

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Síndrome de Roemheld evolucionado hacia el
infarto de miocardio.-

Padrino de Tesis:

Prof. Dr. Héctor Vicente Caino

Tesis de Doctorado

de:

Edgar Marcilese

- Año 1951 -

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Prof. Dr. Luis Irigoyen

VICERRECTOR:

Dr. Pedro Guillermo Paternosto

SECRETARIO GENERAL INTERINO:

Don: Victoriano F. Luaces

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don: Rafael G. Rosa

CONTADOR GENERAL:

Horacio J. Blake

- - - - -

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

Prof. Dr. José F. Molfino

Prof. Dr. Pedro Guillermo Paternosto

Prof. Dr. Carlos María Harispe

Prof. Dr. Horis del Prete

Prof. Dr. Benito Perez

Prof. Dr. Eugenio Mordeglia

Prof. Silvio Mangariello

Prof. Arturo Cambours Ocampo

Ingeniero Carlos Pascali

Dr. Obdulio F. Ferrari

Ing.Ag. René R. E. Thiery

Ing.Ag. José María Castiglioni

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICEDECANO:

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

SECRETARIO:

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

Oficial Mayor a Cargo de Prosecretaría:

Sr. Rafael Lafuente

.....

CONSEJO DIRECTIVO:

Prof. Dr. Diego M. Argüello

Prof. Dr. Inocencio F. Canestri

Prof. Dr. Roberto Gandolfo Herrera

Prof. Dr. Alberto Gascón

Prof. Dr. Rómulo R. Lambre

Prof. Dr. Victorio Nacif

Prof. Dr. Víctor A. E. Bach

Prof. Dr. Enrique A. Votta

Prof. Dr. Herminio L. M. Zatti

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M. Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C.- F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés C.- Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y Puericultura

" Corazzi Eduardo S.- Patología Médica Ia.

" Christmann Federico E.B.- Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R.E.- P.y Cl.de la Tuberc.

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto I.- Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto- Fisiología y Psicología

" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología

" González Hernán D.- Cl.de Enf. Infec. y P. Tropical

- Dr. Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal
- " Lambre Rómulo R.- Anatomía Ia.
 - " Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica
 - " Lyonnet Julio H.- Anatomía IIa.
 - " Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Profed.
 - " Manso Soto Alberto E.- Microbiología
 - " Martínez Diego J.J.- Patología Médica IIa.
 - " Mazzei Egidio S.- Cl. Médica IIa.
 - " Montenegro Antonio .- Cl. Genitourrológica
 - " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica
 - " Obiglio Julio R.A.- Medicina Legal
 - " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
 - " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Ia.
 - " Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia.
 - " Sepich Marcelino J.- Cl. Neurológica
 - " Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia
 - " Echave Dionisio - Física Biológica

- - - -

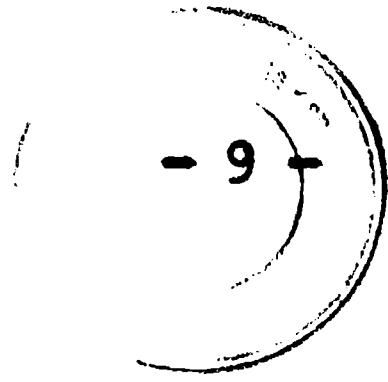
PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J.- Cl. Pediatría y
Puericultura
- Dr. Acevedo Benigno S.- Química Biológica
- " Andrieu Luciano M.- Cl. Médica Ia.
 - " Barani Luis Teodoro. Cl. Dermatosifilográfica

- Dr. Bach Víctor Eduardo A.- Cl. Quirúrgica Ia.
- " Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria
- " Baila Mario Raúl.- Cl. Médica IIa.
- " Bellingi José.- Patología y Cl.de la Tuberc.
- " Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J. Pediatría y Puericultura
- " Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Propedéut.
- " Carri Enrique L.- Parasitología
- " Cartelli Natalio.- Cl. Genitourológica
- " Castillo Odena Isidro.- Ortopedia y Traumatol.
- " Ciafardo Roberto. Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio.- Cl, Oftalmológica
- " Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
- " Chescotta Néstor A.- Anatomía Ia.
- " Dal Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio E.A.- Higiene y M. Social
- " Dragonetti Arturo R. Higiene y M. Social
- E Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
- " Dobric Beltrán Leonardo L.- Pat. y Cl.de la T/
- " Echave Dionisio.- Química Biológica
- " Fernández Audicio Julio César
- " Fuertes Federico.-Cl.de Enf. Infec. y P. T.
- " Garibotto Román C.- Patología Médica IIa.

- Dr. García Olivera Miguel Angel - Medicina Legal
- " Giglio Irma C.de - Cl. Oftalmológica
- " Girotto Rodolfo.- Cl. Genitourológica
- " Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
- " Guixa Héctor Lucio.- Cl. Obstétrica
- " Gorostarzu Carlos ^{III}María C.- Anatomía IIa.
- " Ingratta Ricardo N.- Cl. Obstétrica
- " Imbriano Aldo Enrique.- Fisiología Psicología
- " Lascano Eduardo Florencio.- Anatomía y F.Patol.
- " Logascio Juan .- Patología Médica Ia.
- " Loza Julio César.- Higiene y Medicina Social
- " Lozano Federico S.- Cl. Médica Ia.
- " Mainetti José María.- Cl. Quirúrgica Ia.
- " Manguel Mauricio.- Cl. Médica IIa.
- " Marini Luis C.- Microbiología
- " Martínez Joaquín D.A.- Semiología y Cl. Proped.
- " Matusevich José.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías - Pat. y Cl.de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl. T.- Cl. Quirúrgica IIa.
- " Morano Brandi José F.- Cl. Pediátrica y Pueric.
- " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo.- Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo.- Pat. Médica

- Dr. Pereira Roberto F.- Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto.- Embriología e H, Nor
mal.
- " Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P.- Cl. Quirúrgica Ia.
- " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria
- " Ruera Juan.- Patología Médica Ia.
- " Sánchez Héctor J.- Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel M. del C.- Cl. Obstétrica
- " Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica IIa.
- " Tau Ramón.- Semiología Cl. Propedéutica
- " Tosi Bruno.- Cl. Oftalmológica
- " Tropeano Antonio.- Microbiología
- " Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O.F.U.- Semiología y Cl. Proped.
- " Vázquez Pedro C.- Patología Médica IIa.
- " Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica
- " Zabudovich Salomón.- Cl. Médica IIa.
- " Zatti Herminio L.M.Cl.de Enf. Infec. y P. T.
- " Rosselli Julio.- Cl. Pediatría y Puericultura
- " Schaposnik Fidel,- Cl. Médica IIa.
- " Caino Héctor Vicente N.- Cl. Médica Ia.
- " Cabarrou Arturo.- Cl. Médica Ia.
- " Martini Juan Livio.- Cl. Obstétrica



Dedicada

- A mi Madre -

Síndrome de Roemheld evolucionado hacia el
infarto de miocardio.

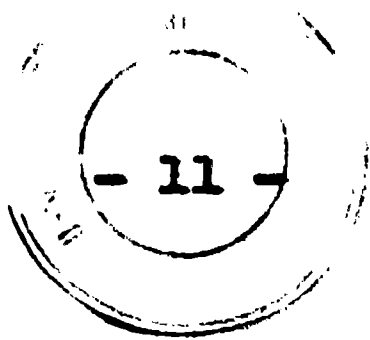
En el año 1912 Roemheld incorpora a la patología médica un nuevo síndrome al cual da el nombre de Síndrome gastro-cardíaco, el cual estaría caracterizado por dos hechos fundamentales: un cuadro que asemeja el del angor pectoris y otro gástrico, cuyo síntoma predominante es la aerofagia.

Posteriormente otros autores lo han denominado de diversas maneras, tales como pseudo angina diafragmática, síndrome abdomino-cardial, síndrome de Roemheld, etc.

Etiopatogenia

Es dable encontrarlo en todas las edades, aunque se observa cierta predominancia entre los 45 y 60 años de edad, en cuanto al sexo no parece existir ninguna vinculación al respecto.

En la generalidad de los casos, aunque no en forma terminante, es padecido por individuos que presentan un hábito constitucional característico, son los estigmatizados neurovegetativos de von Bergman, se trata de personas neuróticas, hiperemotivos, con tendencia a los espasmos, pícnicos, gruesos, de cuello corto, abdomen abultado y tim-



panico, sobre todo en la región epigástrica; tienen un temperamento nervioso, fácilmente irritables o bien con tendencia a la depresión, angustia, para Jimenez Díaz se trataría de verdaderos ciclotímicos, en ellos es muy frecuente encontrar, favorecidos por la constitución, una acentuada aerofagia que en ciertos casos contribuye a objetivar la neurosis.- Los individuos que padecen el síndrome de Roemheld tienen antecedentes de dispepsia, generalmente hiposténica, lo cual no significa que puedan presentarla bajo cualquiera de sus formas.- Al respecto es demostrativa la frase de Lian que dice que se trata "de dispepticos con aerofagia".-

El síndrome se puede encontrar formando parte integral de diversas afecciones, tanto funcionales como orgánicas; dentro de las primeras encontramos: espasmos del esófago, del estómago, del cardias, aerofagia, alteraciones del quimismo gástrico, etc, entre las segundas podemos considerar las siguientes: gastritis, duodenitis, úlceras gastroduodenales, etc. que condicionarían las existencias de espasmos pilóricos, que a su vez actuarían como factor propiciador o desencadenante del cuadro.-

Balena y colaboradores lo han observado en un caso de magacolon.

Cetrángelo ha efectuado una publicación relatando dos casos en los cuales ha observado el cuadro con posterioridad a la realización de resecciones del nervio frénico izquierdo, considerando que el hecho no es del todo infrecuente.-

En lo referente a la patogenia del síndrome, son varios los autores que han expuesto diversas teorías al respecto.

Roemheld (citado por Balena) supuso que era provocado por un factor puramente mecánico, la distensión gaseosa del estómago determinada por la aerofagia, que ejercería presión sobre el corazón a través del diafragma provocando de esa manera las manifestaciones cardíacas.-

Bosco considera que la angina de pecho provocada por la aerogastria es bastante frecuente, pese a lo cual en general no es reconocida como tal puesto que los pacientes raramente aportan el dato fundamental que es la aerofagia dado que casi siempre es un fenómeno inconciente. En su trabajo expone la siguiente teoría: el levantamiento del diafragma determinado por el aumento de tamaño de

la cámara aérea del estómago, provocando la elevación del corazón, ensancha su base geométrica y la dirige hacia arriba; el arco izquierdo correspondiente al ventrículo se abomba, ocurriendo lo mismo en el lado derecho con la aurícula homónima.

Investigando electrocardiográficamente en sujetos aerofágicos, o individuos normales a quienes se los distendía el estómago con el gas desprendido por la acción del bicarbonato de sodio sobre el ácido tártrico, o bien introduciendo el gas directamente a través de una sonda gástrica, estudiaban las variaciones del ángulo de inclinación, observando que a medida que el gas distendía el estómago el eje cardíaco se horizontalizaba alcanzando importantes variaciones entre el primer trazado normal y el último artificial.-

En conclusión, para el mencionado autor, el síndrome gastro cardíaco aparece a consecuencia del desplazamiento cardíaco hacia arriba, y por la horizontalización del eje del corazón, siendo posible seguir dicho fenómeno mediante el registro electrocardiográfico. Como se ve admite la sola patogenia mecánica, negando la de origen reflejo.

Pruche en investigaciones realizadas con el

fin de provocar el síndrome mediante la distensión aérea artificial del estómago, utilizando la Poción Riviere, obtiene resultados que difieren de los de Bosco, pues en ningún caso logró determinar fenómenos anginosos evidentes. Otros autores opinan que los resultados negativos obtenidos por Pruche se deberían: 1º) -A que la acción anestésica del anhídrido carbónico actuando localmente sobre las paredes del estómago impediría la producción de reflejos.-

Von Bergman acepta la patogenia siguiente: debido a la exagerada neumatosis gástrica o por otros diversos factores, tales como el aumento de tamaño de la glándula hepática, retracciones esofágicas, etc se produciría el pasaje de porciones de estómago a través de hiatus diafragmático insuficiente, complaciente, adquiriendo así una posición epifrénica. Se trataría en realidad de pequeñas hernias diafragmáticas de pequeño volumen, en las cuales sería sumamente fácil la acumulación de gases, sobre todo si se considera la frecuencia con que estos sujetos presentan aerofagia, además de que los trastornos dispépticos, también muy comunes en estos casos, aumentan los procesos

fermentativos con la consiguiente producción de ga
ses.-

En las condiciones antedichas, la porción de estómago que se había insinuado en el hiatus diafragmático, produciría la compresión de los neumogástricos, se originaría así por un mecanismo reflejo la constricción de las arterias coronarias, con la consiguiente desproporción entre el trabajo cardíaco y la nutrición del miocardio, dicha isque
mia miocárdica sería la causa del dolor retroes-
ternal y la angustia, mientras que la distensión de la porción de estómago que quedaría encarcelada por sobre el diafragma constituiría el origen del dolor epigástrico irradiado hacia el hipocondrio izquierdo y región esternal del mismo lado.-

Si bien la teoría patogénica de von Bergman presenta diversos atractivos, interpretando con e
xactitud los fenómenos que se observan en el sín-
drome gastrocardíaco se oponen a ella diversos ar
gumentos, tales como la infrecuencia de la hernia diafragmática en los casos de síndrome de Roemheld; Lunedei (cit. por Balena) verificó experimentalmente en hombres, que las excitaciones a punto de partida de las hernias diafragmáticas no alcanzaban a determinar manifestaciones de la intensidad ni

características de la pseudo angina.-

Jimenez Díaz acepta que la hernia diafragmática, aunque infrecuente es una posible causa generadora del síndrome gastro cardíaco.-

Balena y colaboradores suponen que el factor primitivo sería un trastorno funcional del aparato digestivo, una dispepsia, cuya consecuencia sería la neumatosis gastro intestinal, que al provocar una intensa distensión haría aumentar el tono de la musculatura lisa y el de los esfínteres, con tendencia a los espasmos, se produciría de esta manera una dificultad en la evacuación del contenido intestinal, con la consiguiente intensificación en la producción de gases, constituyéndose así un círculo vicioso.-

Al distenderse la pared intestinal se estimularían los plexos de Meisner y Auerbach y por vía centripeta la excitación llegaría al centro vagal del cual partirían estímulos que centrifugamente irían a los plexos cardíacos provocando así una vasoconstricción coronaria con toda la corte sintomática debida a la anoxia del miocardio.-

El concepto del origen reflejo a punto de partida visceral es fundamentado por el estudio

anatómico de la inervación cardíaca y digestiva en lo referente a sus mutuas vinculaciones.- Siguiendo a Bockus se podría sintetizar así: el corazón recibe su inervación simpática a través del ganglio simpático superior, de donde parten cilindroejes que llegan hasta él. Igualmente a partir del ganglio yugular del vago llegan al corazón nervios simpáticos.- El estómago a su vez se encuentra inervado por los vagos izquierdo y derecho, y por elementos simpáticos originados en el plexo celíaco.- En el ganglio celíaco termina el esplénico mayor, algunos de cuyos filetes nerviosos se encuentran vinculados a los ganglios simpáticos primer y segundo.- Como se ve existe una íntima vinculación entre la inervación neurovegetativa de ambos órganos, en virtud de la cual, los distintos estímulos pueden pasar de uno a otro.-

Gilbert, Leroy y Fenm han comprobado que la distensión del estómago o de la cavidad peritoneal en perros provoca una disminución en la circulación de la coronaria izquierda, a través de un reflejo vago vagal, opinando que el cuadro anginoso que se observa en el síndrome gastro cardíaco se debería a un fenómeno similar.- Observan que la disminución

del aflujo sanguíneo no se produciría si se efectúa la anestesia o la sección de los neumogástricos.-

Jimenez Díaz, en un detallado trabajo sobre el síndrome de Roemheld, que él denomina abdomino cardíaco, considerado que no es solo la neumatosis gástrica el factor preponderante, sino más bien la distensión aérea de todo el intestino.- Invoca dos causas fundamentales, a saber:

A.- Factor Mecánico

B.- Factor reflejo

Niega toda importancia a otro factor al que en otra época se le confirió considerable trascendencia, el factor quimiotóxico.-

Factor mecánico:

Es sumamente frecuente que en los casos que son producidos por neumatosis gástrica o intestinal, el diafragma se presenta elevado, con mayor o menor intensidad según los casos, lo cual al actuar sobre el corazón y los vasos provocaría en ellos ciertas desviaciones anatómicas, a saber: se observa el ensanchamiento del corazón sobre todo en su porción yuxtadiafragmática, la punta se eleva, en general al órgano adquiere un aspecto globuloso, hipertrófico, más o menos acentuado.-

Igualmente la aorta se halla ensanchada.-

Además de las referidas modificaciones cardíacas se observan alteraciones gastrointestinales, el estómago y los intestinos se encuentran dilatados, timpánicos, aún fuera de las comidas. Un hecho de suma importancia la aerocolia, sobre todo del ángulo esplénico, que se encuentra en casi la generalidad de los casos, y que según Clark puede en ocasiones llegar a ser el único factor determinante del cuadro anginoso.-

Ahora bien, es preciso determinar si la relajación observable en el diafragma es producida la acción mecánica de la aerogastria y aerocolia, o si al contrario estas se hacen posibles debido a la preexistencia de una debilidad, de una complacencia diafragmática. Jimenez Díaz en su trabajo considera más factible la segunda de las hipótesis antedichas, basando su aseveración en un hecho relativamente frecuente: el que en individuos frénicectomizados se reproduzca con notable fidelidad el aspecto que presentan radiológicamente los pacientes afectados por el síndrome gastrocardíaco, sin que hubiesen existido con anterioridad a la resección del nervio frénico, por tanto la relaja-

ción diafragmática, obtenida en este caso quirúrgicamente precede a la neumatosis gastro colónica.-

Rasumow y Nicolskja (cit. por Jimenez Díaz) comprobaron experimentalmente que aún con la ingesta de líquidos se produce una disminución del tono cardíaco y un aumento del correspondiente diafragma. Dichos cambios tendrían por objeto el impedir que la dilatación del estómago durante las ingestas desvie el corazón; se trataría de un reflejo de defensa, que se encontraría disminuido en los individuos que presentan el síndrome de Roemheld.

Factor reflejo.

En realidad difiere poco de lo expuesto en la teoría de Belena.- Fundamentalmente es lo siguiente; la distensión, la hipertensión gastrointestinal produciría la excitación de las terminaciones nerviosas viscerales condicionando la existencia de una vasoconstricción coronaria con la consiguiente disminución del aflujo sanguíneo al miocardio.- Se ha demostrado la posibilidad de provocar una constricción coronariana refleja mediante la introducción de un balón en la porción terminal del esófago, al insuflarlo se provoca la distensión de dicho órgano, originando un reflejo vasocons-

trictorio.

Es indudable que además de todos los factores mencionados es preciso como base fundamental la existencia de un terreno apropiado, es decir de una distonía neurovegetativa, hecho en el cual todos los autores tienen opiniones coincidentes. Y quizás todo esto no baste, o requiriéndose en última instancia, la preexistencia de una perturbación coronaria orgánica, que se pondría de manifiesto, ante el estímulo de los otros factores concurrentes.

SINTOMATOLOGIA:

La sintomatología que presentan los individuos que padecen el síndrome gastro cardíaco es indudablemente proteiforme, sumamente variado de un caso a otro, como lo son todos los cuadros en los cuales el componente psíquico juega un rol de suma importancia, puesto que como ya se expresó estos pacientes presentan una gran labilidad neurovegetativa, siendo igualmente hiper hemotivos, por tanto desfiguran fácilmente la sintomatología sobre todo teniendo en cuenta que esta es predominantemente subjetiva.-

El síndrome en cuestión presenta dos aspectos fundamentales en los referentes a su expresión

clínica, a saber:

A. Gastroenterológico

B. Cardíaco.-

Síntomas gastroenterológicos.

Si bien en la valoración subjetiva y objetiva que realizan el paciente y el médico, no tiene la importancia ni la ampulosidad signológica del cuadro cardíaco, merece ser descripto en primer término, por el hecho de que precede y provoca a aquel.

Los pacientes presentan el abdomen distendido, globuloso, ya sea durante o después del período digestivo.-

Existe abovedamiento y distensión epigástrica, con una intensa sensación de plenitud.- La percusión revela una sonoridad intensa, timpánica, que excede con mucho los límites normales de la cámara gástrica. Es común la existencia de ruidos hidro aéreos, expulsión abundante de flatos, eructos en salva, etc. todo ello revela en forma neta e indubitable la existencia de grandes cantidades de gas intra-visceral.-

Casi sin excepción existen trastornos dispepticos, tanto de origen funcional como orgánico, que provocando fenómenos espasmódicos propician o

causan directamente el síndrome gastro cardíaco.

Las náuseas y los vómitos son dos hechos muy comunes.-

Aerogastria y aerocolia

Como se expresó al considerar la patogenia, vemos que hay dos factores de gran importancia, que raramente faltan, son la aerogastria y la aerocolia.-

En el estómago e intestino existen normalmente gases, cuyo origen es el siguiente: (según Carulla)

a) Aire deglutido con las ingestas y la saliva. (aerofagia)

b) Gases originados por procesos físico químico diversos. el primero es con mucho el más importante.

La aerogastria sería producida en un 99 % por la aerofagia, consciente o inconsciente, y cuyo origen está en alteraciones funcionales neurovegetativas o por reflejo de causas patológicas de la boca, esófago, estómago, etc.

La prótesis dentales son muy de tener en cuenta.-

Rojas divide la aerofagia en los siguientes tipos:

- A) - Según el momento en que se produce (1)- Digestiva
(2)- Continua
- B) - Según la facilidad de expulsar el gas (3)- Abierta
(4)- Cerrada
- C) - Según la localización del gas (5)- Gástrica
(6)- Cólica

La forma digestiva es aquella que se produce solo con posterioridad a las ingestas, 2 a 3 horas después de las mismas.- La continua es la que existe durante todo el día.-

La llamada abierta es la que se caracteriza por la que se caracteriza por la fácil expulsión del gas por intermedio de eructos. En la cerrada el eructo es más difícil o en casos imposible.-

En lo referente a las formas gástrica y cólica, la misma denominación establece los caracteres de las mismas.-

En cuanto a las causas capaces de provocar la aerofagia, Di Cio establece las siguientes:

- a)- Obstáculos en las vías respiratorias.-
A.- Causas extragástricas]- b) Faringe, esofagitis, etc.

e) - Uremia, intoxicación con eter, cloroformo, etc.

B.- Causas gástricas.- Dispepsias.

Según Di Cio, el dispéptico, sobre todo si es neurótico se hace aerofágico porque con posterioridad a las ingestas, y a causa de su trastorno digestivo, siente una sensación de distensión, de plenitud gástrica, que atribuye al aire contenido en el estómago, por lo tanto trata de expulsarlo con movimientos que solo logran la mayor entrada de aire, hasta que llega un momento en que la presión del gas, vence la resistencia que le ofrece a cardias lo franquea y es eliminado por eructos prolongados, agrios, o bien pequeños en salva, que le procura un inmenso beneficio, por tanto trata de provocar nuevamente la ingesta de aire.-

El eructo es la salida explosiva, por las vías digestivas superiores de cierta cantidad de gas contenido en el estómago, constituyendo una manifestación preciosa de la aerofagia, pues según Subault y Mathieu (cit. por Di Cio), el eructo no se puede realizar sin la ingestión previa de aire; el enfermo traga una pequeña cantidad de aire que entreabre ligeramente el cardias y el gas contenido en el estómago aprovecha esta circunstancia pa

ra salir al exterior.

Otras veces los gases no son eliminados por medio de eructos, sino que pasan del estómago al intestino, es por ello que en algunos casos las erisis no terminan por intermedio de una salva de eructos, como lo hacen generalmente, finalizando en la forma antedicha, sintiendo el enfermo la sensación de un bolo que desciende desde el epigastrio.

Síntomas cardíacos

Son los que en realidad constituyen el síndrome gastro cardíaco, y que por su intensidad e importancia llevan al paciente a la consulta médica.

Generalmente después de las comidas, se presenta en forma brusca un cuadro de intensidad variable de tipo anginoso según los casos, dependiendo en gran parte la magnitud de la expresión clínica del grado de emotividad del paciente, con una sensación de dolor constrictivo retroesternal, irradiado hacia el hemitorax del lado izquierdo y al brazo del mismo lado.

En algunos casos es dable encontrar la existencia de un estado angustioso, que excepcionalmente es capaz de determinar la sensación de muerte

inminente como existe en la angina típica, órgánica.

Pueden encontrarse también palpitaciones, a-
rritmias por extrasístoles, estados lipotímicos, etc.

Si el cuadro anginoso persiste, pueden sobrevenir sensaciones parestésicas (adormecimiento, pe
so, dolor, etc) en la espalda y brazo izquierdo.-

Roemheld (cit. por Cetrángelo) considera que un dato de importancia sería el de que el estado anginoso se atenúa con el decúbito lateral izquierdo.

Síntomas pulmonares

Debido a la compresión que ejerce la cámara aérea del estómago sobre los pulmones se pueden desarrollar fenómenos disneicos.- Así mismo es de destacar la disminución de la movilidad del hemitorax izquierdo y la existencia de hipofonesis en la región sub clavicular izquierda como consecuen
cia de una relativa atelectasia de la porción su
perior del pulmón homónimo provocada por la eleva
ción del hemidiafragma correspondiente.-

Estudio Radiológico

Efectuado el estudio radiológico del estóma
go se constato como dato más común la aerogastria, es decir la cámara de aire del estómago anormalmen

te aumentada de tamaño, es decir que ocupa mas de la quinta o sexta parte del cuerpo del órgano, que es su tamaño normal, (Rojas). En los estómagos hipertónicos el aspecto difiere un tanto, pues la aerogastria se evidencia más que por el aumento de la cámara aerea por la hiperclaridad de la misma .

Dibujo del Estómago hipertónico.

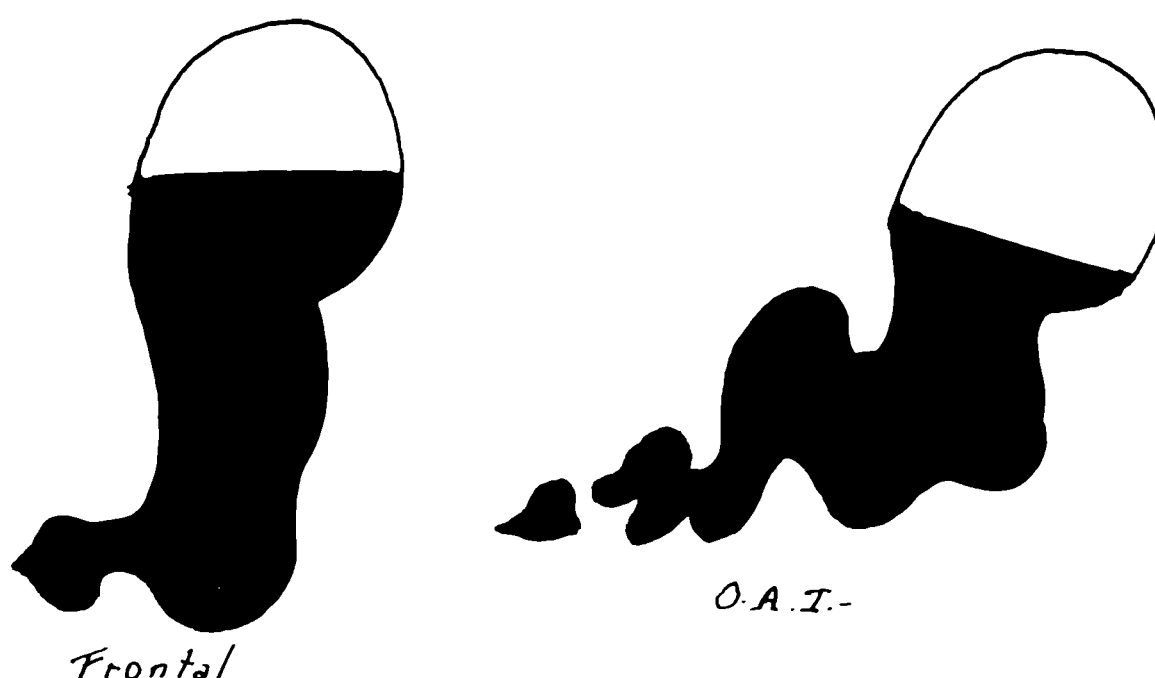
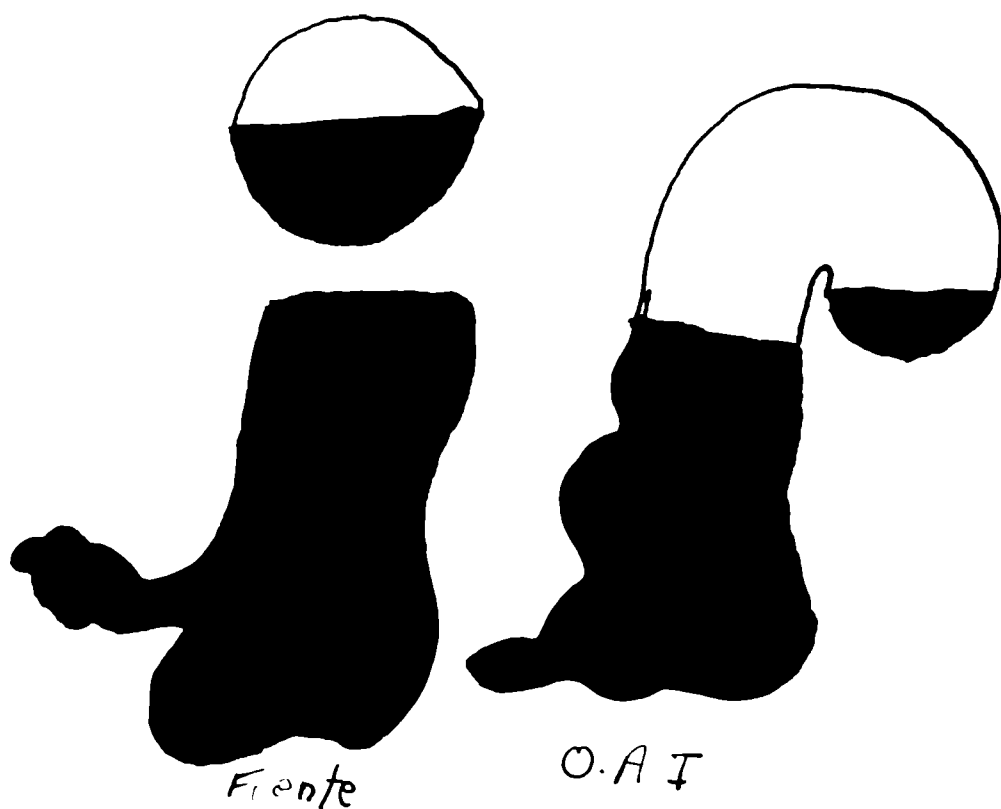


Imagen del estómago hipertónico
(tomado de Jimenez Díaz)

Una imagen característica es la del estómago en cascada que se produciría según Quenu y Fatou (cit. por Besabe y Crottogini) por la falta de tonicidad del diafragma que al quitar el apoyo al estómago en su parte superior disloca la estática

local, la cámara de aire se va hacia atrás, se horizontaliza, y la comida opaca se ubica en dos planos, dando así origen a la referida imagen típica.- Besabe y Crottogini consideran que no es necesaria la relajación diafragmática para que se produzca el estómago en cascada.

Dibujo del Estómago en Cascada.



*Imagen del estómago en Cascada
(tomado de Imona Díaz)*

Rojas describe otra imagen que considera muy frecuente, en la radiografía de frente se visualizan dos niveles, uno inferior normal, y otro superior en forma de medialuna de concavidad superior.

La aerosolia se observa también casi sin

excepción, el colon se presenta como una imagen irregular, llena de manchas claras, más o menos redondeadas o bien se marca en claro destacándose con toda claridad sus contornos.-

La aerocolia se hace selectivamente en el ángulo esplénico y en las dos ramas que la forman, solo cuando es muy intensa sobrepasa estos límites ocupando el transversal.

La misma neumatosis se encuentra en el resto del intestino delgado, presentándose asas del mismo completamente distendidas, algunas de aspecto cónico.

El diafragma además de elevado es apenas perceptible, presentado la imagen de la relajación diafragmática.-

En cuanto a la imagen cardíaca se encuentra también modificada, la base geométrica del corazón se encuentra ensanchada, la punta dirigida hacia arriba y afuera, toma en general el aspecto de un corazón hipertrófico.

Radioscópicamente se ve latir la punta del corazón a través de la cámara de aire del estómago, administrando una comida opaca se ve que el nivel líquido se agita rítmicamente de acuerdo a

los latidos cardíacos, una observación más minuciosa permite ver que todo el cuerpo del estómago se agita con el mismo ritmo.-

Electrocardiografía

Electrocardiográficamente se observan las modificaciones imputables a la desviación del eje del corazón cuyo conocimiento es de suma importancia.-

Exámenes de Laboratorio

Son completamente normales.

El quimismo gástrico no tiene valor diagnóstico, pudiéndose encontrar alterado hacia la hiper o hipoquilia, pues no hay que olvidar que se trata de individuos dispépticos, o bien puede presentarse completamente normal.

Diagnóstico

El diagnóstico se establece mediante un prolijo estudio de los pacientes no solo bajo el aspecto somático, sino también en lo concerniente al hábito constitucional respecto a la posible existencia de trastornos en la esfera neurovegetativa, bajo sus múltiples facetas, puesto que como ya se ha visto, sus alteraciones es un factor constante en la producción del síndrome de Roemheld.-

Un hecho de suma importancia sería el del momento en que se producen las crisis ostenocárdicas, puesto que se presentan con posterioridad a las ingestas alimenticias, sobre todo cuando estas son copiosas y abundantes en hidratos de carbono, que por su fácil fermentación permiten la liberación de gases dentro del tracto digestivo (intestino)

Los antecedentes de transtornos dispépticos preexistentes hacen sospechar el cuadro.-

Es también de sumo interés el precisar la forma en que finalizan las crisis, pues en el sindrome de Roemheld lo hacen casi siempre mediante la expulsión del contenido aéreo gastrointestinal, ya sea bajo la forma de eructos o por el paso del aire gástrico al duodeno, y la eliminación posterior de flatos.-

La radiología orientará hacia el diagnóstico preciso, mostrando la aerogastria, la aerocolia, las diversas modificaciones en la imagen cardíaca, en ciertos casos la hipotonicidad del diafragma, etc.-

Diagnostico diferencial

Fundamentalmente hay que hacerlo con la

verdadera angina de pecho, debiendo tener presente el concepto de Harrinson de que toda angina de pecho es orgánica hasta tanto se demuestre lo contrario.

Hay que considerar los caracteres del cuadro, en cuanto se refiere al momento de aparición, si es luego de esfuerzos o emociones, la intensidad del mismo, a la forma de terminar, etc.-

Resumiendo se pueden determinar los siguientes caracteres diferenciales.

	Síndrome de Roemheld.	Angor pectoris.
Antecedentes	Dispépticos	Nada particular.
Comienzo	Post prandial	Luego de esfuerzos o emociones.
Intensidad.	Poca, en general no hay sensación de muerte.-	Mucha, hay sensación de muerte.
Terminación	Por una salva de eructos	Sin caracteres especiales
Electrocardiograma.-	Negativo en cuanto a lesión.	Positivo o negativo.
Radiología	Aerogastria, aerocolia desviación del corazón, etc.	Nada en particular.
Prueba de los dos pasos	Negativa	Positiva

Evolución y Pronóstico

Ya es antigua la idea de que existirían dos tipos de cuadros anginosos, la llamada falsa angina o angina nerviosa, y el angor verdadero, orgánica, entre estas dos afecciones se hacía un distingo fundamental en cuanto se refiere al pronóstico de las mismas, diciendo que la primera es de pronóstico benigno, en cambio la segunda tiene un porvenir harto desfavorable no solo en la limitación que confiere a la actividad del paciente, si no también respecto a la vida del mismo.- En la actualidad se mantiene, aunque con ciertas reservas la división antedicha; en lo que discrepan diversos autores, como lo sostiene Maeaud en su trabajo es en lo referente al pronóstico, dado que el de la angina funcional no tiene la poca importancia que se le atribuía, puesto que no son pocos los casos en que acaban con la vida del enfermo o lo llevan hacia el infarto de miocardio, con las consecuencias que ello implica.-

Herrick (cit. por Morrinson) considera que en varios casos de muerte súbita por brusca oclusión coronaria que habían sido consideradas clínicamente como indigestión, al ser estudiados anatomopatológicamente presentaban lesiones de ne-

crisis miocárdica, sin que las arterias coronarias que irrigaban la zona isquimiada existiera ningún signo de lesión orgánica, lo que indica que el trastorno circulatorio que había provocado la muerte era puramente funcional.-

Tratamiento

Corresponde efectuar un tratamiento de base del sistema neurovegetativo, lo cual se logra aconsejando al paciente evitar emociones, exceso de trabajo, prohibiendo la ingesta de excitantes tales como el tabaco, alcohol, café, té, mate, etc. Es preciso también coadyuvar con sedantes del tipo del fenobarbital, bromuros, etc.-

Considerando que existe un trastorno digestivo evidente, la dispepsia, es perentorio el tratamiento de la misma.- Para evitar la aerogastro colia hay que educar al enfermo, hacerlo comprender su hábito aerofágico, enseñándole a combatirlo, indicándole evite la taquifagia; igualmente es preciso la supresión de alimentos fácilmente fermentables tales como el pan, la leche, las legumbres etc que provocan el fácil desprendimiento de gases.

Para ayudar a la eliminación del gas contenido en el estómago es útil la administración del bicarbonato de sodio, con el objeto de provocar

los eructos que pondrán fin al cuadro, o bien indicar la realización de movimientos respiratorios profundos, para lograr el descenso del diafragma facilitando así el pasaje del contenido aéreo estomacal hacia el intestino.-

En casos en que la sobrecarga alimenticia sea muy intensa, es preciso recurrir a los eméticos.-

La papaverina por sus reconocidos efectos antiespasmódicos, tiene en estos casos una indudable indicación.-

En ocasiones, raras por cierto, será necesario hacer uso de los nitritos para lograr la vasodilatación coronaria.-

PRESENTACION DEL CASO

El caso que sugirió el tema de esta tesis, es el siguiente:

Nombre: R.M.

Edad: 41 años

Estado: casado

Antecedentes hereditarios:

Sin importancia.-

Antecedentes personales:

Nacido a término, puericia normal. Niega venereas. Hasta la actual afección

manifiesta no haber tenido ninguna otra enfermedad.

Hábitos:

Alimentación mixta, preferentemente carnea, ingesta abundante de féculas, con frecuencia realiza ingesta copiosas.

Diuresis: normal

Catarsis: constipado desde hace varios años, estreñimiento pertinaz que ha resistido a la acción de los más variados laxantes.-

Fumador de 20 a 30 cigarrillos diarios, desde hace alrededor de 20 años.

Realiza normalmente tareas rurales, que le demandan esfuerzos físicos de regular intensidad.

Enfermedad actual.-

Comienza en el mes de Enero de 1951, fecha en la cual nota que con posterioridad a las ingestas, a las 2 o 3 horas de las mismas, una intensa sensación de plenitud y distensión en epigastrio, coincidente con un marcado abombamiento de dicha región, acompañado de una sensación dolorosa retroesternal, de regular intensidad que le ocasionaba un estado de notable hiperexcitación, concomitantemente presentaba un evidente cuadro de angustia, el episodio tenía una duración variable, entre 10 y 20 minutos, terminando bruscamente por

una salva de eructos, que le procuraban un inmediato e inefable bienestar.-

Los episodios antedichos se presentaban con frecuencia, vinculándose con las ingestas alimenticias abundantes, y en especial en forma muy estrecha con el estado emocional del paciente.-

El cuadro se producía con absoluta independencia de los esfuerzos físicos, puesto que pese a ser realizados con frecuencia, nunca alcanzaron a provocar ninguna molestia.-

La afección continúa con las mismas características hasta fines del mes de Mayo, momento en el cual el síndrome se hace sumamente intenso, el dolor y la angustia incrementan en grado sumo, manteniendo la misma vinculación con las ingestas y las emociones.-

A principios de Abril se produce un episodio de inusitada intensidad que no calma con la rapidez que lo hacía habitualmente, el enfermo se encontraba sumamente agitado, con dolor precordial constrictivo muy fuerte, presa de una angustia, con sensación de muerte, sudoroso, discretamente shockeado presentando en suma el aspecto de un típico infarto de miocardio, diagnóstico que se confirma por medio del electrocardiograma, resolviéndose

por tanto su internación.-

Estado actual (Enero de 1951)

Enfermo apirético, buen estado de nutrición
constitución brevilinea.-

Peso: 108 kilos.- Estatura: 1,70 cms.-

Se trata de un individuo sumamente impresio-
nable, cuyas reacciones emocionales no guardan re-
lación con los estímulos que los provocan.- Suele
presentar esporádicamente estados depresivos, an-
gustiosos. En suma sería un enfermo que podría-
mos incluir dentro de los estigmatizados neurove-
getativos.-

Piel: morena, elástica, húmeda.-

Tejido celular subcutáneo: abundante, no hay ede-
mas.-

Sistema osteo muscular: Sin particularidades.-

Cabeza: Normocéfalo.- Ojos: pupilas iguales, cen-
trales y simétricas, reflectividad conservada.-

Nariz: olfacción y permeabilidad conservadas.- Bo-
ca: faltan piezas dentarias, no hay prótesis, el
resto en buen estado de conservación, mucosas hú-
medas, rosadas.-

Cuello: Corto, simétrico, se palpan latidos caro-
tídeos.-

Tórax: Simétrico, no existen algias, elasticidad conservada, Aparato respiratorio: excursión de vértices y amplexación de bases normales.- Vibraciones vocales, conservadas.- Sonoridad normal, excursión pulmonar dentro de los límites normales. Murmullo vesicular sin particularidades, no se auscultan ruidos sobreagregados.-

Aparato Circulatorio: Pulso: igual, regular, frecuencia 85 por minuto.- Tensión arterial: Mx: 170 mm.- Mn: 90 mm.- Corazón: tonos cardíacos normales en todos los focos.-

Abdomen: Globuloso, tenso, especialmente en la región epigástrica que se encuentra intensamente abombada.- La palpación superficial es totalmente indolora, la profunda, dificultada por la distensión abdominal, no provoca ningún dolor.-

A la percusión se encuentra un timpanismo generalizado a todo el abdomen el espacio de Traube es francamente timpánico.-

Hígado: borde superior en cuarto espacio (sobre la línea axilar anterior), borde inferior no se palpa.-

Bazo: no se palpa.

Aparato urogenital: sin particularidades.-

Sistema nervioso periférico: normal.-

Exámenes de Laboratorio.-

Recuento globular y fórmula leucocitaria

11-6-51.-

Glóbulos rojos. 4.930.000

Leucocitos12.000

Linfocitos 14 %

Monocitos 3 %

Neutrófilos .. 82%

Granulocitos Basófilos..... 0.00 %

Eosinófilos .. 1 %

Hemoglobina .. 87 %.-

Valor globular. 1 -

21-6-51

Glóbulos rojos. 4.970.000

Leucocitos12.000

Linfocitos ... 14%

Monocitos 7%

Neutrófilos 76%.-

Granulocitos Basófilos 0.00 %

Eosinófilos 3 %

Hemoglobina ..86%

Valor Globular . 1.-

Glóbulos rojos 4.770.000

Leucocitos 8.400

Linfocitos 24%

Monocitos 4%

Neutrófilos ... 67%

Basófilos 0.00%

Eosinófilos ... 5 %

Hemoglobina .. 79%

Valor globular . 1 .-

Eritrosedimentación:

11-6-51.-

18-6-51

11-7-51

1ª.hora 11 mm

1ª.hora 20 mm

1ª.hora 6 mm

2ª.hora 28 mm

2ª.hora 40 mm

2ª.hora 12 mm

Indice de Katz

Indice de Katz

Indice de Katz

12,50.

20.

6.-

Estudio Radiográfico.-

Las radiografías que se presentan a continuación, revelan lo siguiente: En la primera de ellas se ha realizado el estudio del estómago mediante la ingestión de una sustancia opaca observándose un estómago hipertónico, de límites netos, que presenta como única particularidad una cámara aérea hiperclara.- El diafragma izquierdo se encuentra elevado, alcanzando la misma altura que el derecho.-

Se observa igualmente una marcada aerocolia, que compromete no solo el ángulo esplénico, puesto que se visualiza una imagen aérea que parece interponerse por delante de la sombra hepática, correspondiendo al ángulo hepático del colon.- Las asas intestinales se hallan distendidas, adquiriendo algunas de ellas un marcado aspecto colónico.-

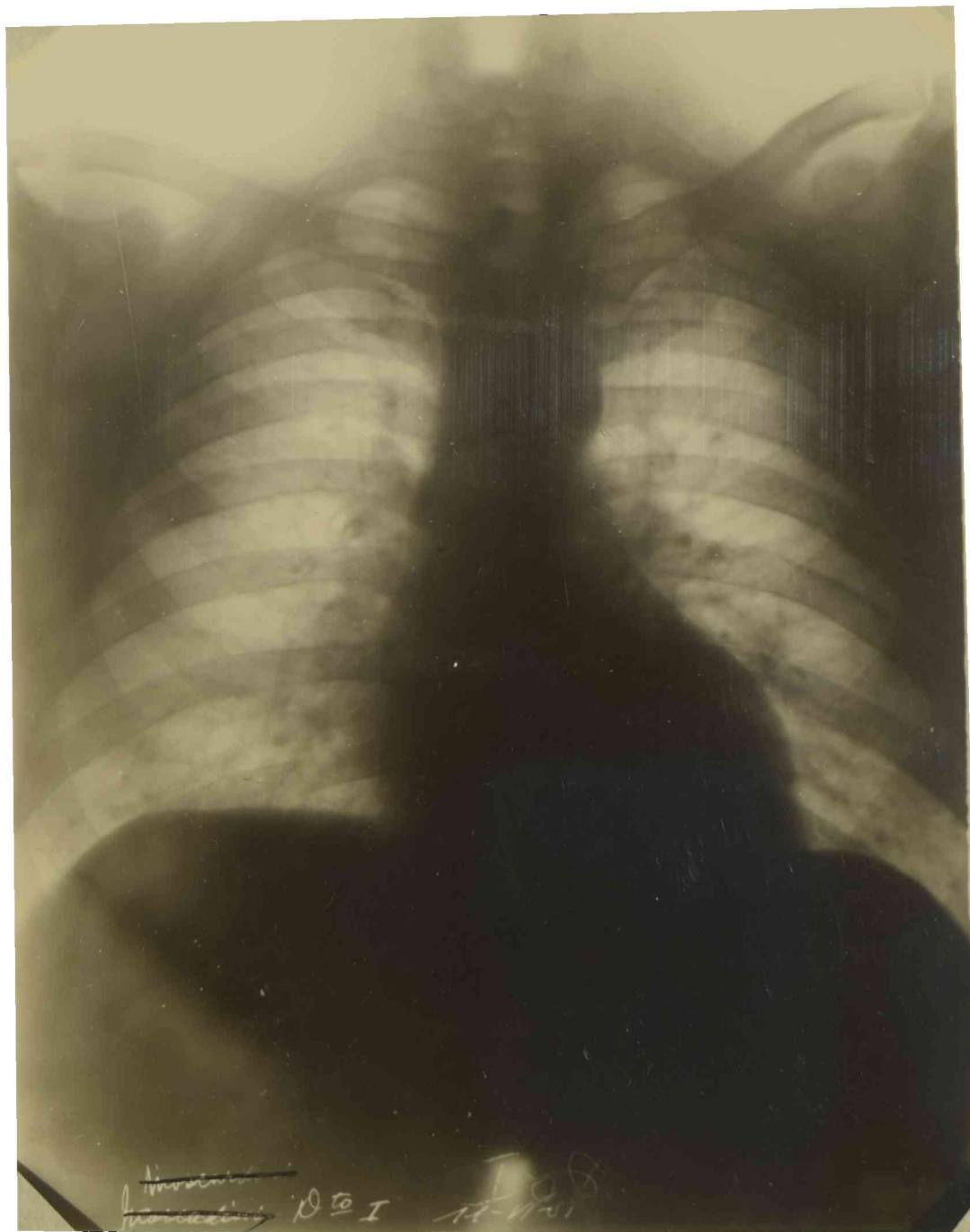


Radiografía de estómago. (frontal)



En la teleradiografía de tórax se observa un corazón globuloso, hipertrófico.- Igualmente se visualiza la misma elevación diafragmática que en la radiografía anterior.-

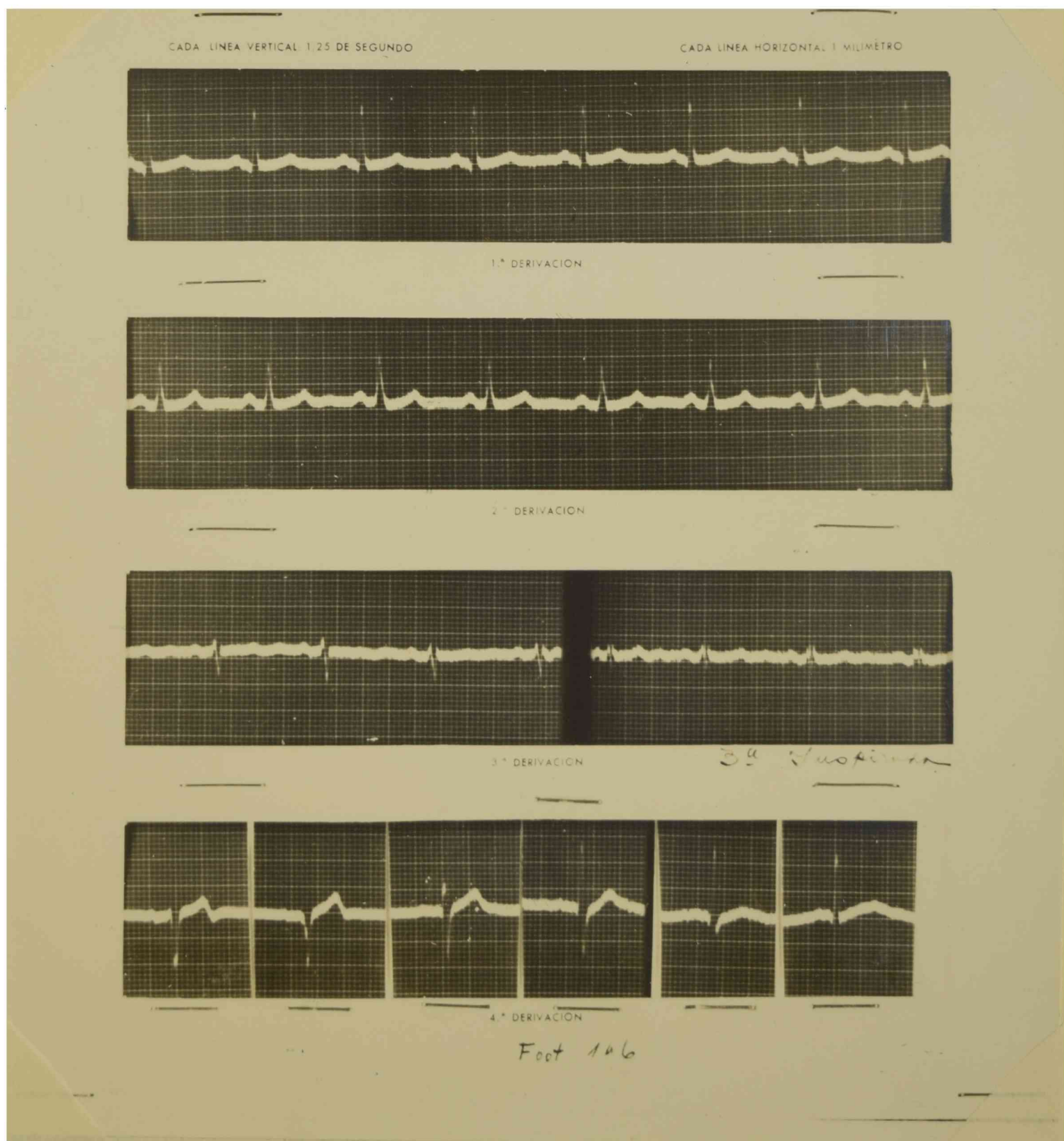
teleradiografía de tórax,-



Estudio electrocardiográfico.-

El primer electrocardiograma, realizado el 27 de Abril de 1951, revela un trazado de ritmo sinusal, regular, con desviación a la izquierda del eje eléctrico.- Del informe no se infiere ningún trastorno en la irrigación del miocardio.

Primer electrocardiograma

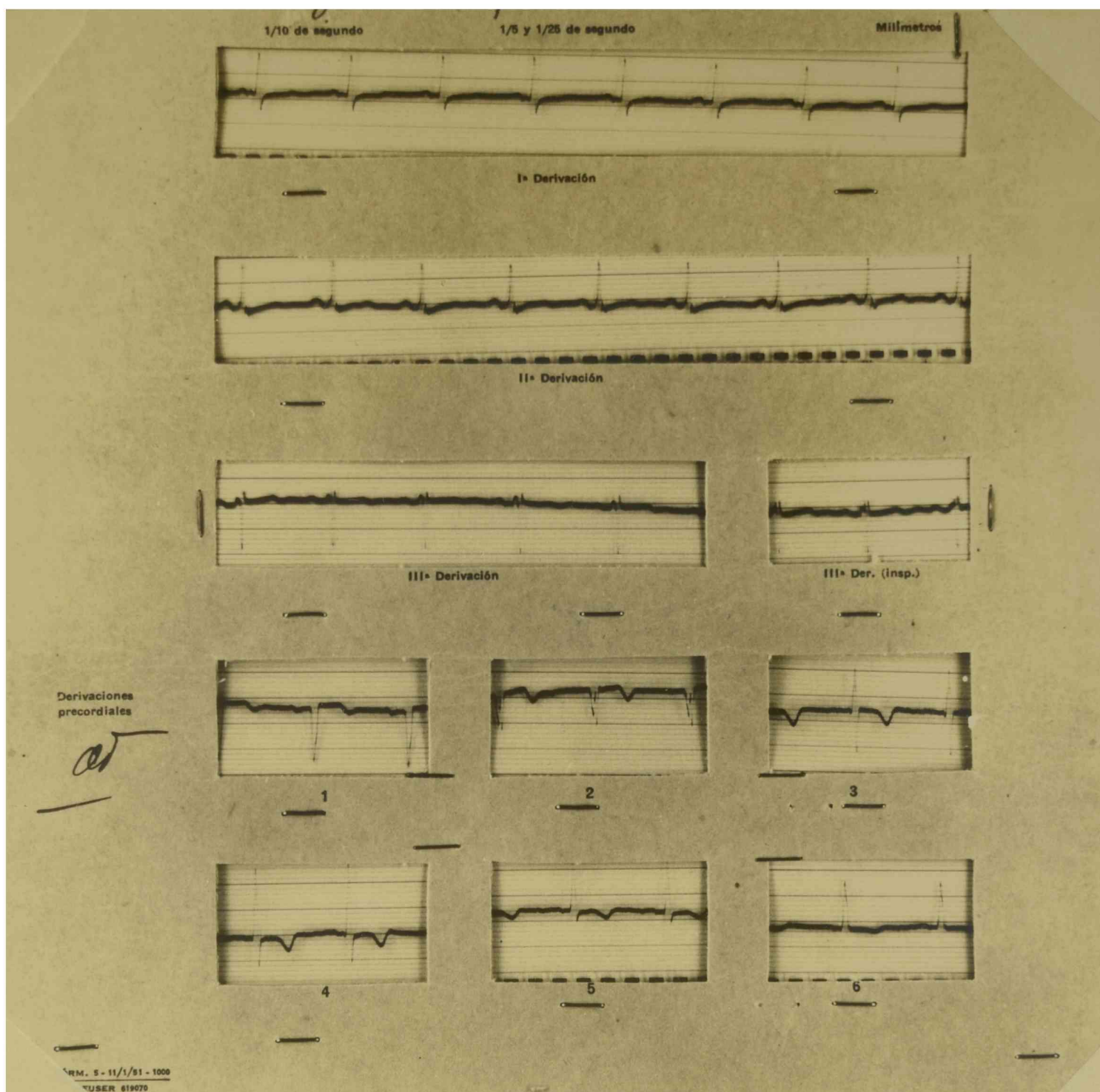


En el segundo estudio electrocardiográfico efectuado con fecha 6 de Junio de 1951, se informa lo siguiente:

Trazado de ritmo sinusal, regular, con desviación a la izquierda del eje eléctrico, y evidentes trastornos en la conducción auricular e intraventricular exponentes de daño miocárdico.-

Las anomalías existentes en el segmento ST y onda T, tanto en las derivaciones precordiales como en la de los miembros, pueden interpretarse como una sobrecarga ventricular izquierda, a la que se suma alteraciones dependientes de un proceso oclusivo de coronarias, anteroseptal.-

Segundo electrocardiograma.



El enfermo que ha sido presentado, puede ser estudiado bajo dos aspectos fundamentales: 1º.- el cuadro que presentaba al comienzo de la enfermedad, es decir el síndrome gastrocardíaco de Roemheld. 2º. la afección antedicha evolucionó hacia el cuadro de infarto de miocardio, constituyendo entonces una entidad clínica de características propias, que no será considerada, dada la naturaleza del trabajo.-

Del estudio del paciente, se infiere que se

trata de un individuo de una gran labilidad emocional, de intensa inestabilidad nerviosa, en suma, un estigmatizado neurovegetativo; de hábito pícnico, de abdomen globuloso, es decir que posee la constitución psico somática que se encuentra en los casos del síndrome en estudio.

Las crisis estenocárdica aparecen con posterioridad a las ingestas, no son muy intensas, y hay una ligera sensación de angustia, terminando bruscamente por una salva de eructos, esto coincide igualmente con las características del síndrome de Roemheld.-

El electrocardiograma, realizado al comienzo de su enfermedad, pesquizando la existencia de alguna lesión de las arterias coronarias, es completamente normal, por tanto se puede, si no descartar totalmente, al menos presumir la falta de una afección orgánica que provoque deficiencias en la irrigación del miocardio.-

Las radiografías muestran una cámara de aire hiperclara, que ejerce presión sobre el diafragma, elevándolo, lo cual indica la existencia de una aerogastria, también se observa una intensa aerocolia, y una neumatosis generalizada de todo el inte

testino delgado. La presencia del aire en el estómago e intestino, se debe en este caso a la aerofagia, que estaría condicionada por la dispepsia que figura como elemento importante en los antecedentes del caso en consideración.-

De lo antedicho se saca la conclusión de que estamos en presencia de un caso de síndrome de Roemheld, abonando en tal sentido los datos aportados por el estudio clínico, radiológico, y la negatividad electrocardiográfica, que ha evolucionado hacia el infarto de miocardio, diagnóstico que se confirma con la clínica, el laboratorio y el electrocardiograma.-

CONCLUSIONES

- 1) El Síndrome de Roemheld, es una entidad clínica, caracterizada por la presencia de un cuadro de angor pectoris, de origen digestivo.-
- 2).- El trastorno digestivo fundamental es la aerogastrocolia, debida en la gran mayoría de los casos a la aerofagia, condicionada a su vez, por una dispepsia en un individuo con estigmas neurovegetativos,-
- 3).- La patogenia, sería la siguiente: (a). un factor mecánico, la dislocación cardíaca, provocada

por la presión que a través del diafragma, ejerce la cámara aérea del estómago.-(b). un factor reflejo, que por vía vagal, actuaría sobre la irrigación del miocardio, provocando la vasoconstricción coronaria, y que se originaría en la distensión del estómago e intestino, con la consiguiente excitación de sus elementos nerviosos.-

4).- La sintomatología estaría dada por un cuadro gastroenterológico y otro cardíaco.

5).- Del estudio radiológico, se infiere la existencia de una neumatosis gastrointestinal, y una dislocación cardíaca.-

6).- El diagnóstico se establece con el estudio clínico del paciente, y la inapreciable ayuda de la radiología y electrocardiografía.

7).- El pronóstico es en general benigno, aunque pueden existir casos en que la evolución se haga hacia el infarto de miocardio, o aún puede producirse la suerte súbita, por brusca oclusión coronaria.-

8).- El tratamiento debe hacerse en base a sedantes, para tratar los trastornos nerviosos, suprimir los excitantes como el café, té, alcohol, tabaco, etc., evitar las emociones, aconsejando lle-

var una vida tranquila, Se impone el tratamiento de la dispepsia, en cuanto a la aerogastria se combate con bicarbonato de sodio para provocar el eructo, o con ejercicios respiratorios.- Los antiespasmódicos son de suma utilidad.- En ciertos casos, raros, es preciso utilizar los nitritos, durante las crisis anginosas.

9).- Por las características sintomatológicas del enfermo presentado, se puede efectuar el diagnóstico de síndrome gastro cardíaco de Roemheld.-

10).- La evolución hacia el infarto de miocardio abona en el sentido de no considerar como imperativa la benignidad del pronóstico.-

- - - - -

BIBLIOGRAFIA

1).- Balena Alfredo

Da síndrome Gastro-cardíaca de Roemheld.-

Brasil Médico-. Nº. 16-17. Año 1946. Pág. 115.-

2).- von Bergman y Stachelin.

Enfermedades del Aparato Digestivo.- III tomo,

la. parte.- Ed. Labor 1943. Pág. 538.-

3).- Besabe. H y Crottogini A.-

Aerogastria y presumible estómago en cascada.-

Prensa Médica Argentina.- Volúmen 36.- Año 1949.

Página 737.-

4).- Bockus, Henry L.

Gastroenterología.- III tomo.- Ed. Salvat.

Página 1015.-

5).- Bonorino Udaondo.- Mariano Castex.

Tratado de patología digestiva.- 1 tomo. Ed. López

pez y Etchegoyen.- Página 288.-

6).- Bosco Guillermo.-

La Patogenia de la angina de pecho en la aerofagia.-

La Semana Médica.- Nº 27. Julio 1931.- Pág. 10.

7).- Bullrich. Rafael A.-

Relaciones entre el angor pectoris y las afecciones del aparato digestivo.-

Prensa Médica Argentina - N° 27. Año 1943. Pág.
1235.-

8).- Carulla. Juan.E.

Distensiones gaseosas gastro colónicas y su te-
rapéutica.-

Prensa Médica Argentina .- N° 14 - Año 1944.

Página 653.-

9).- Castex, Mariano.S.

Factores extracardíacos en la angina de pecho.

El Día Médico.- N° 48. Septiembre 1942.- Pág.

1807.-

10).- Cetrángelo. Antonio.-

Síndrome gastro cardial, por frenicectomía iz-
quierda.-

La Semana Médica - Año 1932.- Página 1807.-

11).- Clark.W.L.

Gastrointestinal condition simulating or agra-
vating cardiovascular disease.

The Journal of the American Medical Associa-

tion.- N° 128. Año 1945. Página 352.-

12).- Jimenez Díaz.J.

Síndrome abdominocardial.-

Anales de Clínica Médica.- III tomo.- Ed.

Científico Médica - Madrid. Año 1930 Pág.117.

13).- Lian Calille.-

Patología Médica. IV tomo, Aparato Circulatorio. Ed. Año Página 528.-

14).- Gilbert.N.C.- Femm. C.K - Le Roy. G.V.

The effect of distension of abdominal viscera on the coronary blood and en angina pectoris.-

The Journal of the American Medical Association. N° 123 - Año 1940.-

15).-Macaud. Gaston

Falsos cardíacos de origen digestivo

Cátedra y Clínica. N°69 - Año 1945. Pág. 35.-

16).- Miller. Heyman. R.-

Angina de Pecho.- Ed. Cultural.- Cuba.- Año 1945.-

17).- Moia Blas.-

Insuficiencia coronaria

El Día Médico - N° 55.- Septiembre 1951.-

Página 2288.-

18).- Morrinson Lester-Swalm.William.A.

Role of the gastrointestinal tract in production of cardiac symptoms.-

The Journal of the American Medical Association N° 114. Año 1945. Página 139.-

19).- Pantolini. Mario, J.

Síndrome de Roemheld

El Día Médico - N° 9.-Febrero 1950. Pág. 277

20).- Pruche.M.A.

De l'influence de la distension gazeuse gastrique, provoquee, sur les etats angineux.

Archives du Maladies du Coeur - Octobre 1938

Página llll.-

21).- Rojas. Tomas J.

Patología Digestiva.- Ed. Porrúa. Méjico. Año 1945. Página 124.-

22).- Scherff.-David - Boyd.Linn.-

Enfermedades del corazón de ~~de~~ los vasos. Ed. Aniceto López. Buenos Aires- Año 1944. Página 230.-

23).- Varela de Seijas Aguilar. J.

Consideraciones sobre la anoxia miocárdica y la objetivación de sus signos.-

El Día Médico - N° 48.- Julio 1945.- Página 2035.-

San José -
[Signature]



[Signature]
DR. FLAVIO J. BRIASCO
SECRETARIO

29/11/51