe pues aparentemente un paralelismo entre la severidad del daño miocárdico y el grado de los efectos e.c.g. siguiendo a la administración de nicotina. — *J. González Videla.*

INFECCIOSAS

EL TERRENO DETERMINANTE DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA, (The determinative background of subacute bacterial endocarditis), H. A. Christian. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 34.

El autor analiza minuciosamente 150 casos de endocarditis bacteriana subaguda causada por el estreptococo viridans, tratando de establecer las condiciones pre-existentes más comunes, a fin de facilitar en lo posible el diagnóstico de la afección. Tales condiciones son:

- a) existencia de una cardiopatía reumática, presente en el 89.33% de los casos.
- b) ausencia de fibrilación auricular.
- c) ausencia de insuficiencia cardíaca, presente en grado moderado en sólo el 6.66%.
- d) edad temprana, ocurriendo más frecuentemente entre los 20 y 30 años de edad. — *J. González Videla.*

PRESION ARTERIAL

RESPUESTA A LA RENINA DE RATAS NORMALES Y NEFRECTOMIZADAS, NO ANESTESIADAS, (Response to renin of unanesthetized normal and nephrectomized rats), A. Freedman. "Am. Heart J.", 1940, 20, 304.

La acción hipertensiva de la renina es más intensa, tanto en grado como en duración del efecto, en las ratas nefrectomizadas que en las normales. El riñón intacto, del cual se extrae la renina, parece tener "in vivo" la propiedad de neutralizar de algún modo el efecto de esta misma substancia, cuando es inyectada artificialmente. — *R. Vedoya.*

DETERMINACIONES DE TENSION ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ESENCIAL. I. LA DIFERENCIA ENTRE LAS LECTURAS HECHAS EN LA CLINICA Y EN LA CASA DEL PACIENTE ANTES DEL TRATAMIENTO, (Blood pressure determinations by patients with essential hypertension. I. The difference between clinic and home readings before treatment); D. Ayman y A. D. Goldshine. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 465.

En 34 pacientes con grados variables de hipertensión esencial se determinó la cifra tensional durante un largo periodo en la clínica y en su casa. La lectura de la presión arterial en casa del paciente fué realizada por él mismo o por uno de sus familiares, instruidos convenientemente; esta lectura se efectuó dos veces por día durante semanas o meses.

En 29 de los 34 casos, la tensión sistólica fué más baja en la casa que en la clínica: la diferencia en 4 casos fué de 500 mm., en 10 de 40 mm. y en 15 de 25 mm. En 20 casos la tensión diastólica determinada en la casa resultó inferior a la obtenida en la clínica, siendo la diferencia en 8 casos de 20 mm. y en 12 de 15 mm. o más.

El método es beneficioso para el paciente por cuanto éste conoce prontamente las características de su enfermedad y se vuelve más prudente en sus actividades; beneficia asimismo al médico pues le permite observar el curso natural de la afección, lo ayuda en el pronóstico del caso individual y hace posible una clara evaluación de la terapia. — *J. González Videla.*

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERTENSION, (The surgical treatment of hypertension), M. M. Peet, W. W. Woods, A. Arbor y S. Braden. "J.A.M.A.", 1940, 115, 1875.

En 340 casos se obtuvieron los siguientes resultados post-operatorios: 1) el 51 por ciento tuvieron un descenso significativo de la presión arterial, el 81 por ciento mejoraron francamente y el 86 por ciento mejoraron por lo menos de los síntomas más importantes (como por ejemplo la cefalea); 2) los síntomas oftalmológicos, renales o cardíacos mejoraron entre el 45 y el 70 por ciento de los casos.

La operación practicada es la esplenectomía supradiafragmática bilateral y la gangliectomía dorsal inferior; la mortalidad postoperatoria es del 3.4 por ciento y los resultados son mejores por debajo de los 30 años y en las mujeres.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Como esos resultados no son transitorios sino que se prolongan durante años y no existe otro tratamiento médico o quirúrgico que mejore en tal forma a los enfermos, los autores sostienen que esa operación es el procedimiento terapéutico para combatir la hipertensión arterial severa que por el momento ofrece el mejor pronóstico. — *M. Joselevich.*

HIPERTENSION Y RIÑON QUIRURGICO, (Hypertension and the surgical kidney), W. F. Braasch y H. J. Hammer. "J.A.M.A.", 1940, 115, 1842.

Este trabajo se basa en el estudio de 1684 personas afectadas de enfermedades renales quirúrgicas unilaterales, cuya presión arterial fué controlada antes y después de la operación. La frecuencia de la hipertensión no era mayor en ellos que en los testigos, teniendo mucha importancia en su desarrollo la edad de los sujetos. Se observó la hipertensión en el 45 por ciento de los operados por pielonefritis ascendente atrófica, en el 20 por ciento de los litiasicos, en el 14 por ciento de las hidronefrosis no litiasicas, el 27 por ciento de los cánceres y el 7.5 por ciento de la tuberculosis renal.

La presión arterial volvió a las cifras normales después de la operación en el 70 por ciento de las pielonefritis unilaterales, en el 50 por ciento de las tuberculosis y en el 25 por ciento de las litiasis, cánceres e hidronefrosis. Después de una operación conservadora puede aparecer hipertensión arterial, la que a su vez puede desaparecer a consecuencia de una nefrectomía ulterior. Por otra parte, una simple nefrotomía puede ser seguida del retorno a las cifras tensionales normales, mientras que el descenso de la presión conseguido a raíz de una nefrectomía puede desaparecer al cabo de 1 año de la operación, volviéndose entonces a la hipertensión pre-existente. — *M. Joselevich.*

TERAPEUTICA

EFECTO DE LOS DIURETICOS MERCURIALES SOBRE EL VOLUMEN DEL PLASMA, (The effect of mersalyl (salirgan) on plasma volume). W. W. Swigert y R. Fitz. "J.A.M.A.", 1940, 115, 1786.

Las modificaciones que produce la inyección endovenosa de un diurético mercurial sobre el volumen de la sangre total y el del plasma, son inconstantes y no pueden ser previstas de antemano. Como la acción de los mencionados diuréticos es rápida, brusca y pasajera, debería buscarse un procedimiento para que la diuresis obtenida fuera menos acentuada pero más persistente, lo que se podría conseguir según los autores, administrando el medicamento a dosis menores y más frecuentes. — *M. Joselevich.*