

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL y PATOLOGICA

LA VELOCIDAD DE LA CORRIENTE SANGUINEA. (*La velocità della corrente del sangue*), T. Sessa, Cuore Cir., 1937, XV, 109.

El autor ha determinado la velocidad de la corriente sanguínea en sujetos sanos adultos y niños, entre 6 y 10 años, utilizando el método del cloruro de calcio. La técnica señalada resulta de fácil aplicación y absoluta inocuidad en el niño.

Obtiene las siguientes cifras medias: 11",2/5 para el adulto (variaciones extremas: 9" — 13") y 5",3/5 para el niño (variaciones extremas: 4" — 7"). La circunstancia de que en el niño la velocidad circulatoria sea casi el doble más rápida que en el adulto se explica bien, dadas las características funcionales del mismo. — *B. Moia.*

LA ACCION DE LOS BAÑOS SOBRE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA DE LA SANGRE EN EL HOMBRE. (*Ueber die Wirkung von Bädern auf die Strömungsgeschwindigkeit des Blutes beim Menschen*), K. Tietze. Z. Kreislaufforschg., 1937, 29, 353.

Se midió la velocidad circulatoria en las arterias de las extremidades por medio del método de Matthes y Malikiosis, introduciendo las mismas en baños de agua común a diferentes temperaturas, en baños carbogaseosos, y en arena. Se encontró que en el agua caliente se producía constantemente un aumento de la velocidad circulatoria, mientras que en la fría lo más común era una disminución de la velocidad. Análogos resultados se obtuvieron cuando se aplicaba el calor o el frío localmente a una extremidad. El volumen minuto se comporta en el mismo sentido, aunque sus modificaciones son más reducidas. — *F. Battle.*

PRUEBAS FUNCIONALES CARDIACAS EN NIÑOS, INVESTIGADOS EN SERIE. (*Herzleistungsprüfungen bei Reihenuntersuchungen von Kindern*), W. Schultz. Münch. med. Wschr., 1937, 84, 772.

El autor ha buscado una prueba funcional que fuera en lo posible objetiva, con el fin de que le sirviera para dividir a los niños en grupos de acuerdo a su capacidad circulatoria. La medida de la presión arterial y sus alteraciones no le han dado resultados utilizables, lo mismo que el pulso y la respiración que si bien muestran fácilmente variaciones, no sirven para una separación cuantitativa. El autor ha obtenido buenos resultados con la prueba de la apnea voluntaria realizada antes y después de un esfuerzo corporal. — *F. Battle.*

INVESTIGACIONES SOBRE LOS INTERCAMBIOS RESPIRATORIOS Y RENDIMIENTO CARDIACO. (*Recherches sur les échanges respiratoires et le débit cardiaque*), V. Cordier, J. Enselme y D. Nury. J. Med. Lyon, 1937, XVIII, 139.

Los autores estudian los anémicos haciendo las correspondientes mediciones de O_2 y CO_2 en aire alveolar y en sangre, y curvas resultantes, lo que les permite llegar a las siguientes conclusiones: El estudio bioquímico explica la existencia de los síntomas clínicos de la anoxemia (disnea, cefalea, fenómenos asfícticos de las extremidades, acro-esclerodermia) y muestra ya alteraciones características antes de que ellos aparezcan. La anoxemia provocada por la anemia determina fenómenos compensadores aparentes (hipertrofia cardíaca, bradicardia) o inaparentes (aumento del rendimiento cardíaco, descenso del metabolismo basal, etc.). La existencia, o no, de los citados fenómenos de compensación tiene, lógicamente, importancia pronóstica, pero los resultados bioquímicos deben ser controlados en mayor número de pacientes. — *B. Moia.*

EL INTERCAMBIO RESPIRATORIO, LA CAPACIDAD CIRCULATORIA Y EL RENDIMIENTO SISTOLICO EN LAS CARDIOPATIAS COMPENSADAS Y EN LA DESCOMPENSACION CIRCULATORIA, (Il ricambio respiratorio, la portata circolatoria e la gittata sistolica nelle cardiopatie compensate e nello scompenso di circolo), M. Rigoni, Cuore, Circ., 1937, XV, 157.

En esta primera parte del trabajo, el autor ha estudiado: a) el cociente respiratorio; b) la ventilación pulmonar por minuto; c) el equivalente de ventilación para el O_2 ; d) metabolismo basal; y e) la tensión de CO_2 en el aire alveolar arterial y la tensión de O_2 y CO_2 en el aire alveolar venoso. (Las determinaciones de a, b y d, se hicieron de acuerdo con la técnica de Haldane y Douglas, mientras que la e se hizo según técnica personal), en 50 cardiopacientes en estado de compensación y descompensación circulatoria. Todos los pacientes, menos dos, se encontraban internados, y todas las determinaciones se hicieron en condiciones basales.

En 2/3 de los casos el metabolismo basal se encontró aumentado del 15 al 20 %. En los descompensados este aumento debe interpretarse como un trabajo de los diversos órganos del cuerpo, bajo una economía mal dirigida, y dada la circunstancia de que en estas condiciones la actividad funcional del organismo (excepto la circulatoria) se encuentra reducida y que muchos de ellos presentan retención hídrica, lo que aumenta el peso corporal de manera ficticia, estas cifras elevadas o normales resultan, en realidad, más altas de lo que debiera corresponder a la situación. Es decir que al lado del aumento absoluto, hay un aumento relativo del M. B. En los compensados, en cambio, el aumento metabólico debe referirse a un aumento de determinadas funciones, especialmente la del corazón, requeridos para efectuar la compensación circulatoria.

El cociente respiratorio, se encuentra disminuido en todos los cardíacos, como consecuencia de la circulación de valores ácidos no saturados por los alcalis. En cambio la ventilación pulmonar se encuentra siempre aumentada, llegando en ocasiones a duplicar y triplicar la media normal. También se encuentra habitualmente aumentado el equivalente de ventilación para el O_2 .

La tensión del CO_2 en el aire alveolar arterioso, se encuentra ya disminuido en los compensados y lo está mucho más en los descompensados. Una tensión de

dicho gas, menor de 20 mm. Hg. aceptando como 37 mm. Hg. la normal, es indicio de extrema gravedad. — *B. Moia.*

INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES SOBRE LAS VARIACIONES DE LA PRESION AORTICA Y PULMONAR POR OBSTRUCCION DE LAS CORONARIAS. (*Ricerca sperimentali sulle variazioni delle pressioni aortica e polmonare per ostruzione delle coronarie*), G. M. Cataldi, *Cuore Circ.*, 1937, XV, 2.

En perros cloralosados, a tórax abierto, el autor conectó, mediante cánulas, una de las carótidas y la arteria pulmonar con manómetros de mercurio que inscriben las variaciones de presión sobre papel ahumado. Ligando las distintas arterias coronarias, el autor pretende demostrar, que la presión arterial en ambas arterias, después de la ligadura coronaria, cae lentamente y no bruscamente, acentuándose la caída cuando se aproxima el arresto cardíaco por fibrilación. En algunos casos, sin embargo, las presiones vuelven a sus niveles iniciales, aunque se ocluye un tronco mayor, pero ceden finalmente con la fibrilación cardíaca. Las caídas tensionales son sincrónicas en los dos sistemas, aunque la rama ocluida tenga a su cargo la irrigación de un solo ventrículo, y su intensidad se relaciona con los niveles preexistentes. Esta conclusión es contraria a la hipótesis que sostiene que la caída de la presión sistémica en el infarto se debe a la insuficiencia del ventrículo izquierdo, debiendo aceptarse que es el corazón en su totalidad el que sufre los efectos de la isquemia. — *B. Moia.*

EL REFLEJO OCULOCARDIACO DE DAGNINI EN LA PUBERTAD FEMENINA, (*Il riflesso oculo-cardiaco di Dagnini nella pubertà femminile*), G. Dagnini, *Cuore Circ.*, 1937, XV, 9.

Mediante la compresión regular, de 600 gs., ejercida durante 10", el autor, estudia las modificaciones de la frecuencia cardíaca, controladas por el E.C.G., en 230 jovencitas de 11 a 17 años, encontrando un R.O.C. positivo (es decir, disminución de la frecuencia cardíaca, aunque mínima, observado durante todo el tiempo de la obtención del trazado), en el 64,3 %. El porcentaje baja al 44 por ciento, si se cuenta el número de contracciones, únicamente durante los 10" que dura la prueba.

Se consignan luego cifras estadísticas de la intensidad, tiempo de latencia y duración del fenómeno. En 86 de los trazados se observó arritmia respiratoria; sólo 50 de estos casos mostraron R.O.C. positivo. En ellos, la compresión regularizó el ritmo, haciendo desaparecer las fases rápidas. Se refiere luego a las variaciones de la onda P del E.C.G., observadas en el 15 % de los casos positivos y señala, finalmente, que no hay un tipo morfológico especial que predisponga a la aparición del fenómeno. — *B. Moia.*

PATOLOGIA

RELACIONES ENTRE AFECCIONES VESICULARES Y CARDIACAS. (*Zusammenhänge zwischen Gallenblasen und Herzkrankheiten*), O. v. Zimmermann-Meinzingen, *Münch. med. Wschr.*, 1937, 84, 803.

El autor ha estudiado, basado en 26 casos, las relaciones entre las colecistopatías y los trastornos cardíacos, especialmente la descompensación y la angina de pecho; estas vinculaciones se presentan con relativa frecuencia. Se recalca especialmente la influencia recíproca desfavorable de ambas afecciones, ya que una afección vesicular puede afectar seriamente el estado cardíaco, mientras que una descompensación central puede despertar una colecistopatía. Se relatan algunas historias clínicas, poniéndose de relieve las dificultades diagnósticas entre un hígado congestivo y trastornos vesiculares, y muy especialmente cuando coexisten ambos; también puede ser difícil la diferenciación con un infarto de miocardio. El autor termina recalcando la importancia que tiene el tratamiento de la afección vesicular para la mejoría de los trastornos cardíacos; si fracasa el tratamiento médico, debe recurrirse a la cirugía siempre que el estado del enfermo lo permita. — *F. Battle.*

TETRALOGIA DE FALLOT SIN CIANOSIS, (Tétrade de Fallot sans cyanose), J. Fleury, Arch. Mal. Coeur Vaiss., 1937, XXX, 121.

Descripción de un caso clínico. — *B. Moia.*

ARRITMIAS Y BLOQUEO

*CONDUCCION AURICULO-VENTRICULAR POCO FRECUENTE, (Unge-
wöhnliche Vorhofkammerleitung), Imre v. Zárday. Z. Kreislaufforschg.,
1937, 29, 208.*

Se describe un nuevo caso de P-R corto con QRS ancho; fué estudiado con la ayuda de diversas derivaciones torácicas. Se muestra que el ventrículo derecho es activado inmediatamente después de serlo las aurículas, mientras que el ventrículo izquierdo entra en excitación más tarde. La comparación de los complejos alterados junto con otros de forma normal del mismo enfermo, hacen pensar que el en primer caso se produce la excitación de los ventrículos por dos vías diferentes: mientras que el izquierdo sería activado por el haz de His como habitualmente, el derecho, en cambio, lo sería por otra vía de comunicación aurículoventricular (haz de Paladino-Kent?). Cuando aparece taquicardia, este haz accesorio no conduciría y entonces la excitación llegaría a los ventrículos por la vía común, el haz de His, apareciendo complejos de configuración normal. — *F. Battle.*

*BLOQUEO TRAUMATICO DEL CORAZON DATANDO DE VEINTE
AÑOS. RUPTURA PROBABLE DEL SEPTUM, (Bloc traumatique du
coeur d'ant de vingt ans. Rupture probable du septum), M. Duvoir,
L. Pollet, J. Patruat y Neret Cauchy. Bull. Soc. Med. Hop. Paris, 1937,
LIII, 451.*

Se trata de un sujeto de 38 años que a la edad de 18 años recibió una fuerte coz de un caballo en la región precordial. Con motivo de este trauma sufrió prolongada pérdida de conocimiento seguida luego de cianosis e intensa

disnea. A los 2 años y medio, presenta bradicardia por disociación aurículoventricular completa. Durante los años siguientes siguió siempre con cianosis y disnea. En el momento presente acusa signos de insuficiencia cardíaca congestiva con várices monstruosas de los miembros inferiores, y arritmia completa con bloqueo cardíaco completo. Se ausculta un soplo sistólico en la zona descubierta del corazón. Corazón globalmente aumentado a expensas sobre todo de cavidades derechas. Los autores piensan que pueda tratarse de un caso de disociación aurículoventricular por traumatismo, que provocó al mismo tiempo la ruptura del tabique interventricular, lo que determina las características de la gran ingurgitación venosa periférica. — *B. Moia.*

ELECTRO-CARDIOGRAFIA

SOBRE UN NUEVO CONCEPTO DE LA GENESIS DEL ELECTROCARDIOGRAMA, (*Concerning a new concept of the genesis of the electrocardiogram*), L. N. Katz, en colaboración con A. Bohning, I. Gutman, K. Jochin, H. Korey, F. Ocko y M. Robinow. *Amer. Heart J.*, 1937, XIII, 17.

Basándose en numerosas investigaciones, de las que este artículo es como un sumario, Katz y sus colaboradores concluyen que el electrocardiograma no es una suma de los cambios eléctricos que ocurren en todo el corazón sino que es, más bien, la suma de los cambios que ocurren en ciertas regiones privilegiadas del corazón, que están en contacto con medios mejores conductores de la electricidad.

De acuerdo con este concepto, las regiones del corazón que contribuirán más al campo eléctrico y por ende al electrocardiograma serán aquéllas en contacto con el diafragma (porciones caudales de aurícula derecha y ventrículos izquierdo y derecho), y aquellos en contacto con la masa muscular prevertebral (base del ventrículo izquierdo y cara posterior de la aurícula izquierda). La superficie anterior de los ventrículos derecho e izquierdo y de la aurícula derecha en contacto con la pared anterior del tórax tendrán una influencia menor y las regiones del corazón rodeadas por los pulmones tendrán una influencia mínima.

Este nuevo concepto de la naturaleza del electrocardiograma explica entre otras cosas el porqué de las "zonas silenciosas" del corazón y la utilidad de las derivaciones precordiales para revelar lesiones en zonas cardíacas desfavorablemente situadas para influenciar las derivaciones usuales. — *E. Braun Menéndez.*

VARIACIONES EN LA FORMA DEL ELECTROCARDIOGRAMA DE LAS EXTRASISTOLES EXPERIMENTALMENTE PROVOCADAS EN EL MONO Y EN EL PERRO, (*Variations in the electrocardiographic form of experimental ventricular ectopic beats induced in the monkey and dog.*), D. I. Abramson, L. N. Katz, S. Margolies y R. Lourie. *Amer. Heart J.* 1937, XIII, 217.

Experimentos realizados en 3 monos (rhesus) y seis perros aplicando estímulos en diversos puntos de la superficie ventricular y registrando simultánea-

mente las derivaciones I y III, confirman los resultados obtenidos por Abramson en el g. to. Se encontró que existen líneas de transición para las derivaciones I y III que marcan el lugar en que se invierte la dirección del complejo inicial. Ninguna de estas dos líneas corresponde estrictamente a límites anatómicos de la superficie ventricular. Así, por ejemplo, en DI se pudo obtener un tipo de curva al excitar el ventrículo izquierdo en su porción adyacente al surco inter-ventricular idéntica a una obtenida excitando el ventrículo derecho y excitando en el mono el cono del ventrículo derecho se obtuvo en D I curvas parecidas a las correspondientes al ventrículo izquierdo. En conclusión no puede localizarse con certeza el origen del impulso basándose sólo en la forma de la curva electrocardiográfica.

La rotación del corazón sobre su eje mayor no altera la relación de las líneas de transición con respecto al eje mayor del cuerpo; sin embargo, al hacer sufrir otros desplazamientos al corazón las líneas de transición conservan sus relaciones con la superficie del corazón y en cambio las alteran con respecto al eje del cuerpo en proporción al desplazamiento angular del corazón.

Estos resultados están en favor de la idea de que, además del sitio de origen de las extrasístoles y de sus relaciones con respecto a las líneas de registro de las derivaciones clásicas y a la masa del músculo ventricular, la posición de las diversas regiones del corazón y su relación con medios buenos o malos conductores tiene un importante papel en la determinación del contorno electrocardiográfico. — E. Braun Menéndez.

INFLUENCIA DEL ESFUERZO CORPORAL SOBRE EL CORAZON EN LOS DEPORTISTAS. ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO, (Influencia de l'effort corporel sur le coeur chez les sportitifs. Etude électrocardiographique), M. Rosnowski. Arch. Mal. Coeur, Vaiss., 1937, XXX, 133.

Los trazados electrocardiográficos han sido obtenidos en 203 personas, concurrentes en los cursos de ski y de marcha a pie de largas distancias (104 kms. en 3 días). El estudio metódico de los trazados permite al autor llegar a la conclusión que el esfuerzo provoca: aceleración cardíaca (por acortamiento diastólico predominantemente); regularización del ritmo en los anteriormente arritmicos; tendencia a la preponderancia ventricular izquierda; aumento de la onda T y de la onda P.

El entrenamiento lleva al corazón a la vagotonía: la revolución cardíaca se prolonga en totalidad (sobre todo gracias al alargamiento de la diástole); aparece o se acentúa la arritmia sinusal, y a veces, arritmia nodal (extrasístoles o ritmo nodal). En casos excepcionales, se observa el bloqueo incompleto con períodos de Wenckebach. Se acentúa la preponderancia ventricular izquierda y el aumento de la onda T.

El síndrome vagotónico, se acentuó 24 horas después del esfuerzo, y persiste aún 48 horas después, persistiendo y aún acentuándose los signos descriptos.

Para el autor durante el esfuerzo se acentúa la influencia del simpático sobre el corazón, mientras que después del esfuerzo predomina el vago. La tendencia

a la vagotonía cardíaca por la sucesión de esfuerzos metódicamente repetidos, es beneficiosa, y puede comprobarse rápidamente mediante la compresión ocular, etc.

La bradicardia con arritmia sinusal, agrandamiento relativo de la onda T y preponderancia relativa del ventrículo izquierdo, constituyen índices electrocardiográficos típicos de un corazón de deportista entrenado. — *B. Moia*.

DERIVACIONES PRECORDIALES EN ELECTROCARDIOGRAFIA, (*Chest leads in electrocardiography*), C. L. C. Van Nieuwenhuizen y H. A. P. Hartog. "Arch. Int. Med.", LIX, 448, 1937.

Trabajo basado en el estudio de 1.500 trazados.

Las derivaciones precordiales permiten por sí solas efectuar el diagnóstico de trombosis coronariana en muchos casos en los que las otras derivaciones son negativas. Hay dos tipos de trazados: el tipo C1 (infarto posterior o septal) y el tipo C2 (infarto anterior).

Tipo C1: deflexión inicial negativa (onda Q profunda) con melladuras y segmento S-T que nace por encima de la isoeletrica, formando después un arco a concavidad inferior que termina en una T positiva. Tipo C2: segmento S-T formando una curva a concavidad superior que nace a menudo por debajo de la línea isoeletrica, terminando generalmente en una T positiva.

El tipo C1 corresponde, probablemente, también al bloqueo de rama y fué observado en casos de miocarditis reumática.

La T profunda se observa casi siempre en enfermedades cardíacas orgánicas, aunque también en la estenosis mitral, donde puede deberse a cambios en la posición del corazón; se la observa también en el bloqueo de rama, la hipertensión y la insuficiencia aórtica. La digital y el corazón vertical, especialmente en los niños, pueden modificar el aspecto de T en corazones normales. — *M. Joselevich*.

EL ELECTROCARDIOGRAMA DE TIPO QRS DIFASICO EN LAS CARDIOPATIAS CONGENITAS, (*The diphasic QRS type of electrocardiogram in congenital heart disease*), L. N. Katz y H. Wachtel. Amer. Heart J. 1937, XIII, 202.

La observación de varios casos de complejos QRS de tipo difásico en cardiopatías congénitas llevó a los autores a un estudio más prolijo de esta anomalía. Analizaron detalladamente los electrocardiogramas en las tres derivaciones de 43 casos de cardiopatías congénitas y encontraron 56 veces el difasismo de QRS sobre un total posible de 129: 26 veces en derivación I, 14 en derivación II y 16 en derivación III. Los autores consideran que existe difasismo cuando el tamaño de las dos fases están en una relación menor de 1 a 4. La presencia de tal difasismo es confirmatoria del diagnóstico de cardiopatía congénita y cuando las dos fases son amplias y de igual tamaño adquiere una significación patognomónica. — *E. Braun Menéndez*.

MODIFICACIONES DEL ELECTROCARDIOGRAMA DE ADULTOS NORMALES PRODUCIDAS POR LA ADMINISTRACION DE DIGITAL,

(*Electrocardiographic changes in normal adults following digitalis administration*), Kaj Larsen, V. Neukirch y N. A. Nielsen. Amer. Heart J., 1937, XIII, 163.

Este estudio fué hecho en 15 individuos adultos normales, de 19 a 31 años de edad. A 10 de ellos se les administró una dosis de 1 gramo de hoja de digital (2000 unidades rana por gramo). A dos 1,4 gramos repartidos en dos dosis con 24 horas de intervalo; a los tres restantes 3 gramos, en el espacio de dos semanas.

En todos ellos se encontró un acortamiento relativo de la sístole eléctrica (intervalo QT); la onda T presentó un menor voltaje en 14 casos, la frecuencia cardíaca descendió en 9 de los 15 casos. En 4 casos aumentó el intervalo P-R sobrepasando en dos de ellos en 0,20 seg.

Las modificaciones electrocardiográficas pueden aparecer a las dos horas de la ingestión de la dosis y pueden persistir hasta 30 días después de la administración de digital. — E. Braun Menéndez.

EFFECTOS PRODUCIDOS POR LA INTRODUCCION DE CALCIO Y POTASIO EN LA SANGRE, SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA HUMANO, (*The effects upon the human electrocardiogram of the introduction of calcium and potassium into the blood*), I. Harris y D. A. Levin. J. of Physiol., 1937, 89, 153.

Los autores comparan los electrocardiogramas obtenidos antes y después de la inyección endovenosa de soluciones de sales de calcio y de potasio. Observaron una disminución de la frecuencia cardíaca que puede persistir mucho tiempo. No pudo encontrarse una correlación estricta entre la magnitud de los cambios electrocardiográficos y la concentración de calcio o potasio en el suero sanguíneo. — E. Braun Menéndez.

EL ELECTROCARDIOGRAMA DURANTE Y DESPUES DEL COMA DIABETICO, (*The electrocardiogram during and after emergence from diabetic coma*), S. Bellet y W. Dyer. Amer. Heart J., 1937, XIII, 72.

El estudio electrocardiográfico realizado en 17 casos de coma y en 6 de precoma reveló la existencia de modificaciones de la curva eléctrica en todos los casos. Las principales modificaciones observadas fueron: alargamiento de la sístole eléctrica (intervalo Q-T), depresión del segmento S-T e inversión de la onda T.

En todos los casos, menos 3, el electrocardiograma volvió a la normalidad al desaparecer el estado de acidosis. Las modificaciones electrocardiográficas más netas aparecieron, no durante el coma, sino alrededor de las 24 horas siguientes, cuando el paciente estaba ya fuera del estado de coma. En un caso de acidosis no diabética se encontraron alteraciones electrocardiográficas del mismo orden a pesar de no haberse administrado insulina. Basándose principalmente en este hecho los autores opinan que es la acidosis, no la insulina, la responsable de los cambios electrocardiográficos observados. — E. Braun Menéndez.

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA INTOXICACION POR OXIDO DE CARBONO, (*Ueber das Elektrokardiogramm bei Kohlenoxydvergiftung*), B. Steinmann. *Z. Kreislaufforschg.*, 1937, 29, 281.

Signos Ecg. de lesión miocárdica en la intoxicación por CO con frecuentes (21 veces en 30 casos), y aparecen en intoxicaciones de grado ligero o graves, sin que haya relación entre éste y el cuadro Ecg. Un Ecg. normal se encuentra sólo en casos leves* (9 enfermos). En dos enfermos que se intoxicaron simultáneamente (madre e hijo) y que fallecieron, mostró el Ecg. de la madre graves alteraciones, mientras que el del hijo, poco antes de morir, era casi normal. En los casos que evolucionan favorablemente, también tienden a normalizarse las modificaciones del trazado eléctrico. Sólo una vez en los 30 casos estudiados pudo comprobarse la lesión crónica del miocardio. El autor supone que las alteraciones más frecuentes y generalmente reversibles (desnivel de S-T, aplanamiento de T), serían consecuencia de la anoxia, mientras que otros trastornos más raros (alargamiento del P-R), se deberían a pequeñas hemorragias, consecuencia del daño capilar producido por el CO. — *F. Battle*.

INVESTIGACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS SOBRE LA ACCION DE LA ATROPINA SOBRE EL CORAZON, (*Ricerche elettrocardiografiche sull' azione della atropina sul cuore*), E. Soragni, *Cuor Cir.*, 1937, XV, 188.

El autor repite aquí las experiencias de Parade y Yager, obteniendo E.C.G., inmediatamente después de la inyección endovenosa de 3/4 de mg. de atropina por vía endovenosa, a 31 sujetos. Consigue producir ritmos aurículoventriculares francos en 7, y con tendencia al mismo, en 9 (acortamiento transitorio del P-R). Se observó además 1 caso de extrasistolia auricular, uno de extrasistolia ventricular y uno de taquisistolia auricular. En uno apareció una onda "U". Admite el autor para explicar estos fenómenos una acción simultánea de la atropina sobre el vago, y sobre el sistema específico del corazón, llamando la atención del diverso comportamiento individual, según el estado vegetativo. — *B. Moia*.

SOBRE EL ALARGAMIENTO Y ACORTAMIENTO RELATIVO DE LA SISTOLE VENTRICULAR MEDIDOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA, (*Sull' allungamento e raccorciamento relativo della sistole ventricolare misurati sull' elettrocardiogramma*), P. Cau, *Cuore Cir.*, 1937, XV, 197.

El autor ha controlado la fórmula de Lian, Golblin y Baraige, en 234 casos (normales, arrítmicos, nefróticos, asmáticos y variadas cardiopatías orgánicas), llegando a la conclusión de que dicha fórmula es inexacta para determinar el valor de la sístole, y que no responde al fin para la cual fué creada, ni son exactas las conclusiones pronósticas que de ella puedan derivarse. — *B. Moia*.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO IMPORTANTE DE HIPOTENSION ORTOSTATICA SINCO PAL. MEDIOS FISICOS PARA IMPEDIRLA, (Considerations sur un cas important d'hypotension orthostatique syncopale. Moyens physiques pour l'empêcher), G. Agostini. Arch. Mal. Coeur. Vaiss, 1937, XXX, 91.

Se trata de un caso con crisis típicas en un anciano de 64 años, en el que el autor atribuye las crisis sincopales de la estación vertical, a que hay una ausencia de la reflectividad normal de las zonas vaso-sensibles, sinocarotídeas, lo que produce marcada distonía vasomotriz, que en última instancia dificulta el retorno de la sangre al corazón y provocó la anemia de los centros bulbares. Mediante un sólido cinturón abdominal y vendaje de los miembros inferiores, el autor ha conseguido evitar la repetición de las crisis. — *B. Moia.*

ACROCIANOSIS. TRES OBSERVACIONES CON DOCUMENTACION ANATOMOPATOLOGICA Y CAPILAROSCOPICA, (Acrocyanose. Trois observations avec documentation anatomo-pathologique et capillaroscopique), R. Cavalcanti. Arch. Mal. Coeur. Vaiss, 1937, XXX, 141.

El estudio completo de tres casos de acrocianosis con el complemento de la capilaroscopia y la biopsia, permite al autor llegar a la conclusión que la acrocianosis es una enfermedad que sufre la influencia de diversas causas, que rinden evidente la insuficiencia capilar venosa periférica. Es favorecida por la vagotonía y agravada por los depresores del simpático. La perturbación de la circulación sanguínea y tegumentaria que caracteriza a la enfermedad se debe a que la sangre ha llegado al umbral de la cianosis, perdiendo de 6 a 7 vol. de O₂. La capilaroscopia muestra el aumento del número de capilares, con retardo de la corriente sanguínea y dilatación de los capilares venosos y arteriales. En los casos personales la capilaroscopia evidenció la existencia de capilares tortuosos con ramas espasmódicas, que en dos de los pacientes adquirirían el aspecto de "archineo capillaires", lo que demuestra que en la acrocianosis, la mala formación y displasia capilar, verdaderos defectos constitucionales, pueden actuar como causas coadyuvante de la enfermedad. — *B. Moia.*

LAS ARTERIOLAS DIGITALES DE INDIVIDUOS NORMALES E HIPERTENSOS. SU RESPUESTA A LA ADMINISTRACION ENDOVENOSA DE ADRENALINA APRECIADA POR LA TEMPERATURA CUTANEA, (The digital arterioles of normal and hypertensive individual. Their response to intravenous administration of epinephrine as measured by cutaneous temperature), T. J. Fatherree y G. E. Brown. Amer. Heart. J., 1937, XIII, 1.

Este estudio fué realizado en 5 individuos normales que respondían al frío o a la administración de CO₂ con un ascenso mínimo de presión arterial y en 7 hipertensos que respondían a estos mismos estímulos con un ascenso exagerado

de la presión arterial. Se observó el descenso de la temperatura de los dedos de las manos y de los pies, después de inyectar una solución de adrenalina por vía venosa. En ambos grupos el descenso observado fué más o menos igual, lo que hace pensar que no existen diferencias entre estos dos grupos en cuanto a la sensibilidad a la adrenalina de las arteriolas digitales. Estos hechos apoyan la idea de que la hiperreactividad del sistema vasomotor a estímulos como el frío o el anhídrido carbónico, anormalidad que se encuentra con frecuencia en los hipertensos, no resulta de una hipersensibilidad de las arteriolas a estímulos presores, sino que estaría situado en los centros vasomotores. — *E. Braun Menéndez.*

TERAPEUTICA

BUENOS RESULTADOS DE LA TIROIDECTOMIA SUBTOTAL EN 45 CASOS DE HIPERTIROIDISMO CON ACCIDENTES CARDIACOS, (Bons résultats de la thyroïdectomie subtotale dans 45 cas d'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques), C. Lian, Bull. Mem. Soc. Med. Hop., París, 1937, LIII, 445.

Se refieren aquí los resultados obtenidos con tal recurso terapéutico, en 45 hipertiroideos complicados por insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular. En muchos casos la alteración cardiovascular era una consecuencia directa de la perturbación tiroidea, y en otros ella evolucionaba simultáneamente pero respondía a otras causas etiológicas (hipertensión arterial, esclerosis miocárdica, cardiopatía valvular).

La tiroidectomía subtotal resultó eficaz no sólo en los primeros sino también en los segundos, por lo que el autor llega a la conclusión que "no solamente la arritmia completa y la insuficiencia cardíaca constituyen una indicación impostergable de la tiroidectomía subtotal curadora, sino que también las afecciones cardiovasculares asociadas lejos de ser una contraindicación operatoria, constituyen una nueva razón para intervenir. — *B. Moia.*

ANGINA DE PECHO Y MIXEDEMA. OBJECCIONES AL TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO POR LA TIROIDECTOMIA TOTAL, (Angine de poitrine et myxoedeme. Objections au traitement de l'angor pectoris par la thyroïdectomie totale), R. Fromment y M. Jeune. J. Med. Lyon, 1937, XVIII, 239.

Los autores se refieren a los casos de mixedema complicados por crisis de angina de pecho resultante de la esclerosis coronaria favorecida por la hipercolesterinemia hipotiroidea (alrededor de 15 en la literatura), llamando la atención de que si bien es lo cierto que, en general, la medicación tiroidea, al aumentar la actividad cardíaca, empeora muchas veces la situación, en otros, al modificar la perturbación metabólica, hace desaparecer las crisis anginosas. Estos hechos obligan a las siguientes reflexiones: 1) hay que desconfiar y usar con suma prudencia la medicación tiroidea en los mixedamatosos anginosos; y 2) hace reparos a la operación de los cirujanos bostonianos desde que, si bien es cierto que la tiroidec-

tomía ejerce cierto poder sedativo, ella favorece el desarrollo de las lesiones de esclerosis coronaria, causa habitual del síndrome anginoso. — *B. Moia*.

ERGOTAMINA Y SISTEMA CARDIOVASCULAR. ESTUDIO EXPERIMENTAL, (*Ergotamine et système cardio-vasculaire. Etude expérimentale*), Ed. Frommel y D. Zimmet, Arch. Mal. Coeur V.éiss, 1937, XXX, 5.

Los autores refieren las experiencias con el "gynergeno" inyectado al conejo, controlando los resultados mediante la electrocardiografía, la radiología, etc. La inyección endovenosa provoca bradicardia instantánea, sin tiempo de latencia, como sucede con los medicamentos que actúan sobre el sistema neurovegetativo. Hay, además, inmediato aumento del área cardíaca, lo que evidencia que la droga no tiene influencia tónica sobre la musculatura cardíaca. La histamina, acetilcolina, efedrina y efetonina, conservan su poder, no siendo su acción influenciada por la inyección previa de ergotamina. La taquicardia inducida por la excitación eléctrica del ciático no es abolida por la ergotamina; tampoco actúa la droga sobre los trastornos cardíacos desencadenados por la anestesia clorofórmica o etérea, o por la asfixia. En cambio, la ergotamina anula la taquicardia producida por la inyección experimental de tiroxina, elitiram y foliculina. Finalmente se comprueba que la droga posee influencia tónica sobre las tónicas arteriales de los batracios y de los animales de sangre caliente.

El estudio de las manifestaciones extracardíacas que siguen a la administración de la droga, revelan que la contracción del iris se debe a una influencia sobre el músculo mismo. Lo mismo sucede con el aparato digestivo y útero. Retrae además los cromatóforos de la rana, como lo hace la adrenalina.

De todo lo expuesto se llega a la conclusión que la ergotamina no actúa como un verdadero paralizador del simpático, sino que los efectos antisimpático-tónicos se deben a que él se opone por su acción tónica autónoma sobre los músculos lisos, a la exteriorización de los efectos de la excitación neurovegetativa. Se trata, pues, en realidad, no de un paralizante del simpático, sino de un frenador de los efectos de la excitación simpática. — *B. Moia*.