

ANALISIS DE REVISTAS

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

EL NIVEL DE POTASIO POST-INFARTO EN EL EXPERIMENTO ANIMAL.

H. Kreuziger, H. Asteroth y K. Zipf. Zeitschr. f. Kreislauff, 1954, 43, 385.

Se comprobó hiperpotasemia en el suero del seno coronario después del infarto artificial, mientras que no existían cambios de importancia en la vena femoral. Se presume que dicha hiperpotasemia tenga influencia para la conducción en el sistema de His y para otras alteraciones circulatorias. — *Berken.*

MANIFESTACIONES SUBJETIVAS DE LA OCLUSION CORONARIA AGUDA. SU RELACION CON EL AREA DE INJURIA MIOCARDICA RESULTANTE. L. H. Sigler. Arch. of Int. Med. 1954, 94, 341.

El autor estudió las manifestaciones subjetivas de la oclusión coronaria aguda o de la insuficiencia coronaria en 1200 casos. En 974 hubo infarto: anteroseptal en 67; anteroseptal y lateral en 341, anterolateral en 117; basal posterior en 395; posterolateral en 21 y anterior y posterior en 33. La molestia más común fué el dolor constrictivo. Fué indoloro en el 4,4%; leve en el 2,9%. La irradiación más frecuente fué hacia el cuello, espalda y miembros superiores; fué común la irradiación hacia varias zonas en el mismo caso. En el 62,9% hubo sudores; en 18,2% debilidad. Hubo síntomas cerebrales, como mareos, cefaleas, síncope, etc. en el 21,6%. Síntomas gastro-intestinales en el 15,8% y respiratorios en el 11,3%. El dolor en cara anterior del tórax y con irradiación al cuello y cabeza fué más frecuente en el infarto de cara anterior. En el de cara posterior, el dolor fué más a menudo en precordio e irradiado al cuello, miembros superiores y epigastrio. Manifestaciones respiratorias, digestivas y cerebrales fueron más frecuentes en los infartos de cara posterior. En la insuficiencia coronaria, el dolor es más suave y más intermitente, a localización preferente retroesternal. Se discute el mecanismo de las manifestaciones subjetivas. Considera el autor que el corazón posee numerosos receptores sensoriales con fibras eferentes que establecen sinapsis con neuronas eferentes en los núcleos vegetativos del diencefalo. Las variaciones sintomatológicas dependen de la localización y extensión de los receptores cardíacos y de las conexiones en el sistema nervioso, así como también de las diferencias individuales de sensibilidad de los centros superiores. — *Manguel.*

TERAPEUTICA CON DICUMAROL EN EL INFARTO DE MIOCARDIO.

L. Feldman, G. L. Schaefer, S. E. Goldstein y I. M. Forman. Arch. of Int. Med. 1954, 94, 433.

En 300 casos con infarto de miocardio, se usó anticoagulantes en 150. Se produjeron 7 complicaciones tromboembólicas en los del primer grupo y 6

en los que recibieron la medicación. En 3 hubo accidentes hemorrágicos leves. En sólo el 29,33 % de los así tratados, el tiempo de protrombina fué mantenido debajo del 40%. Deducen los autores que los anticoagulantes no deben ser usados en forma rutinaria. — *Manguel*.

INFECCIOSAS

VEINTICINCO CASOS DE LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO TRATADOS CON CORTISONA. *Evolución de algunas pruebas de laboratorio y control posterior.* R. Armas Cruz y J. Hermecker. *Rev. Med. Chile.* 1953, 81, 323.

Los autores han preferido la cortisona al ACTH por razones de economía, facilidad de adquisición y administración. No sobrepasan los 300 mg. diarios sin pretender llegar a originar un Cushing. La mejoría clínica es casi siempre evidente pero el fenómeno del rebote es también notable al suspender la droga. La eritrosedimentación no vuelve a cifras normales, permaneciendo en los mejores casos por encima de 20 mm. En los 2/3 de los casos persisten las células L.E. Las lesiones urinarias son irreversibles. En cambio, pueden mejorar la anemia y la leucopenia. Las albúminas disminuídas y las gamma globulinas aumentadas cambian con la terapia. De los 25 casos, 5 fallecieron, 15 sobreviven entre los 2 y 30 meses y de los restantes se ignoran detalles. Las dosis y el tiempo del tratamiento son variables según los casos. — *Manguel*.

INFECCION FOCAL EN LA PATOGENIA DEL ADAMS-STOKES. H. J. Jahn. *Zeitsch. f. Kreislauff.* 1954, 43, 354.

Se comunica un caso que presenta aparte de vicio valvular combinado con lesión del sistema de conducción, una tonsilitis en el cual se desencadenan, por estímulos vagales adicionales, ataques de Adam-Stokes. La idea de que la tonsilitis era causa desencadenante de dichos ataques es asegurada por que cesaron con la tonsilectomía. — *Berken*.

FRACASO DEL TEST-CUTANEO PARA DESCUBRIR PROPIEDADES ANTIGENO-ANTICUERPO EN LOS TEJIDOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA. J. Lansbury, G. E. Allen y F. B. Rogers. *Am. J. of Med.* 1955, 229, 191.

Los autores intentaron probar si la piel de los pacientes con artritis reumatoidea poseen poder antigénico o inmunitario. Utilizaron extractos obtenidos de líquido articular, de tejido sinovial o de nódulos reumatoides. Se inyectaron en la dermis, 0.05 cm³ en 20 artríticos y en 20 sin esa afección. En ningún caso hubo reacción local precoz o tardía. La reacción control se efectuó con un filtrado de coli. Creen que los aspectos de la enfermedad que sugieren una reacción antígeno-anticuerpo pueden residir en algún mecanismo inmunitario desconocido. — *Manguel*.

EL USO DE ANTIBIOTICOS PARA LA PREVENCION DE LA FIEBRE REUMATICA. G. H. Stoclerman. Am. J. of Med. 1954, 17, 757.

El autor consideró las posibilidades de lograr la profilaxis de las recidivas reumáticas y de la prevención del ataque inicial. Usando las sulfas, considera que su uso es riesgoso y que además de ser sólo bacterioestáticas pueden crear resistencia al estreptococo. En el 0,5 % se producen erupciones cutáneas y en el 0,1 % alteraciones hemáticas. La penicilina es más aconsejada y por vía oral es de fácil administración, siendo excepcionales los casos de creación de resistencia al estreptococo. Por vía oral se recomiendan dosis de 200.000 a 250.000 U. 2 a 3 veces por día, en ayunas. Reacciones de intolerancia se han visto en el 0.3 al 0.7 %. El uso de la penecilina de acción retardada, con la dibenzi-linetilamina permite aplicar una inyección 2 veces por mes, lográndose niveles convenientes en sangre para atacar al estreptococo A, si bien es insuficiente para otros gérmenes, lo que explica la aparición, en 2 casos, de endocarditis bacteriana. La dosis es de 600.000 U. c/15 días ó 1.200.000 1 vez por mes. Puede producir reacciones cutáneas o de anafilaxis que obligan a suspender la droga. Para la prevención del ataque inicial de fiebre reumática, recomienda el autor el empleo precoz de penicilina, con los mejores resultados si se la indica en las primeras 48 horas de la angina. Pese a ello el empleo mes. Puede producir reacciones cutáneas o de anafilaxis que obligan a suspender el antibiótico (a dosis menores de 0.04 U. por mil, "in vitro"). Por vía oral 500.000 U. durante el mismo lapso o 1 inyección de 1.200.000 de benzatina-penicilina por mes. La aureomicina es menos eficaz y se administra en dosis de 2 g por día, durante una semana. Para evitar indicar un tratamiento innecesario, debe efectuarse un diagnóstico preciso. No basta un coriza, tos, ronquera o traqueítis. Se requieren fiebre, dolor de garganta, rubefacción faríngea y exudados, además de adenomegalia y linfocitosis. El diagnóstico adquiere más valor si se recuerda que en el 38 % de los casos, la infección es subclínica. — *Manguel.*

EL PAPEL DEL ESTREPTOCOCO EN LA PATOGENIA DE LA FIEBRE REUMATICA. F. J. Catanzaro, Ch. A. Stetson, A. J. Morris, R. Chamovitz, Ch. H. Rammelkamp Jr., B. L. Stolzar y W. D. Perry. Am. J. of Med. 1954, 17, 749.

Se efectuaron estudios para determinar la importancia del estreptococo A y de la producción excesiva de anticuerpos en la patogenia de la fiebre reumática. Para ello se trató a pacientes con infección a estreptococos de 3 maneras. En la primera se usó penicilina pero administrada lo más tardíamente posible para favorecer al máximo la acción antigénica del germen. En el segundo grupo se usó sulfadiazina y en el tercer grupo hubo complicaciones supuradas más frecuentes que en el segundo. Los que las presentaron fueron excluidos de este estudio pero ninguno en la convalecencia presentó fiebre reumática. La penicilina parece reducir la frecuencia de la fibre reumática y los autores creen por ello, conovente administrarla a todos los enfermos en los primeros

días de tal afección. Consideran, sin embargo, necesaria, una observación más completa. Esta medicación, en cambio, ha influido escasamente sobre la formación de anticuerpos, lo que se logra con la sulfadiazina; pero ésta, al no erradicar el estreptococo, no reduce la posibilidad de aparición de fiebre reumática. Los autores admiten que la fiebre reumática puede ser el producto de una reacción de hipersensibilidad retardada del tipo tuberculínico. — *Manguel.*

AYUDA DEL LABORATORIO EN EL DIAGNOSTICO DE LA FIEBRE REUMATICA Y EN LA EVALUACION DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD. H. F. Wood y M. McCarty. *Am. J. of. Med.* 1954, 17, 768.

Aunque no existen pruebas específicas para determinar la actividad reumática, hay pruebas de laboratorio que son útiles. Tampoco existe un test que permite el diagnóstico de dicha enfermedad. Aunque existen evidencias de la relación entre la infección por el estreptococo A y la fiebre reumática, no puede concluirse en el presente una vinculación de causa a efecto. El estudio de los anticuerpos producidos por los antígenos de dicho germen ha demostrado su importancia para establecer la ocurrencia de una infección reciente. El título en sangre aumenta a la semana de la infección y alcanza el acmé a las 4 ó 6 semanas y luego de mantenerse un tiempo variable, comienza a descender más lentamente que lo que ascendió. El tiempo entre la infección y la aparición de la fiebre reumática es más breve que el que necesitan los anticuerpos para alcanzar el acmé, de allí que en los primeros días de la fiebre reumática, el título puede ser bajo y seguirá subiendo. Si esa valoración se hace tardíamente el título será bajo, de manera que los resultados deben ser considerados de acuerdo con estos detalles. El anticuerpo más valioso para determinar, es la antiestreptolisina, pues es fácil su valoración. Es necesario que el antígeno sea titulado en forma standard en todo el mundo para poder comparar los resultados. El 80 a 90 % de los reumáticos tienen un título elevado de antiestreptolisina, de aparición precoz, pero su ausencia no excluye la infección estreptocócica reciente. En 80 pacientes el título fué superior a 250 U. En términos generales, una cifra de 500 U es una buena evidencia de infección reciente. El estudio seriado es más valioso, pues si hay un resultado precoz de 250 U y luego posteriormente sube a 500 para descender en la convalecencia por debajo de la cifra inicial, se puede concluir que hubo una infección a estreptococos pocas semanas antes del primer recuento. Esta prueba no es específica de la fiebre reumática sino de la infección estreptocócica. La eritrosedimentación conserva su valor pero no es una prueba específica de la actividad reumática. Además, hay normales con cifras altas o puede dar resultados normales en reumáticos con pequeña actividad. La leucocitosis es de escaso valor. La proteína C-reactiva podrá ahora ser valorada más fácilmente desde que se puede lograr el antisuero necesario. No se encuentra en el normal. Siempre existe en la fiebre reumática activa, menos en la corea y paralelamente a la gravedad del proceso y a la eritrosedimentación. La normalización de los test citados indica la supresión de la enfermedad pero no la curación.

Ultimamente se ha estudiado la mucoproteína sérica que indicaría si está aumentada, que persiste la actividad del proceso. — *Manguel*.

VALVULARES

EL VALOR DEL ELECTROQUIMOGRAMA AURICULAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL. F. G. Fleischner, W. H. Abelman, R. Buka. *Circulation*, 1954, 10, 71.

Se obtuvieron electroquimogramas de la aurícula izquierda en 5 sujetos normales y 15 pacientes con valvulopatía mitral reumática, 10 de los cuales fueron reexaminados después de la valvuloclasia mitral. Se destaca la necesidad de utilizar una técnica muy depurada y múltiples trazados auriculares. En ningún sujeto normal se encontraron trazados auriculares anormales. El diagnóstico electroquimográfico de ausencia, presencia o grado de la insuficiencia mitral se mostró notablemente de acuerdo con la observación del cirujano durante la operación. Este acuerdo fue casi completo en los pacientes con ritmo sinusal mientras que en los con fibrilación auricular el electroquimograma tendió a "sobrediagnosticar" ligeramente la insuficiencia mitral. Sin embargo, en ningún caso se encontró que la insuficiencia mitral fuera de grado mayor en la operación de la que había predicho la electroquimografía.

Después de la valvuloclasia mitral, el electroquimograma auricular se volvió normal en cinco pacientes, cuatro de los cuales habían mostrado evidencias electroquimográficas preoperatorias de insuficiencia mitral. Los trazados permanecieron no modificados en cuatro y sugirieron insuficiencia mitral ligera en uno. Se deduce que el electroquimograma obtenido con técnica muy cuidadosa puede ser de valor para juzgar el grado de insuficiencia mitral preoperatoria en pacientes con valvulopatía mitral reumática. — *Moia*.

INVESTIGACIONES KIMOGRÁFICAS Y FONOCARDIOGRÁFICAS REFERENTES A LA HEMODINAMICA DE LA AURICULA IZQUIERDA EN LA ESTENOSIS MITRAL (CLINICAMENTE) PURA. G. Buhr. *Zeitschr. f. Kreislauff.* 1953, 42, 859.

1) Un movimiento protodiastólico central del borde auricular izquierdo en el espacio retrocardíaco permite deducir una estenosis mitral reducida. 2) Cuanto más se pronuncia la estenosis, tanto más se asemeja dicho movimiento protodiastólico a una meseta para adoptar esta última forma en los casos extremos. 3) Un movimiento diastólico dorsal del borde auricular indica insuficiencia mitral concomitante. 4) Estos resultados se pronuncian más aumentando el aflujo venoso en posición de cabeza baja. 5) La fonodiografía simultánea permite una estimación del volumen de la evacuación auricular protodiastólica y presistólica en distintas posiciones del enfermo. 6) La combinación de ambos métodos significa un progreso en el registro del aflujo y reflujo de la aurícula izquierda. — *Berken*.

EXAMENES FONOCARDIOGRAFICOS EN LA ESTENOSIS MITRAL DESPUES DE COMISUROTOMIA. K. Holkdach y O. Bayer. Zeitschr. f. Kreislauff. 1953, 42, 721.

Descripción de la fonocardiografía pre y post operatoria en 30 comisurotomias. Llama la atención la poca frecuencia del chasquido de apertura mitral en este grupo. Se trata de explicar por las características del fonocardiógrafo usado y por tratarse de casos con vicios muy graves. No se podía aclarar la influencia operatoria en dicho chasquido de apertura. En algunos existía sólo antes, en otros sólo después de la operación. Tampoco había influencia clara con respecto a su amplitud. Los soplos diastólicos se atenuaron, generalmente, con la operación. Sopro sistólico apareció sólo en 2 casos. Parece importante para la práctica que un primer ruido apical tenue hace sospechar una inflamación y/o cicatrización de la válvula entera con eventuales calcificaciones. — *Berken.*

RELACIONES ENTRE EL VOLUMEN DEL AIRE RESIDUAL Y LA PRESION CAPILAR PULMONAR EN LA ESTENOSIS MITRAL. A. von Bogaert, J. Vandael, A. Genabeek y H. Ensth. Arch. Mal. du Coeur. 1954, 47, 807.

En los mitrales con éxtasis venoso intersticial se produce una imbibición de los tejidos intraalveolares (fibras conjuntivas, elásticas y musculares bronquiolillares y alveolares) que determina una rigidez de las paredes, lo que afecta la ventilación bronquiolo-alveolar, generando un cierto grado de enfisema pulmonar, que es causa de un aumento del aire-residual (A. R.). Inicialmente funcional, luego orgánico, es agravado por los brotes congestivos broncopulmonares inflamatorios o alérgicos. La velocidad de aparición y su intensidad es factor individual. Se producen además reflejos que aceleran y, superficializan la respiración, aumentando aún más el A. R. La medida del éxtasis venoso la da el grado de aumento de la presión capilar diastólica. Es así que todo mitral que presenta trastornos funcionales respiratorios, tiene aumento de su A. R., y cuando la presión capilar sobrepasa 25 mm Hg., el A. R. es mayor del 25 % de la capacidad pulmonar normal. Salvo una exudación intraalveolar difusa, como puede observarse en las estenosis mitrales edematosas o en el curso de una insuficiencia ventricular izquierda (por otras etiologías) jamás una presión capilar mayor de 25 mm. se acompaña de A. R. normal.

Por debajo de 20 mm. de presión telediastólica capilar, 75 % tenía A. R. mayor de 25 % salvo aquéllos muy vecinos a la presión capilar normal (10-15). Por la influencia de los factores infecciosos o alérgicos, el A. R. puede estar aumentado a pesar de una presión capilar normal o en forma no proporcional a su elevación; por esto y por las reacciones individuales variables, no hay una relación estrecha entre presión capilar y A. R. También serán individuales los beneficios obtenidos por la comisurotomía, pudiendo obtenerse, a veces, resultados sorprendentes por el tratamiento de los procesos alérgicos o inflamatorios concomitantes. — *Cechi.*

"LA PRESION CAPILAR PULMONAR" EN LA INSUFICIENCIA MITRAL EXPERIMENTAL. E. Coelho, M. I. Bavata y J. Malter. Arch. Mal. du Coeur, 1954, 47, 557.

1) La regurgitación de la insuficiencia mitral experimental, cuando acentuada, aumenta la presión sistólica auricular. 2) No han comprobado en forma constante elevaciones correspondientes de la presión capilar pulmonar (P. C. P.), dependiendo ella primordialmente del grado de insuficiencia. 3) No existe una morfología especial de las curvas de P. C. P. 4) La segunda onda (V: sistólica) de la P. C. P. no ha presentado jamás las características (alta y aguda) que le atribuyen otros autores. (Trabajo realizado sobre 27 perros, de los cuales en 18 se tomó presiones antes e inmediatamente después de operados. En 1 antes y 8 días después y 1 antes y 1 mes después. En los otros no se pudo determinar pues fallecieron). Como dato interesante, siempre, hallan un pequeño reflujo sistólico, normal antes de la valvulotomía. — *Cechi*.

CARDIOPATIAS CONGENITAS

OBSERVACIONES SOBRE LOS GRADIENTES DE PRESION INTERAURICULAR EN EL HOMBRE. A. B. Shaffer, E. N. Silber y L. N. Katz. Circulation, 1954, 10, 527.

De 14 casos de comunicación interauricular congénita humana en los cuales se pasó sucesivamente de la aurícula derecha a la aurícula izquierda con el catéter se eligieron 7 porque sus trazados no estaban deformados por la respiración. Se encontró muy buena correlación con los hallazgos en experimentos animales. Aparte de las diferencias de presión media entre las aurículas en el defecto septal interauricular se demostró la existencia de fluctuaciones de presión que podían ocurrir dentro de un solo ciclo y que podrían explicar inversiones transitorias del gradiente. La contracción más precoz de la aurícula derecha con respecto a la izquierda podría causar una inversión transitoria del gradiente de presión durante esta fase inicial, lo mismo que después de la sístole auricular. Es probable que se pueda hacer la diferencia entre la persistencia del foramen oval y el defecto del tabique interauricular sobre todo cuando existe cianosis si el catéter permite determinar una mayor presión en la aurícula izquierda sin evidencias de un corto circuito sanguíneo de izquierda a derecha o en el caso de que el catéter no pudiera penetrar en la aurícula izquierda, por hallazgo de cianosis o de insaturación arterial, gran onda *a* en el registro de presión auricular asociado con bajos niveles de presión durante el resto del ciclo y ausencia de corto circuito de izquierda a derecha. — *Moia*.

DETERMINACION DEL METABOLISMO BASAL EN ANGIOPATIAS CON "SHUNTS". H. Gillmann y H. Garre. Zeitsch. f. Kreislauff. 1954, 43, 187.

El metabolismo basal en 90 enfermos con shunt de derecha a izquierda o al revés, demuestra que en los cortocircuitos venoso-arteriosos hay un aumento significativo de más del 30 %, y en los arterio-venosos valores en el límite extremo de lo normal ($\div 20,4 - \div 26,4$ %). No se comprobó relación con la edad. — *Berken*.

FONOCARDIOGRAFIA EN LA PERSISTENCIA DEL CANAL ARTERIAL.

O. M. Haring, A. A. Luisada, B. B. Gasul. *Circulation* 1954, 10, 501.

Se estudiaron 28 pacientes en los cuales el diagnóstico clínico de persistencia del canal arterial se confirmó por la cirugía en 25, por la autopsia en 2 y por la cirugía y autopsia en uno. El fonocardiograma de la persistencia del canal arterial no complicada no se parece al de las lesiones valvulares o defectos del tabique y no está limitado por los mecanismos valvulares cardíacos. Es un soplo único que tiene una acentuación ya sea sistólica tardía o diastólica precoz y que, muy a menudo, se continúa a través de todo el ciclo cardíaco. La configuración gráfica de este soplo tiene significado diagnóstico y es típica en cualquier edad. Los soplos atípicos se encuentran cuando el ductus coexiste con severa hipertensión pulmonar o lesiones complicantes que modifican el gradiente de presión o producen soplos adicionales. Los infantes presentan un mayor porcentaje de soplos atípicos no a causa de su edad sino por la frecuencia relativamente mayor de lesiones complejas y ductus atípicos. — *Moia*.

ESTENOSIS VALVULAR PULMONAR AISLADA. RESPUESTAS CLINICAS Y FISIOPATOLOGICAS A LA VALVULOPLASTIA ABIERTA. G. Blount.

M. C. McCord, H. Mueller, H. Swan. *Circulation* 1954, 10, 161.

Se comparan los resultados clínicos y hemodinámicos en 5 pacientes operados por el procedimiento primitivo, trasventricular y otros cinco de siete operados con éxito mediante la hipotermia y apertura de la arteria pulmonar con corrección de la estenosis a cielo abierto. Se demuestra que, aunque con el primer procedimiento se obtienen a veces mejorías clínicas, en ningún caso los estudios fisiológicos demostraron desaparición completa de la obstrucción valvular siendo los resultados muy inconstantes al revés de lo que sucede en los pacientes operados a cielo abierto. Por consiguiente, se recomienda este método como el de elección para el tratamiento quirúrgico de la estenosis pulmonar aislada. — *Moia*.

SOBRE DOS CASOS RAROS DE TRANSPOSICION DE LOS GRANDES VASOS. F. Grosse-Brockhoff, A. Schaede y H. Lotzkes. *Zeitschr. f. Kreislauff.* 1954, 43, 376.

Se presentan 2 enfermos de 12 y 4 años con sus exámenes clínicos, electrocardiográficos, roentgenológicos y angiocardiógráficos. En ambos casos existía vicio cardíaco con grave cianosis. La transposición sospechada se comprobó por autopsia. El examen anatómico del primer caso mostró la aorta y arteria pulmonar saliendo del ventrículo derecho no habiendo vaso eferente del ventrículo izquierdo.

En el 2º caso cabalgó la aorta, mientras que la arteria pulmonar salía del ventrículo izquierdo. — *Berken*.

PRESION ARTERIAL Y VASOS**HIPOTENSION POSTURAL INDUCIDA POR EL SULFATO DE ATROPINA.**

M. H. Kalser, Ch. W. Frye, A. S. Gordon. *Circulation* 1954, 10, 413.

Estudios realizados en 78 sujetos adultos normales demostraron que la inyec-

ción intramuscular de 2 mg. de sulfato de atropina, que es la dosis inicial recomendada para los casos de exposición a insecticidas o agentes gaseosos anti-colinesterasa, no produce síntomas serios ni efectos fisiológicos importantes. Sin embargo, al pasar los sujetos de la posición acostada a la posición de pie se observó una profunda y sostenida caída de la presión arterial y elevación de la presión diastólica a sólo la mitad de lo que se observa en los sujetos que no habían recibido la atropina. Un ejercicio standard practicado durante 30 segundos mientras el enfermo se encontraba en posición erecta, acentuó esta caída de la presión sistólica y produjo, además disminución de la presión diastólica. — *Moia*.

HIPERVENTILACION EN LA HIPOTENSION POSTURAL. J. F. Burnum, J. B. Hickam, E. A. Stead. *Circulation* 1954, 10, 362.

En una paciente con hipotensión postural neurogénica, la hiperventilación refleja acentuó mucho su inadaptación postural. Corregida esta hiperventilación, la enferma fué muy mejorada. En otras tres pacientes con hipotensión postural neurogénica, la pérdida de anhídrido carbónico producida por la hiperventilación originó llamativa y sostenida hipotensión en las pacientes en posición horizontal. Los autores atribuyen el efecto de la hipocapnia a vaso-dilatación directa sobre los vasos sanguíneos y no indirecta a través del sistema nervioso. — *Moia*.

FUNCION VENTRICULAR. V. LOS EFECTOS CIRCULATORIOS DE LA ARAMINA; MECANISMO DE ACCION DE LAS DROGAS "VASOPRESORAS" EN EL SHOCK CARDIOGENICO. S. J. Sarnoff, R. B. Case, E. Berglund, L. CH. Sarnoff. *Circulation* 1954, 10, 84.

En el perro normal anestesiado la Aramina (levo-1-m-hidroxifenil) -2-amino-1-propanol] produce bradicardia y moderada elevación de la presión arterial que se acentúa cuando la bradicardia es abolida por la vagotomía o la hipotensión hemorrágica. En pequeñas dosis, la droga produce notable aumento de las curvas de función ventricular derecha e izquierda. Dosis subsecuentes no aumentan luego la contractilidad miocárdica pero sí aumentan la resistencia y el tono vascular periférico. El miocardio no requiere un flujo coronario mayor por unidad de trabajo después de la administración de Aramina. Produciendo insuficiencia coronaria aguda por reducción del flujo de la arteria coronaria izquierda principal, se produjo caída de la presión arterial, del gasto cardíaco y del trabajo sistólico ventricular, con aumento de la presión auricular izquierda. La inyección endovenosa subsecuente de Aramina hizo retornar estos valores a/o próximo los niveles primitivos. Los autores discuten seriamente la posibilidad de que un agente para tratar la hipotensión del shock cardiogénico pueda conseguir su efecto aislada o predominantemente por la simple producción de vasoconstricción periférica. — *Moia*.

SOBRE EL PROBLEMA DEL COMPONENTE CENTRAL DEL SENO CAROTIDEO HIPERSENSITIVO. H. Axenfeld. *Zeitsch. f. Kreislauff.* 1953, 42, 455.

El autor se refiere a un caso de síndrome del seno carotídeo con un tic dolo-

roso del nervio glosofaríngeo. Anatómicamente existía arterioesclerosis y un glomus carotíco hiperplástico; clínicamente hipertensión esencial y alteraciones miocárdicas. El síndrome del seno carotíco se manifestó con accesos espontáneos, resistentes a la anestesia y a la operación. Se discute la formación de un foco central en los centros reflexógenos y el significado de los componentes centrales en dicho síndrome. — *Berken*.

COMPARACION DE LOS METODOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL. F. H. Van Bergen, D. Stuart Weatherhead, A. E. Treloar, A. B. Dobkin, J. J. Buckley. *Circulation* 1954, 10, 481.

A 70 pacientes cuya edad promedio fué de 52 años, muchos de ellos padeciendo hipertensión arterial de grado variado, se hicieron mediciones de la presión arterial por el método directo conectando la arteria braquial con un Statham, e indirectas por el método auscultatorio, registrando también la presión arterial por el método oscilométrico (punto de la escala manométrica en el cual el menisco de la columna mercurial pulsátil se hace convexo) y palpatorio, mientras el enfermo se encontraba todavía anestesiado después de una intervención quirúrgica. En conjunto se observó que las mediciones de la presión arterial por métodos indirectos dan cifras menores tanto para la sistólica como para la diastólica comparativamente con las mediciones directas, acentuándose esta diferencia a medida que la presión arterial aumenta. Las diferencias fueron también más llamativas en el grupo de los sujetos hipertensos jóvenes. La exactitud de los métodos indirectos disminuyó en orden decreciente del oscilométrico al auscultatorio y al palpatorio. Para determinar la presión diastólica por el método auscultatorio la atenuación de los ruidos de Koorotkoff parece más segura que su desaparición absoluta. Los mismos valores se obtuvieron registrando la presión directa y colocando la aguja contracorriente o a favor de corriente en la arteria braquial, lo que demuestra que las diferencias en los resultados obtenidos no dependen de la sumación de la energía cinética. En cambio, es probable que a la onda primaria sistólica centrífuga de presión se agregue el rebote de una onda de presión centrípeta dependiente de la resistencia periférica. De allí que tal vez, el nivel sistólico auscultatorio represente más un índice de la presión central aórtica que de la presión periférica en el vaso en el momento de la medición. En los hipertensos jóvenes el lecho arteriolar mantiene seguramente un grado más elevado de tonicidad, lo que hace sugerir un mayor efecto de suma de la onda reflejada sobre la onda central, lo que explicaría el porqué, en estos casos, la presión directa es mucho más elevada que la presión registrada indirectamente. — *Moia*.

MEDIDA DEL ESTANCAMIENTO VASCULAR INDUCIDO POR LA ATROPINA. R. D. Miller, M. H. Kalser, Ch. W. Frye, A. S. Gordon. *Circulation* 1954, 10, 423.

Las observaciones realizadas en el hombre demuestran que este efecto hipotensor de la inyección de 2 mg. de sulfato de atropina intramuscular, se debe a una disminución del tono vascular con estancamiento de la sangre en las

áreas caudales mientras el sujeto permanece de pie. Este estancamiento se produce tanto en el sistema esplánico como en el árbol vascular periférico. La compresión externa del abdomen y de las extremidades inferiores compensó notablemente los cambios posturales. — *Moia*.

FUNCION HEPATICA E HIPERTENSION. PRESION ARTERIAL Y PESO DEL CORAZON EN LA HEPATITIS CRONICA. F. Raaschou. *Circulation* 1954, 10, 511.

Estudiando comparativamente el comportamiento de la presión arterial, hipertrofia cardíaca y frecuencia de hemorragia cerebral en 112 mujeres autopsiadas que murieron por hepatitis crónica (atrofia amarilla subaguda del hígado) y comparando los resultados con un grupo control similar de pacientes en cuya autopsia no se encontró enfermedad hepática, el autor demuestra que la frecuencia de hipertensión arterial es considerablemente más baja en las pacientes con severa enfermedad hepática. La insuficiencia hepática sería capaz de prevenir el desarrollo de la hipertensión arterial o de eliminar una ya existente. — *Moia*.

DESARROLLO DE MANIFESTACIONES HIPERTENSIVAS DESPUES DE LA DESAPARICION DE LA HIPERTENSION. G. A. Perera. *Circulation* 1954, 10, 28.

Se describen 6 casos de hipertensión arterial que pasaron por un período de normotensión (tres después de infarto de miocardio, uno después de trombosis cerebral y dos después de simpatectomía), durante el cual se desarrolló la retinopatía con edema de papila que caracteriza a la hipertensión maligna o fase acelerada de la hipertensión. El autor deduce, en consecuencia, que en la patogenia de esta fase acelerada deben intervenir otros factores además de la intensidad de la hipertensión. — *Moia*.

COMPARACION DE LA RESPUESTA HEMODINAMICA CEREBRAL A LA ARAMINA Y NORADRENALINA EN LOS SUJETOS NORMOTENSOS E HIPOTENSOS. J. H. Moyer, G. Morris, H. Snyder. *Circulation* 1954, 10, 265.

En el sujeto normal, normotenso, la inyección de aramina o noradrenalina, al aumentar la presión sanguínea produce disminución del flujo sanguíneo cerebral, determinado por el método del óxido denitroso. En los sujetos a los cuales se había reducido previamente la presión arterial utilizando agentes ganglioplégicos (Arfonad, hexametonio, Pendiomide), el flujo sanguíneo cerebral disminuyó tanto más cuanto más marcada fué la hipotensión. A pesar de esta disminución del flujo sanguíneo cerebral, el consumo cerebral de oxígeno tendió a ser parcialmente mantenido mediante una extracción más completa del oxígeno de la sangre que atraviesa el encéfalo; sin embargo, esta compensación resultó inadecuada en los pacientes que desarrollaron hipotensión muy acentuada apareciendo entonces anoxia cerebral. Restableciendo la presión sanguínea a

niveles normales desde los niveles hipotensivos, mediante la administración de aramina o noradrenalina se observó aumento del flujo sanguíneo cerebral. Estas observaciones sugieren que cuando se usan agentes vasopresores en el tratamiento de la hipotensión severa, se debe esperar un aumento de la circulación sanguínea y mejoría de la función cerebral. — *Moia*.

RELACIONES ENTRE LA EXCRECION URINARIA DE SODIO Y LA PRESION ARTERIAL Y SUS MODIFICACIONES POR EL TRATAMIENTO.

D. M. Green, E. J. Ellis. *Circulation* 1954, 10, 536.

Se hicieron investigaciones en 25 sujetos normotensos y 50 hipertensos encontrándose que los sujetos hipertensos excretan en 24 horas, 35 por ciento más de sodio que los sujetos normotensos. Dado que todos los individuos estaban con dietas elegidas por ellos mismos y no habían mostrado modificaciones del peso durante el período de observación, se deduce que el apetito para el sodio del grupo hipertenso estaba aumentado. La excreción de sodio después de recibir una inyección endovenosa de solución salina al 5 % a la dosis 100 ml. por m² en 25 minutos, demostró que existía una buena correlación entre la excreción de sodio y la presión arterial media. Esta relación persistió cuando la presión sanguínea de los pacientes hipertensos disminuyó por efecto del tratamiento médico o quirúrgico. Sólo 8 % de los hipertensos tratados mostraron respuestas por encima del valor de control comparativamente con el 33 % del grupo antes del tratamiento. Este 8 % comprendió individuos cuya presión arterial no pudo ser materialmente reducida por el tratamiento. Aunque no se puede demostrar si el apetito para la sal aumenta para compensar la mayor excreción renal o viceversa, los resultados después del tratamiento hipotensor hablan en favor de la primera hipótesis. — *Moia*.

REDUCCION DE LA PRESION ARTERIAL EN LA HIPERTENSION CON HEXAMETONIO Y SALES DE PENTAPIRROLIDINIUM. F. H. Smirk.

Am. J. of Med. 1954, 17, 839.

El autor estudió los efectos de dichas drogas, en hipertensos. Recuerda que el hexametonio, aunque disminuye la presión arterial, aumenta el caudal sanguíneo en los miembros inferiores, reduce la presión en la arteria pulmonar y disminuye la presión venosa. La caída tensional es mayor en la posición erecta y mayor en el hipertenso que en el normotenso. En la posición de pie falta el poder vasoconstrictor del simpático y de allí el peligro de extraer pequeñas cantidades de sangre durante el empleo de esta droga. La respuesta al "cold pressor test" está disminuída. La aplicación de presiones positivas sobre la superficie corporal neutraliza los efectos de la droga. La eliminación renal se efectúa principalmente por el glomérulo y el caudal sanguíneo renal y la filtración glomerular se reducen durante el empleo de la droga. El pentapirrolidinium tiene efectos similares pero más prolongados y con menores dosis. El agregado de substancias que retardan su absorción prolonga sus efectos hasta 12 ó más horas. Por vía oral su absorción es incompleta, necesitándose dosis 10

a 20 veces mayores que las inyectadas. Existe taquifilaxia con ambas drogas y al parecer puede ser cruzada. Los pacientes con presión basal elevada lábil tienen menos inconvenientes con las drogas. Los enfermos con grandes alteraciones retinianas, cerebrales y cardiovasculares, presentan con mayor frecuencia una presión basal más elevada. Los enfermos que constituyen la principal indicación de las drogas son los que tienen una cardiopatía hipertensiva descompensada, asma cardíaca, disnea, cefaleas, mareos, fondo de ojo III ó IV, o los que no mejoran con un régimen complicado. En los angiosos, no debe pretenderse un gran descenso tensional que será peligroso. Si hubo accidentes cerebrales, esperar 6 semanas para dar las drogas. En los renales, vigilar la azoemia. En los hipertensos moderados puede hacerse el tratamiento si se cree que el aumento tensional provocará alteraciones. Las dosis son individuales por ser variable la tolerancia y la aparición de efectos colaterales. Después de los 70 años usar una dosis 3 veces menor y si el paciente recibe una dieta sin sal o fué simpaticectomizado, la mitad. La presión debe ser medida en posición erecta. Debe buscarse la dosis que descende la presión arterial en forma lo más prolongada posible. Respecto a la reserpina, consideran que su efecto es escaso y que las dosis que se requerirían par lograr resultados favorables, sin inconvenientes son altas (9 mg. por día). Pero asociado a la pentapirrolidina, reduce las dosis de esta última y lo mismo ocurre con los efectos indeseables. De 8 pacientes tratados con la última droga, el agregado de reserpina fué efectivo en 6. — *Manguel*.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION CON RAUWOLFIA SERPENTINA SOLA Y COMBINADA CON OTRAS DROGAS. Resultados en 84 casos.
W. R. Livesay, J. H. Moyer y S. I. Miller. J.A.M.A. 1954, 55, 1927.

Fueron tratados 84 hipertensos en forma ambulatoria. Durante 2 meses se determinó la presión mientras recibían placebos. Se estudió el funcionamiento renal y se efectuaron E.C.G. y radiografías de corazón cada tres meses. Se consideró como respuesta favorable un descenso de 20 mms de Hg de la presión media (es la presión que resulta de sumar la diastólica más un tercio de la diferencial) o por debajo de 150/90. A 43 se le dió el alceroxylon (rawolfia) 2 mgrs, 4 veces por día aumentando hasta 16 a 24 mgrs por día. A 21 se asoció la apresolina 25 mg antes de cada comida y de la noche. Se aumentó a la semana a 50 mg en la mañana y noche y luego en las otras tomas. El máximo de dosis fue de 1000 mg aunque no se lograra respuesta favorable. A 39 pacientes se agregó hexametonio a la rauwolfia. Se indicó 125 mg 4 veces por día y se aumentó hasta lograr resultados. La presión post-tratamiento se obtuvo de las cifras medias logradas en por lo menos 8 mediciones después de 6 semanas de tomar las drogas citadas. La rauwolfia parece tener algún efecto inhibidor vagal central pudiendo bloquear los impulsos sensoriales que van al cerebro y obrar así sobre la hipertensión lábil. Hay bradicardia en los pacientes tratados aún sin descenso tensional, por un mecanismo desconocido pues no puede pensarse en acción vagal dada la ineficacia parcial de la atropina. Esta bradicardia resulta útil cuando se asocia la apresolina que es tanquicárdica. Tampoco

hay hipotensión postrural. La rauwolfia es eficaz para corregir los trastornos de psiquis de los hipertensos. Al asociarla a las otras drogas es efectiva no sólo en los hipertensos moderados sin complicaciones sino en los que tienen un curso evolutivo. Además, reduce las dosis necesarias del metonio en un 60 a 70 % y las cifras de la presión son más estables. Parece también estimular el peristaltismo intestinal, evitando los inconvenientes del metonio. Las dosis óptimas de los derivados de la rauwolfia serpentina son altas, alrededor de 8 a 12 mg por día (alseroxyton); o si se usa la reserpina, 2 mg por día y la rauwolfia, 500 mg por día. Si la hipertensión es moderada recomiendan la rauwolfia o los otros derivados y si a las 6 u 8 semanas no se logran resultados asocian la apresolino. Si no se obtiene éxito, y no hay síntomas, no usan metonio. Cuando se sospecha evolutividad usan el metonio. Si la enfermedad es rápidamente progresiva, inician con estas dos drogas simultáneamente. Si hay insuficiencia renal usan alseroxyton y apresolina pues comprometen menos el riñón. Si la hipertensión es maligna, usan la vía inyectable y al lograr resultados, pasan a la vía oral — *Manguel*.

ESTUDIOS SOBRE EL CONTROL DE LA HIPERTENSION POR HYPHEX.

V. EFECTOS SOBRE EL CURSO DEL ESTADO MALIGNO. H. A. Schroeder, J. D. Morrow, H. Mitchell Perry. *Circulation* 1954, 10, 321.

Se administró por vía oral dosis frecuentes de cloruro de hexametonio y 1-hydrazinophthalazine (combinación que el autor denomina Hyphex) a 106 pacientes en la fase maligna de la hipertensión arterial. De ellos, 28 interrumpieron el tratamiento después de diversos periodos de tiempo y 25 murieron como consecuencia de complicaciones hipertensivas. En 10 pacientes urémicos el curso no se modificó. De los 68 que continuaron el tratamiento, 14 murieron (3 como resultado de complicaciones hipertensivas). De los sobrevivientes, 16 se encontraban en la fase maligna inicial y 13 de ellas han tenido una recuperación funcional total, limitada en los tres restantes por hemiplegia parcial en dos y hemorragia intraocular en uno, accidentes ambos acaecidos antes del tratamiento; 18 se encontraban en la fase maligna severa y 17 recuperaron su capacidad total o casi total; 20 tenían insuficiencia renal y 16 tuvieron excelente recuperación funcional. Estas observaciones, realizadas entre 15 y 36 meses, demuestran que se puede controlar la hipertensión, aunque haya sobrevenido la fase maligna, en un porcentaje elevado de casos. Cuatro muertes fueron causadas directamente por fibrosis intersticial aguda pulmonar atribuida a la acción del hexametonio. — *Moia*.

EFECTOS DE UN AGENTE BLOQUEADOR ADRENERGICO (DIBENZYLI-NA) SOBRE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA INSUFICIENCIA ARTERIAL DE LAS EXTREMIDADES. L. Wertheimer, W. Redish, J. Murray Steele. *Circulation* 1954, 10, 366.

A 28 pacientes con diversas afecciones vasculares (enfermedad de Raynaud, tromboangeitis obliterante, arterioesclerosis obliterante con gangrena y sin gangrena y ulceraciones atribuidas a trastornos en la circulación venosa), se les

administró Dibenzilina por vía oral en dosis variables de 20 a 480 mg diarios, durante períodos oscilando entre 3 semanas y varios meses. El efecto sobre las lesiones necróticas y ulcerativas en las afecciones arteriales fué evidente y muy regular, siendo, en cambio, nulo en las ulceraciones de origen venoso y en la gangrena traumática, en ausencia de insuficiencia arterial. También en cuatro de ocho enfermos con arterioesclerosis obliterante sin ulceraciones, se observó mejoría de la claudicación intermitente. Se destaca que la mejoría sólo se produce después de la administración prolongada de la droga, en correlación con ciertos hallazgos fisiológicos que indican que el aumento del flujo sanguíneo muscular aparece sólo después de 12 o más semanas de empleada la medicación. La mejoría clínica producida por la droga se acompañó de aumento del flujo circulatorio a las extremidades como lo demuestra la pletismografía y la temperatura cutánea. — *Moia*.

ENSAYO CLINICO DEL ILIDAR, UNA NUEVA DROGA BLOQUEADORA ADRENERGICA (DIBENZAZEPINE) EN EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES VASCULARES PERIFERICAS Y MISCELANEA. H. D. Green, H. H. DuBose. *Circulation* 1954, 10, 374.

Se hicieron estudios administrando el Ilidar por vía endovenosa en cantidades de 1 miligramo por kilo de peso o por vía oral, utilizando tabletas de clorhidrato de Ilidar o de fosfato de Ilidar. En los sujetos sanos la inyección endovenosa de Ilidar se demostró eficaz para anular la vasoconstricción producida por el frío. En los enfermos, tanto la inyección endovenosa como la administración oral demostró ser muy eficaz en el tratamiento de los enfermos con desórdenes predominantemente vasoespásticos, así como con síndromes postflebitico y sólo moderadamente efectiva en los pacientes con tromboangeítis y arterioesclerosis. La mayor parte de los pacientes pudo tolerar de 50 a 75 mg tres o cuatro veces al día, por vía oral. Los efectos secundarios fueron principalmente los producidos por una moderada hipotensión postural asociada con un bloqueo simpático efectivo, es decir, debilidad, mareos y nauseas. No se observaron efectos acumulativos ni depresión de la médula ósea en los enfermos que tomaron la droga durante 3 a 15 meses. — *Moia*.

ARTERIOFLEBOGRAFIA Y AORTOGRAFIA EN SERIE EN LAS TROMBO-ARTERITIS DE LOS MIEMBROS. M. Mouquin; H. Resoul; P. Laubry y L. Vergez. *Arch. Mal. du Coeur*. 1954, 47, 705.

Actualmente, la opacificación total de la red arterial de un miembro afectado de trombosis, parece de una inocuidad aleatoria cualquiera sea la técnica y los productos de contraste utilizados, si la inyección no es practicada con un pequeño volumen de solución órgano-iodada muy opaca y controlando la elevación de presión durante la inyección; y de un interés muy relativo si no es practicada con una serie de placas en extensión y número suficientes para medir la velocidad de opacificación en cada segmento de la red a explorar. Este método les ha permitido llevar bastante lejos el estudio de las distonías vasculares y esbozar el de las fleboarterias, para mejor conocer su influencia esencial

sobre el débito sanguíneo y las lesiones tisulares resultantes de las excitaciones vasomotrices más diversas. Las hipótesis deducidas han servido para limitar el número de intervenciones quirúrgicas habitualmente opuestas a las arteritis trombo-obliterantes y también de apreciar mejor algunos de sus tratamientos: sea por agentes médicos con miras a la etiología, sea por agentes físicos, sea por inyecciones intraarteriales de aminas o amidas procaínicas asociadas al nicotinato de sodio. Es sólo en caso de fracaso que han recurrido a la endarteriectomía desobliterante si la pared arterial no ha sido necrosada en todo el espesor de un segmento, lo que impone el injerto.

Indicaciones: I) No es indispensable conocer la localización, extensión y número de las alteraciones y lesiones parietales ni la velocidad de opacificación para seleccionar el tratamiento médico o fisioterápico de una arteritis. II) En caso de fracaso, la ateriografía es habitualmente indispensable para elegir entre una amputación y una intervención conservadora, endarteriectomía desobliterante o injerto. III) En lugar de ser peligroso en las gangrenas arteríticas tiene, por el contrario una acción terapéutica apreciable en 80 % de los casos. IV) Las únicas contraindicaciones a esta exploración son las deficiencias cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales y seniles, bastantes severas para imponer, como último recurso, la amputación más simple y más rápida — *Cechi*.

OBSERVACIONES PROLONGADAS SOBRE EL ESTADO CARDIOVASCULAR EN LA HIPERLIPEMIA ESENCIAL CON REFERENCIA ESPECIAL A LA RESPUESTA A LA HEPARINA DE LOS LÍPIDOS DEL SUERO.

A. Soffer, M. Murray. *Circulation* 1954, 10, 255.

Los estudios se realizaron en 7 pacientes con hiperlipemia esencial cuya edad promedio fué de 46 años observándolos durante un período de dos años y medio. Cuatro de estos pacientes manifestaron evidencias objetivas y subjetivas de aterosclerosis prematura. Repetidas determinaciones de los lípidos del suero en estos pacientes y en controles normales después de dietas específicas o restricciones calóricas totales, revelaron un cuadro hemático relativamente estático si se lo aprecia en años en lugar de meses. La inyección endovenosa de heparina produjo descensos dramáticos aunque transitorios de los lípidos totales, debido a su acción predominante sobre las grasas neutras, mientras que el colesterol y los fosfolípidos sólo mostraron cambios mínimos. Como estos efectos de la heparina se pudieron demostrar repetidamente, el uso prolongado de la misma como agente terapéutico fué estudiado pero no se pudieron demostrar efectos beneficiosos ciertos atribuibles a la misma. La heparina no produjo tampoco efectos consistentes sobre las relaciones entre colesterol y fosfolípidos, colesterol libre y fosfolípidos o ésteres del colesterol y colesterol. La propiedad de dispersión de la heparina puede producir los cambios en los valores del ultracentrifugado y quilomicrones, pero no hay explicación para la disminución absoluta de las grasas neutras. — *Moia*.

ESTABILIDAD DE LAS LIPOPROTEINAS SERICAS EN LA ATEROESCLEROSIS. L. Horplick. *Circulation* 1954, 10, 30.

Una potente lecitinasa, la toxina alpha de *Cl. welchii*, libera los lípidos de su unión con la proteína causando intensa turbidez del suero y atacando probablemente las clases de lipoproteínas menos estables. En 50 individuos con coronariopatía, la turbidez ocurrió más precozmente (menos de 4.5 horas) en el 72 por ciento mientras que el mismo fenómeno se vió solo en el 22 por ciento de un grupo control de sujetos normales de la misma edad y en el 21 por ciento de un grupo de individuos jóvenes normales. El grado de turbidez final que se correlaciona moderadamente bien con los lípidos séricos medidos cuantitativamente fué más alto en el grupo coronario (promedio 67.55) que en el grupo de sujetos controles de edad más avanzada (promedio 60.99) y en los controles más jóvenes (promedio 50.23). La aparición precoz de la turbidez y los valores finales altos de turbidez se encontraron presentes simultáneamente en el 64 por ciento de los coronarios, 14 por ciento de los controles de edad más avanzada y 6 por ciento de los más jóvenes. Estos criterios permiten la separación de los individuos con aterosclerosis coronaria de la población control. — *Moia.*

OBSERVACIONES REFERENTES A LA PRODUCCION Y EXCRECION DEL COLESTEROL EN LOS MAMIFEROS. XIV. LA RELACION DE LAS CELULAS RETICULOENDOTELIALES HEPATICAS (CELULAS DE KUPFFER) CON RESPECTO A LA PRODUCCION ENDOGENA DE COLESTEROL. M. Friedman, S. O. Byers. *Circulation* 1954, 10, 491.

Se hicieron investigaciones en ratas a las cuales se inyectó endovenosamente tinta china aisladamente o con Triton WR 1339, estudiándose los resultados en ratas normales y otras a las cuales se hicieron inyecciones parenterales de colesterol de origen endógeno o de origen mixto endógeno y exógeno. Los autores deducen que el sistema hepático retículoendotelial de la rata parece desempeñar un papel importante en la disposición del colesterol derivado de la dieta, pero aparentemente no interviene ni en la síntesis ni en la disposición del colesterol de origen endógeno, debiéndose este hecho probablemente a las diferencias en el estado físico-químico del colesterol derivado de la dieta. — *Moia.*