

ANALISIS DE REVISTAS

SEMIOLOGIA

CALIBRACION CLINICA EN FONOCARDIOGRAFIA, A. Luisada, y G. Gamma, Amer. Heart, J., 1954. 48, 826.

Se describe un aparato que produce una vibración sonora de amplitud y frecuencia conocidas que se aplica sobre la pared torácica, transmitiéndose al micrófono. De esta manera se puede correlacionar la amplitud y frecuencia de los distintos ruidos cardíacos aplicando el aparato en los distintos focos de auscultación. Sin embargo, se debe ser muy cauteloso en la apreciación de los resultados obtenidos pues pueden intervenir muchos factores que dificultan una apreciación real de los hechos. — *Moia*.

REGISTROS "SONVELOGRAFICOS" DE SOPLOS DURANTE LA MIOCARDITIS AGUDA, R. Rushmer, R. Tidwell y R. Ellis, Am. Heart J. 1954, 48, 835.

Mediante la aplicación de un circuito filtrador de aproximadamente 0.03 seg. de constante de tiempo, se impide que el galvanómetro que registra los ruidos cardíacos vuelva a la línea de base entre las desviaciones, produciéndose así un dibujo esquemático del sonido. A ello denominan los autores sonvelografía, obteniéndose así configuraciones simples que indican cambios en la intensidad de los ruidos cardíacos y la presencia de soplos. La mayoría de los pacientes con miocarditis aguda, desarrolla una desviación al iniciarse la diástole, que representa vibraciones audibles o no. En algunos casos estas desviaciones representan un tercer ruido cardíaco, en otros traducen soplos diastólicos iniciales. Los autores presentan configuraciones típicas en casos con signos clínicos de fiebre reumática aguda; sin embargo, cambios similares pueden observarse en pacientes sin manifestaciones claramente definidas de fiebre reumática aguda; en tales casos se puede considerar la posibilidad de existencia de miocarditis aguda no específica o de fiebre reumática atípica. — *Moia*.

BALISTOCARDIOGRAFIA TORACICA, John Edson, G. H. Flamm, R. Dickes, M. Tobin y L. Loeb, Am. Heart J. 1954, 48, 897.

Se registraron balistocardiogramas en la región interescapular y esternal. Los trazados de balistocardiografía longitudinal interescapular muestran fenómenos de mayor frecuencia relacionados con el cierre de las válvulas cardíacas, y el retroceso de sangre en la aorta y en la arteria pulmonar. Los trazados esternales longitudinales muestran una configuración que parece seguir la actividad cardíaca más estrechamente de lo que lo hacen los balistocardiogramas standard. Estos últimos trazados registrados en pacientes con afecciones cardíacas

cas, muestran una configuración fácilmente distinguible, aunque el balistocardiograma standard sea irreconocible. — *Moia*.

ELECTROCARDIOGRAFIA

LA ONDA P DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CARDIACA, P. Thomas y D. Dejong. *Brit Heart J.* 1954, 16, 241.

Los autores estudian en 345 casos, normales y patológicos, las medidas y características de la onda P del E.C.G. en las derivaciones clásicas y precordiales, con el deseo de una mejor comprensión del modo de activación auricular derecha e izquierda de su posible aplicación en clínica. Utilizan, en lugar de las derivaciones precordiales V, las CR, pues en éstas, las ondas P son de mayor magnitud y en un mayor porcentaje bífidas y positivas. Concluyen que una anomalía auricular aislada o combinada puede ser diagnosticada por el electrocardiograma. La anomalía auricular derecha está presente cuando la onda P en CR₁ es alta (más de 2,5 mm) y es bifásica, puntiaguda o bífida con el primer pico más elevado. La anomalía auricular izquierda está presente cuando una onda P bífida y alta (más de 3 mm), con un segundo pico más elevado aparece en CR₄; a CR₇; o sin un intervalo mayor de 0.04 de segundo aparece entre los picos de una onda bífida, sin tener en cuenta el voltaje y en qué derivación aparezca. El diagnóstico de anomalía auricular combinada se hará cuando se sumen, en un trazado, las anomalías anteriores. — *R. A. Posse*.

ONDAS R SECUNDARIAS EN LAS DERIVACIONES PRECORDIALES DERECHAS, F. Camerini y L. G. Davies. *Brit. Heart J.* 1955, 17, 28.

Como se ha sugerido que la derivación precordial V_{4R} registraría con más certeza los potenciales del ventrículo derecho, que las derivaciones precordiales derechas, los autores la han registrado en forma rutinaria en los últimos tiempos, encontrando dificultad en su interpretación a causa de la frecuencia con que se ven ondas R secundarias (complejos RSR' o RSR'S'), tanto en trazados normales como anormales. En el deseo de aclarar su significado, los autores realizaron un estudio en 50 casos normales tomando, además de las derivaciones comunes, V_{3R}, V_{4R} y V_{5R}. Encuentran que en alrededor de la mitad de los casos (52%), la derivación V_{4R}, presenta una R tardía (RSR' o RSR'S'), siendo siempre la onda S mayor que la onda R; en los restantes, el complejo era rS. La frecuencia de ondas R secundarias fué mucho más alta, si se consideran las otras derivaciones adicionales, llegando al 84%. La duración del complejo variaba entre los 0.05 y 0.09 de segundo y el de la deflexión intrínseca de 0.02 a 0.07 de segundo.

Concluyen dudando que la aparición de una R secundaria en complejos de 0.08 de segundo o menos, sea una manifestación de bloqueo, o retardo de conducción en la rama derecha, o como lo sugiere Segers, de bloqueo periférico o parietal, ya difuso o local, pensando más bien que dicha onda sea la mani-

festación de la actividad normal tardía de una parte del ventrículo derecho, sea del cono de la arteria pulmonar (como lo han sugerido varios autores), o bien de la crista supraventricularis del ventrículo derecho (como lo ha señalado Kossmann). — *Posse*.

VECTOCARDIOGRAMAS DE LATIDOS NORMALES Y PREMATUROS REGISTRADOS CON DIFERENTES SISTEMAS DE DERIVACION, W. Den Boer, H. C. Burger y J. B. Van Milaan. "Brit. Heart J.", 1955, 17, 1.

En el deseo de determinar el origen de la falta de semejanza de los bucles vectocardiográficos registrados con diversos sistemas de derivación, los autores realizan un estudio en 16 sujetos, usando tres sistemas de derivación distintos y registrando en cada uno, complejos normales y extrasistólicos. En el caso ideal, los bucles determinados por la actividad normal debieran ser idénticos entre sí, al igual que los de la actividad ectópica. Sin embargo, analizando las curvas los autores encuentran que en la realidad esto no ocurre, pues la buena correspondencia de los latidos normales, no concuerda con la discordancia de los latidos extrasistólicos; siendo en otros casos, lo inverso. Estos hallazgos expresarían, que la causa de la disimilitud de los vectocardiogramas registrados con diferentes sistemas de derivación, no puede ser atribuída a una causa extraña al corazón, pues aquélla no debería cambiar cuando ocurre una extrasístole. Piensan más bien, que sería debido a factores locales, tal vez a una desigual distribución del tejido adiposo alrededor del corazón. — *Posse*.

INSCRIPCION MECANICA DEL VECTOCARDIOGRAMA, A. Calhoun Witham y W. Hamilton. "Circulation", 1954, 9, 276.

Se describe un instrumento sencillo, mediante el cual se pueden transformar en bucles vectoriales, derivaciones escalares registradas simultáneamente, utilizando cualquier sistema de derivación vectorial. Se demuestra que los bucles así derivados guardan una estrecha relación, en sus características más importantes, con los registrados electrónicamente. — *Moia*.

VALVULARES

USO DE LA PLANIGRAFIA EN LA DEMOSTRACION DE CALCIFICACION DE LAS VALVULAS CARDIACAS Y SU SIGNIFICADO, L. A. Soloff, J. Zatuchni y H. Fisher. "Arch. of. Int. Med.", 1955, 95, 219.

Se efectuaron tales estudios en 31 casos, revelando calcificación de la mitral únicamente en 9, de la mitral y aurícula izquierda en 3; de la mitral y aorta en 9, y de la aorta sola en 5. Estos hallazgos fueron logrados muchas veces en pacientes en los que otros métodos fracasaron en la búsqueda de calcificaciones. Estas calcificaciones se hallaron en pacientes con cardiomegalia o con soplos de origen indeterminado. La calcificación mitral habitualmente produce enfermedad mitral. Además aumenta el riesgo de intensificar la incompetencia de dicha válvula después de la comisurotomía. — *Manguel*.

ANÁLISIS DE REVISTAS

ESTENOSIS AORTICA. MANIFESTACIONES CLINICAS Y CURSO DE LA ENFERMEDAD. REVISTA DE CIEN CASOS COMPROBADOS, J. Bergeson, W. H. Abermann, H. Vásquez-Milan y L. B. Ellis "Arch. of Int. Med.", 1954, 94, 911.

Los a. a. estudiaron 100 casos de estenosis aórtica con la intención de determinar si el grado de la estrechez y su evolución podían deducirse de los síntomas y signos. Se estudiaron sólo casos de lesiones puras, sin incompetencia aórtica ni otras valvulopatías asociadas. Pese a esto, algunos casos tenían engrosamiento de las valvas o cuerdas tendinosas de la mitral y posiblemente existió una leve incompetencia de dicha válvula. En 49, la estenosis fué marcada, en 32 moderada y en 19, leve. En los hombres la frecuencia fué 3 veces mayor que en las mujeres. El término medio de edad de sobrevivida fué de 68.9 años. En 56 hubo evidencias clínicas o anátomopatológicas del origen reumático. Se halló 5 veces, la endocarditis bacteriana, pero sólo en uno pudo atribuirse a la misma la lesión valvular. Los síntomas no mostraron correlación con el grado de estenosis. El dolor de tipo anginoso se halló en el 32 %, pero en muchos casos se encontraron lesiones de esclerosis coronaria, que pueden faltar y ser la lesión valvular la causal de la angina. En 19 casos, de los cuales 10 tenían una estenosis valvular marcada con lesión coronaria, se hallaron infartos de miocardio antiguos. El soplo sistólico aórtico puede ser intenso y en relación con el grado de estenosis. El "thrill" se halló en el 45 % y, especialmente, con estenosis acentuadas. De 43 casos con un soplo en la base, en 29 se oyó otro en la punta. En 12 casos se oyó además un soplo diastólico aórtico sin evidencias en la autopsia. En 11 no se oyó ningún soplo pese a que en 3, la estenosis era marcada y sólo 2 estaban en insuficiencia cardíaca. En el 23 % no se oía el 2º ruido y en el 30 % era menos intenso que en la pulmonar. En el 30 % era de igual intensidad en ambos focos. Al parecer existía una relación inversa con el grado de estenosis. Recuerdan que el 2º ruido en el 2º espacio derecho puede deberse al cierre de la pulmonar y de allí el consejo de auscultar en el 1er. espacio derecho. En 31 casos había hipertensión. La hipotensión diastólica no excluye la estenosis severa. Parece pues que la presión arterial tiene poco valor en el diagnóstico y grado de estenosis aórtica, pero una diferencial pequeña abona en favor de lesión severa. Agrandamiento cardíaco ocurrió en el 64 % y el peso del corazón fué, término medio, de 534 grs. Manifestaciones cerebrales se vieron en 23 casos y en la necropsia, en 13 hubo lesiones de las cuales 8 fueron de trombosis, embolismo y/o infarto. En todos los pacientes con síncope no hubo lesiones cerebrales. Electrocardiográficamente hubo hipertrofia del V izquierdo en el 38 %, alteraciones de la T en el 38 %, bloqueo de rama en el 33 % y fibrilación auricular en el 30 %. En el 52 % de los que tenían f. a. hubo alteraciones de la mitral.

El diagnóstico previo a la muerte fué efectuado en el 50 %.

La sobrevivida fué igual con cualquier grado de estenosis aórtica. Cuando el paciente presentó dolor cardíaco, síncope, f. auricular, o insuficiencia cardíaca, el término medio de sobrevivida fué de 2 años en la mitad de los casos y de 5 años en menos de un cuarto.

ANÁLISIS DE REVISTAS

La capacidad para el trabajo estuvo en relación con el grado de estenosis y con la edad del paciente. Cuando la enfermedad se exterioriza sintomatológicamente el pronóstico se agrava. En 24 casos se produjo la muerte súbita y al parecer sin relación con el grado de estenosis. En 80 casos la muerte se atribuyó a la lesión valvular, en 7 a embolia de pulmón y en 6 a endocarditis bacteriana. — *Manguel*.

RADIOLOGIA DE LOS PULMONES EN LA ESTENOSIS MITRAL SEVERA,
D. S. Short. "Brit. Heart J.", 1955, 17, 33.

Se hace un estudio de la configuración radiológica de los pulmones en 33 pacientes con estenosis mitral reumática, en quienes el diámetro valvular máximo, fué de un centímetro o menos, comprobado en el acto quirúrgico o en autopsia. Doce de ellos habían sufrido de insuficiencia cardíaca derecha. La arquitectura pulmonar fué anormal en todos los pacientes, aunque su grado variaba ampliamente, siendo ligera en algunos y considerable en otros. El aumento de la opacidad hilar estuvo presente en treinta casos y la pérdida de la transparencia normal de los campos pulmonares en 24. El compromiso pleural, fué evidente en 15 casos, en dos de los cuales, había un derrame derecho. El dibujo vascular fué anormal en treinta pacientes. Muy comúnmente las arterias intrapulmonares eran obscurecidas por una profusión de vasos de pequeño calibre, pero ocasionalmente estas arterias eran bien claras y severamente estrechadas. La falta de translucidez pulmonar se asoció frecuentemente (25 casos) con la aparición de ciertas sombras lineales cortas (entre 0.5 y 1.5 mm de longitud), sobre las cuales llamó anteriormente la atención Kerley (1951) y que también se encuentran en la silicosis, linfocarcinomatosis e hipertensión. Se distinguen de otras sombras similares por las siguientes características: ancho constante (de 0.3 a 1 mm) o ligeramente fusiformes, bordes netos, bien definidos, localización en el ángulo costo-diafragmático preferentemente y de dirección perpendicular a la superficie pleural. El autor las denomina líneas septales, pues serían la expresión de la tumefacción del tejido areolar interlobular o, según otros, del agrandamiento de las estructuras linfáticas y venosas que atraviesan dicho tejido septal. Las considera como un elemento característico del cuadro radiológico, aunque no patognomónico. Concluye diciendo que una configuración pulmonar normal, es incompatible con el diagnóstico de estenosis mitral severa. — *Posse*.

CONGENITAS

EL CUADRO CLINICO DE LA ESTENOSIS PULMONAR (SIN DEFECTO VENTRICULAR SEPTAL), E. Grey Dimond y T. K. Lin. "Ann. Int. Med.", 1954, 40, 1108.

Admiten que debe sospecharse tal diagnóstico cuando exista un soplo rudo, en 2º, 3º y aún 4º espacios con un 2º ruido variable y con un E.C.G. que puede ir desde lo normal hasta la hipertrofia ventricular derecha. Radiológicamente puede hallarse un corazón normal o con un tronco en la pulmonar saliente

y con pulmones claros. Consideran de valor el encontrar el tronco de la arteria pulmonar con amplios latidos, en contraste con la poca o nula pulsabilidad de sus ramas. El cateterismo es valioso. La presencia de un soplo sistólico grado II o III, cerca del foco pulmonar y la diferencia de gradiente de presión entre la arteria pulmonar y el ventrículo derecho de 10 mm o más, permiten el diagnóstico de la estenosis pulmonar. La angiocardigrafía no tiene tanta importancia.

Las indicaciones quirúrgicas son: 1) síntomas de insuficiencia vent. derecha; 2) disminución de la saturación de O₂ (indicando así un shunt interauricular de derecha a izquierda); 3) QRS ancho y con P ancha; 4) presión sistólica vent. derecha de más de 60 mm. Después de la valvulotomía, la mejoría puede ser grande pese a la persistente hipertensión en ventrículo derecho. — *Manguel*.

CORTO-CIRCUITO INTRACARDIACO DE IZQUIERDA A DERECHA CON ESTENOSIS PULMONAR, A. M. Rudolph A. S. Nadas y W. T. Goodale. "American Heart J.", 1954, 48, 808.

Se estudiaron 10 enfermos (7 mujeres y 3 hombres); de ellos 6 tenían corto-circuito de izquierda a derecha a nivel auricular, 3 a nivel ventricular y un niño tenía un ostium aurículo-ventricular común comprobado en la autopsia. En uno de los pacientes muerto a raíz de la tentativa de corrección quirúrgica del tabique interauricular, se observó que la estenosis pulmonar era relativa, a causa de la gran hipertrofia y dilatación del ventrículo derecho con conservación del diámetro del anillo pulmonar. Se sugiere que, en ciertos enfermos de este tipo, la estenosis pulmonar, diagnosticada mediante el cateterismo, puede no traducir una estrechez real del orificio o de las válvulas pulmonares. — *Moia*.

DRENAJE VENOSO PULMONAR COMPLETO A TRAVES DE VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE, W. Whitaker. "Brit. Heart J.", 1954, 16, 177.

Relata los hallazgos clínicos, radiológicos, electrocardiográficos, angiocardiógráficos y hemodinámicos en 6 casos de conexión anómala de venas pulmonares. Pone particular énfasis en el estudio radiológico, el cual cree puede hacer el diagnóstico al encontrar la sombra cardiovascular en "cottage loaf". Esta sombra, tan característica, está formada en la parte superior por una masa ovoidea resultante del agrandamiento de la cava superior a la derecha y de la cava superior izquierda persistente a la izquierda. La parte inferior del "cottage loaf" está dada por el corazón agrandado, sobre todo a expensas de las cavidades derechas. Las primeras placas de angio muestran la vena cava superior, la innominada izquierda y la aurícula derecha muy agrandadas y, en algunos de los casos, se visualizó la embocadura anómala de las venas pulmonares en la cava superior izquierda. En placas subsiguientes se ve el lleno simultáneo de las cavidades derechas e izquierdas, éstas a través del defecto septal auricular. El cateterismo demostró aumento discreto de presiones en ventrículo derecho y

circuito pulmonar, siendo la saturación de O₂ prácticamente igual en el corazón derecho y en la arteria femoral. El pasaje del catéter a través de las venas pulmonares anómalas y de la comunicación interauricular constituye, cuando se produce, una considerable ayuda diagnóstica. — *Otero*.

HIPERTENSION PULMONAR CON MARCADO AUMENTO DE LA RESISTENCIA PULMONAR. SINDROME DE OBSTRUCCION PULMONAR VASCULAR, J. G. Cutler, A. S. Nadas, W. T. Goodale, R. S. Hickler y A. M. Rudolph. "Am. J. Med.", 1954, 17, 485.

Un cuadro clínico que aparecería predominantemente en mujeres y caracterizado por cianosis e hipocratismo marcado y precoz, intolerancia al ejercicio sin insuficiencia cardíaca, episodios sincopales, dolor precordial con evidencias electrocardiográficas de hipertrofia ventricular derecha y signos radiológicos de agrandamiento del ventrículo derecho y tronco de arteria pulmonar, sin signos de plétora y aun disminución de la circulación pulmonar periférica, es clasificado en un grupo aparte, cualquiera sea su causa, denominándolo síndrome de obstrucción pulmonar. Los datos recogidos en los cateterismos practicados en 5 pacientes muestran la existencia de cortocircuito bidireccional o de derecha a izquierda en todos ellos, además del marcado aumento de la resistencia arteriolar con volumen minuto pulmonar normal o disminuido y en uno de los casos autopsiados se halló un defecto aortoseptal. (El comentarista piensa que este cuadro clínico originado por la hipertensión pulmonar precapilar se puede presentar en una serie de afecciones que van de la hipertensión pulmonar primitiva hasta la estenosis mitral con cor pulmonale, pasando por una serie de cardiopatías, congénitas (ductus atípico, Eisenmenger, etc.), así como también en el enfisema, con matices propios en cada uno de ellas, y con evolución e implicaciones terapéuticas diferentes, por lo que considera discutible la utilidad de aislar este síndrome que reuniría un grupo tan heterogéneo de afecciones.) — *Otero*.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

MANIFESTACIONES CLINICAS DE POLIANGEITES ESENCIAL (Periarteritis nodosa) CON ENFASIS SOBRE LAS MANIFESTACIONES HEPATICAS, F. H. Mowrey y E. A. Lundberg. "Ann. Int. Med.", 1954, 40, 1145.

Revistan las manifestaciones clínicas de 430 casos, referidos en la literatura inglesa desde 1941 y 230 más recogidos en las Fuerzas Armadas; 26 casos se iniciaron con un cuadro hepático que pueden obedecer a 1) aneurisma roto; 2) infarto de hígado; 3) hepatitis intersticial y 4) cirrosis hepática. Los síntomas son dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre y leucocitosis. — *Manguel*.

FACTORES PRICIPITANTES DE LAS TROMBOSIS VENOSA, J. C. Patterson y J. Melachlin. "Surg. Gynecol. and Obstetrics", 1954, 98, 96.

Se estudiaron 165 casos de trombosis con disección total de las venas de los

miembros inferiores. En 21 casos del total, los trombos eran incipientes y el estudio anátomo-patológico demostró la indemnidad de la pared.

Comparaciones de los niveles antemortem del fibrinógeno, fibrinógeno B, antitrombina, alfatocoferol, fibrinolisisina y de los recuentos de plaquetas vinculadas a la presencia o ausencia de trombos en los estudios anátomo-patológicos, permitieron descartar que tuvieran alguna importancia en la génesis de la trombosis. Descartadas la lesión de la pared y las anomalías de la sangre, los autores recalcan la importancia del factor éxtasis, insistiendo que los trombos incipientes siempre comenzaron en los lugares donde había más estancamiento, p. ej. en el vértice de los saquitos valvulares venosos. — *Luchina*.

EVALUACION Y CRITICA DEL PROBLEMA DEL TROMBOEMBOLISMO,

M. E. de Bakey. "Surg. Gynec. and Obstetrics", 1954, 98, 1.

Cuidadoso estudio con 447 referencias bibliográficas. *Frecuencia*: Matas sobre 955.000 operaciones de cirugía general lo observa en 2.101 casos o sea en el 0.25 %. Las diferentes estadísticas sobre datos postoperatorios y necroscópicos dan resultados sumamente variables, siendo de destacar, p. ej., que Hams y Hooker sobre 5.147 operaciones en 1930 no observaron ningún caso de embolia pulmonar fatal mientras que en 1943, en el mismo hospital, en la era de los anticoagulantes y las ligaduras venosas hubo 8 embolias pulmonares fatales sobre 6.175 operaciones.

Es impresión general del autor, comparando grandes estadísticas en diferentes períodos de tiempo, que la historia natural de la enfermedad muestra una irregular periodicidad cuyas altas o bajas no guardan ninguna relación, hasta el momento, con las medidas profilácticas o terapéuticas usadas.

Cuadros clínicos: Reconoce el autor la tromboflebitis, la flebotrombosis, la flegmasia cerúlea dolens o flebitis azul, la tromboflebitis migrans o tromboflebitis recurrente idiopática, la trombosis axilar primaria o trombosis de esfuerzo o síndrome de Pajet-Schroetter, la tromboflebitis pélvica supurada y una forma especial descrita por Hutinel en los niños. La tromboflebitis y la flebotrombosis se diferencian especialmente por la intensidad de los signos inflamatorios y su predominio sobre el fenómeno trombótico y por la mayor frecuencia de embolias del segundo. La flegmasia cerúlea dolens es un cuadro dramático con intenso dolor, edema, cianosis y deficiencia arterial, de comienzo brusco, de evolución rapidísima en horas, con muerte en shock, o en días, con muerte por gangrena. La rapidez y severidad del cuadro sugiere que la trombosis intravascular tiene la brusquedad de una reacción físico-química.

La tromboflebitis migratiz a veces prodromo de una trombrongeítis, puede tomar cualquier territorio, no tiene causa definida y sigue la evolución y curso general del cuadro tromboflebitico, a veces con predominio de la trombosis y a veces con predominio de la flebitis.

El síndrome de Pajet-Schroetter está caracterizado por un comienzo más o menos brusco con edema y cianosis del brazo predominantemente del lado derecho. Es, en general, de evolución benigna. La tromboflebitis pélvica supu-

rada reconoce, como punto de partida, una infección pélvica con propagación venosa e infección, fragmentación y embolias de los trombos.

Las trombosis estudiadas por Hutinel en el niño son predominantemente viscerales y están asociadas con factores precipitantes severos como la desnutrición, la deshidratación, etc.

Patogenia: Nada fundamental se ha podido agregar al esquema de Virchow de que la trombosis depende de 3 grupos de factores: 1) cambios inflamatorios o degenerativos de la pared vascular, 2) cambios físico-químicos en la composición de la sangre y 3) disminución local o general de la velocidad circulatoria.

No existe predominio de la trombosis como problema en los casos quirúrgicos ya que sobre 1000 admisiones en servicios médicos existió un 2.88 % de trombosis y sobre 1000 admisiones en servicios quirúrgicos su frecuencia fué de 2,95 %.

Excepciones a esta afirmación se ven en los servicios de ginecología donde existe el 11 % de embolias pulmonares mortales contra un 2.5 % de la embolia pulmonar como causa general de muerte. Esto se debe a la alta frecuencia del aborto criminal. En la tuberculosis, que es causa de 11 % de las muertes sólo existe un 1.5 % de embolias pulmonares fatales, a pesar de que en la tuberculosis se dan en alto grado los factores etiopatogénicos de trombosis. La edad de aparición de la trombosis no revela diferencias entre los grupos jóvenes y los más viejos, aunque la mortalidad es mayor en los viejos que en los jóvenes, lo que por otra parte sucede en todas las enfermedades.

El decúbito prolongado no sería causa de una mayor predisposición a la trombosis y sobre 1000 admisiones en servicios quirúrgicos su frecuencia fué dispense en las primeras semanas, pasadas las cuales no existe mayor peligro.

Profilaxis y terapéutica: No parece de ninguna manera que la deambulación precoz del operado disminuya la frecuencia de fenómenos tromboembólicos. Tampoco está demostrado, y es más, las últimas estadísticas le son muy desfavorables, que la ligadura venosa sea un procedimiento eficaz desde el punto de vista profiláctico o curativo.

En cuanto a los anticoagulantes, dejando de lado la afección de la droga, la vía, la técnica de administración y las dificultades del control, el problema puede enfocarse desde el punto de vista experimental y desde el puramente clínico. Experimentalmente es necesario un porcentaje de 3 ó menos % para reducir la trombosis experimental en el perro y esos niveles son casi siempre hemorragiparos.

Clínicamente, aparte de las dificultades prácticas y económicas y de las complicaciones, analizando grandes estadísticas y haciendo resultados comparativos con los resultados obtenidos con otras medidas profilácticas y simplemente en estadísticas generales, no se observan resultados muy significativos. "Estas experiencias sugieren que los peligros asociados a este método de profilaxis igualan los riesgos de la enfermedad. Se podría esperar entonces que si las posibilidades de muerte de esta enfermedad y de su método de profilaxis son iguales, la primera es más aceptable porque usualmente es más rápida y ciertamente más barata".

A todas estas dificultades (quizás las responsables de las diferencias estadísticas) están las dificultades diagnósticas ya que en muchas oportunidades, situaciones muy dudosas se dan como trombosis y se instituye terapia anticoagulante que por supuesto, las cura cuando, en realidad, la enfermedad no existía. — *Luchina*.

TERAPEUTICA

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA CAUSADA POR EL ENTEROCOCO. — Presentación de un caso y estudios "in vitro" que muestran un efecto potenciado de eritromicina, aureomicina y estreptomina sobre ciertas siembras de enterococos. B. A. Waisbren. "Arch. Int. Med.", 1954, 94, 846.

Esa combinación resultó exitosa para tratar un caso de E. B. producida por enterococo. "In vitro" como "in vivo" el resultado mostró un efecto potenciado, tanto bacteriostático como bactericida. Esa combinación fué más bacteriostática que la penicilina con estreptomina sobre 5 cultivos de enterococos y más bactericida sobre 3 de esos 5. Cree el autor que debe recomendarse esa asociación cuando la penicilina más estreptomina fracasen. — *Manguel*.

ENDOCARDITIS CAUSADA POR MICROCOCCO TETRAGENES, J. E. Hansen, G. Miller y B. E. Pollock. Ann. Int. Med. 1954, 40, 1207.

Consideran que este germen está relacionado con el estafilococo aunque primitivamente se lo consideraba como un saprófito de las vías respiratorias. Hay referidos 12 casos de endocarditis por este germen y los autores agregan uno más con exitus letalis pese a todos los antibióticos usados. — *Manguel*.

¿CUAN SEGURA ES LA TERAPIA CON RESINAS DE INTERCAMBIO CATIONICO CUANDO SON USADAS EN LA PRACTICA PRIVADA? — Estudios paralelos clínicos y de laboratorio. Ch. W. Smith, K. E. Quickel, A. E. Brown y Ch. G. Thomas "Ann. Int. Med." 1954, 40, 1169.

Se realizó el intento de dar ese tratamiento a enfermos ambulatorios y sin intentar controles del balance electrolítico. Para ello uno de los a.a. efectuó las pruebas de laboratorio sin ponerlas en conocimiento de los otros tres. Se trataron 50 pacientes con 15 grs. de resinas, tres veces diarias. Sólo en 3 hubo hipopotasemias, no viéndose cuadros de acidosis ni hiponatremia. Concluyen admitiendo que esa terapia es factible sin contralor de laboratorio, siendo valiosa para eliminar edemas y reduciendo las necesidades de los diuréticos mercuriales. También resultó de valor en hipertensos edematosos, pues se redujeron las cifras tensionales en 20 de 33 casos. La hipokalemia puede diagnosticarse clínicamente y es fácil de tratar. — *Manguel*.

QUINACRINA (Atebrina) EN EL TRATAMIENTO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y DISCOIDE. E. L. Dubois. Arch. Med. 1954, 94, 131

Se trataron 22 pacientes, 20 con el tipo sistémico y 2 discoide. In vitro la atebrina inhibió el fenómeno L. E. en concentración de 20 mgrs. % ó más, sin destruir los leucocitos.

En general, los resultados son mejores cuanto menos activa es la enfermedad. No hay correlación entre el tinte amarillo y los efectos de la medicación. Son signos tóxicos de la droga: los vómitos y náuseas o gastro-enteritis, que desaparecen al disminuir las dosis; si aparece dermatitis y psicosis se debe suspender. La droga se acumula y su pico máximo llega a las 4-6 semanas, pero luego se estabiliza; por eso la toxicidad puede ser tardía y mantenerse aún después de suspendida la medicación.

Se ha llegado a dar 2000 mg. por día durante 60 días sin molestias. Conviene iniciar con 300 mg por día la primera semana y aumentar hasta obtener éxito sin toxicidad. Se dió cloroquina (Aratén) en casos que no toleraban la Atebrina, 2 mg por día. La quinidina en dosis de 2.80 g. por día no dió resultado. — *Manguel.*