

## ANALISIS DE REVISTAS

### ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*FACTORES PRONOSTICOS EN EL INFARTO DE MIOCARDIO.* — G. Sepúlveda, R. Valdivieso, D. San-Cristobla y Sr. C. Stevenson. "Rev. Méd. Chile", 1953, 81, 455.

Se analizan algunos factores clínicos y electrocardiográficos que pueden tener alguna influencia en el pronóstico inmediato o tardío del infarto de miocardio en 100 enfermos de clientela privada.

Se comprueba la mayor frecuencia de esta afección en el hombre y su mejor pronóstico en la mujer, como lo demuestra el hecho que la letalidad acumulada al cabo de dos años sea significativamente menor en ella que en el hombre. El hallazgo de hipertensión es un hecho constante en las mujeres que tienen infartos antes de los 60 años, y la ausencia de antecedentes cardiovasculares sólo se encuentra en un porcentaje pequeño (15%) pasada esa edad. Existió una diferencia estadística significativa en el sentido de una mayor gravedad inmediata para el infarto de la pared anterior en relación al posterior, pero esta diferencia no se mantiene al considerar el pronóstico tardío.

Se demuestra la ventaja de la terapia anticoagulante, al encontrarse cifras menores de letalidad y de accidentes tromboembólicos en este grupo en comparación con los no tratados. Se demuestra que al cabo del plazo promedio de observación, dos tercios de los enfermos habían sido capaces de reasumir sus funciones habituales y que sólo un 15% se encontraba incapacitado en forma total o casi total. El desenlace fatal fué la excepción en aquellos enfermos que hasta ese momento realizaban una evolución compatible con una vida normal. La aparición de un nuevo ataque de trombosis coronaria comporta agravación de la sintomatología en la mayoría de los casos.

No se encontraron diferencias significativas en lo que se refiere a edad, tabaco, grado de obesidad. Tampoco se encontró que influyeran desfavorablemente los antecedentes familiares cardiovasculares, como asimismo los antecedentes de hipertensión o angina. El tipo de actividad previa al ataque, las diversas modalidades de dolor y la mayor o menor gravedad del ataque, tampoco influyen significativamente en el destino ulterior de los enfermos. La evolución electrocardiográfica de las lesiones iniciales, de cualquier tipo que éstas sean, no modifican el pronóstico frente a un caso de infarto de miocardio. — *Autores.*

*MANIFESTACIONES CEREBRALES EN EL INFARTO DE MIOCARDIO.* — R. Valdivieso, G. Sepúlveda y R. Alarcón. "Rev. Méd. Chile", 1953, 81, 476.

Se presentan 3 casos de infarto de miocardio con manifestaciones cerebrales diversas. Se sugiere que dichas manifestaciones se produjeron en su mayor parte,

## ANÁLISIS DE REVISTAS

como consecuencia de la hipotensión secundaria al infarto, que produjo hipoxia cerebral. Se insinúa la conveniencia de efectuar estudios electrocardiográficos en todo sujeto de edad avanzada con manifestaciones de shock y trastornos cerebrales. — *Autores.*

*LAS PROTEINAS SERICAS EN EL INFARTO RECIENTE DE MIOCARDIO.* — R. Raynaud, J. D'Eshougues Robert y F. Pasquet. "Arch. Malad. Coeur", 1954, 47, 71.

La asociación del lipidograma y del glucidograma paralelamente con el proteínograma, demuestra que en las primeras horas del infarto de miocardio se produce una elevación de los mucopolisacáridos  $\alpha 2$ , que depende de la lesión anatómica y se agrega a los estigmas humorales del empuje arterioescleroso causal, con aumentación de las lipoproteínas  $\beta$  lentas e hipercoagulabilidad sanguínea. En los días siguientes a la fase de hipocoagulabilidad refleja, que corre pareja con la desaparición de las lipoproteínas  $\beta$  lentas y la intensificación de las lipoproteínas  $\beta$  rápidas, aparece hiperglobulinemia  $\alpha 2$ . El estado de la lesión miocárdica misma puede juzgarse mejor por las glúcoproteínas  $\alpha 2$ , apreciadas mejor por el glucidograma que por el proteínograma. — *Moia.*

*TRATAMIENTO DEL INFARTO MIOCARDICO AGUDO CON PARTICULAR REFERENCIA AL SHOCK.* — H. L. Blumgart. "J.A.M.A.", 1954, 154, 107.

El autor hace una puesta al día de ltratamiento del infarto de miocardio agudo, resumiendo brevemente todas las indicaciones de antiguo conocidas y analiza con más detención el tratamiento del shock que se observa en esas condiciones, estado que una vez producido determina aproximadamente un 80% de mortalidad. Desde hace poco tiempo se está empleando, como droga vasopresora, el arterenol que produce constricción arterial, capilar y venosa, aumentando así la resistencia periférica total y, por lo tanto, la presión arterial sistémica y pulmonar máxima, mínima y media, todo ello sin aumentar el débito cardíaco, ni producir taquicardia o irritabilidad cardíaca. Por otra parte, el paciente no aqueja ansiedad, insomnio ni aprensión. El l-arterenol que produce sorprendentes elevaciones en la tensión de oxígeno en áreas de isquemia miocárdica se emplea por goteo endovenoso lento diluyendo habitualmente 4 mg. de droga en 1.000 cm<sup>3</sup>. de solución fisiológica salina o dextrosada manteniendo el flujo del arterenol aproximadamente entre 20 y 30 gotas por minuto o algo más, tanto como para elevar y mantener la presión arterial aproximadamente en 100 mm. Hg. Este goteo nunca debe interrumpirse bruscamente, y en algunos casos, se mantuvo hasta 1 semana. De no haber mejoría, el autor indica una transfusión de 250 cm<sup>3</sup>. o más de plasma que aumenta la efectividad del arterenol, como asimismo cita drogas que experimentalmente han probado potenciar el efecto presor del arterenol. — *Skibinsky.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*LA ELECTROFORESIS EN EL INFARTO DE MIOCARDIO. SIGNIFICACION BIOLOGICA Y VALOR PRACTICO.* — E. Donzelot, H. Kaufmann, G. Dautier y N. Majerus. "Arch. Malad. Coeur", 1954, 47, 19.

En el infarto de moicardio se observa un aumento de la globulina  $\alpha$  sobre todo de las  $\alpha$  2, lo cual dura aproximadamente un mes. Se puede observar transitoriamente otro aumento transitorio de las  $\alpha$  1 o la aparición de una globulina intermedia entre la  $\alpha$  2 y la  $\alpha$  1 y trastornos discretos de la repartición de las globulinas  $\beta$ . El aumento de las globulinas  $\alpha$  está ligado esencialmente al de las lipoproteínas. Diversos medios de estudio de las glucoproteínas dan resultados que se asemejan mucho a los de la electroforesis. Pueden existir transitoriamente algunos trastornos sobre la movilidad de los lípidos. Las perturbaciones de la electroforesis no son sino un elemento más entre las otras perturbaciones humorales observadas en el infarto de miocardio. En efecto, existe en estos casos una descarga hormonal, provocando perturbaciones importantes en los diversos elementos metabólicos (proteínas, lípidos, glúcidos, electrolíticos, etc.) y de la leucopoyesis. Parece que, entre todos estos trastornos, la hiperglucemia y el aumento de la leucocitosis estén ligados de manera particularmente estrecha con el aumento de las glucoproteínas  $\alpha$ . Desde el punto de vista clínico es difícil por el momento atribuir a estos cambios valor diagnóstico y pronóstico. — *Moia.*

*INFARTO MIOCARDICO TRATADO CON EL REGIMEN DE REPOSO EN SILLA. 30 CASOS CONSECUTIVOS TRATADOS CON EL METODO DEL SILLON DE LEVINE.* — Lee Wilson y J. H. Ward. "J.A.M.A.", 1954, 155, 226.

Los autores teniendo en cuenta trabajos anteriores creen que hay principios fisiológicos que aconsejan un tratamiento más mitigado que el reposo absoluto en cama en el tratamiento del infarto de miocardio y para demostrar la ventaja del reposo en silla efectúan una estadística en 30 pacientes así tratados. Han observado que en estos casos no hubo necesidad de reajuste compensatorio o convalecencia como es habitual en los tratados con reposo absoluto cuando inician la deambulación. La mortalidad en los casos tratados por los autores fué del 10% no pudiendo inculparse al tratamiento, por el contrario, fué sorprendentemente bajo. Agregado a lo anterior, la frecuencia mínima de complicaciones y el matenimiento de una alta moral del paciente se tiene más asidero para la idea que esta indiccaión es más beneficiosa que dañina. — *Skibinsky.*

## PRESION ARTERIAL Y VASOS

*DOS CASOS DE TEST FALSAMENTE POSITIVO A LA REGITINA, EN HIPERTENSOS QUE NO PRESENTAN FEOCROMOCITOMA.* — J. Enderle, H. Cleempoel, A. Van Wien y P. Gatez. "Acta Cardiologica", 1954, 9, 149.

Los autores comentan dos casos en que la prueba con la regitina produjo descensos tensionales significativos en hipertensos que tenían lesiones renales y

## ANÁLISIS DE REVISTAS

arterioescleróticas cerebrales de consideración y en los cuales la autopsia descartó la presencia de tejido cromafínico anormal. Las observaciones comentadas inducen a los autores a sugerir el empleo de una así denominada "batería de pruebas" en los casos sospechosos, disminuyendo así el valor positivo de una sola prueba. — *Skibinsky*.

*EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA HIPERTENSION ESENCIAL.* — R. S. Palmer y H. Muench. "J.A.M.A.", 1953, 153, 1.

Cuatrocientos pacientes clasificados hace 10 años fueron revistados nuevamente. Se los agrupó en 4 clases y se los comparó con 10 ó 15 millones de americanos hipertensos, sirviendo los resultados para comparar la efectividad terapéutica. Las conclusiones fueron varias: 1) el peligro es mayor en los jóvenes y disminuye con la edad; 2) el peligro es menor en las mujeres; 3) la edad media aumenta desde el grado I al III; 4) la duración de la enfermedad no influye en la mortalidad excepto en el grado IV; 5) la mortalidad es más rápida con el aumento del grado, pero parece disminuir con la edad más avanzada. — *Manguel*.

*RUPTURA DE LOS ANEURISMAS AORTICOS. UNA EMERGENCIA QUIRURGICA.* — F. Gerbode. "Surg. Gynec. and Obst.", 1954, 98, 759.

La sintomatología del aneurisma abdominal aórtico es índice de su expansión con la consiguiente compresión sobre las estructuras vecinas o ruptura y es significativa, en el sentido de que la ruptura generalmente no tardará más de un año en producirse. Si bien el diagnóstico de aneurisma aórtico generalmente es anterior no es desusual operar un tumor abdominal doloroso que sólo en ese momento se descubre que se trata de un aneurisma. En general la ruptura de estos aneurismas es precedida por repetidos episodios de dolor o discreto shock en un período de días o semanas antes del episodio final de hemorragia dando así tiempo para su tratamiento quirúrgico. Aunque puede ser necesario el alambrado del aneurisma la posibilidad anatómica y la baja mortalidad permite la resección de la aorta abdominal enferma y su reemplazo por un injerto homólogo ya previa o post-ruptura, y últimamente hemorragias masivas por grandes rupturas han podido ser intervenidas con éxito. — *Skibinsky*.

*ANEURISMAS SACULARES DE LA AORTA ABDOMINAL. REVISTA DE 3 CASOS.* I. Mc Lean Baird. Arch. Int. Med. 1953, 91, 626.

Refiere 3 casos con exteriorización desusual. Uno simuló una úlcera péptica sangrante, otro dió lugar a una insuficiencia renal y 3º presentaba un E. C. G. sugiriendo una oclusión coronaria anterior. El autor revista la literatura anterior a sus casos y efectúa unos breves comentarios, de poca trascendencia. — *Manguel*.



*USO CLINICO DE LA HIDRAZILINA Y HEXAMETONIO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.* — R. R. J. Hilker. "J.A.M.A." 1953 153, 5.

Se empleó la primera en 50 hipertensos, la segunda en 15 y ambas en 14. Se consideró que la Apresolina (hidrazilina) es de efecto discreto e inofensivo pues si bien los signos de intolerancia son frecuentes, son transitorios. Cuando fué tolerada se halló buenos resultados en el 66% de los casos sobre la Mx y en el 44% sobre la Mn. En un 30% fracasó. El metonio es un hipotensor poderoso y peligroso. Su efecto principal es la hipotensión postural que acompaña a la mejoría de los síntomas subjetivos. Cree que la indicación de esta droga es la hipertensión grave que no responde a otras medidas. La combinación de las 2 drogas da una ventaja leve. Cuidado con estas drogas en los viejos o en los arteriosclerosos avanzados porque la reducción tensional se tolera mal. — *Manguel.*

*ENSAYO DE TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL CON CLORURO DE HEXAMETONIO ADMINISTRADO POR VIA ORAL.* — T. Cesarman y J. M. Torres del Toro. "Arch. Inst. Card. México", 1954, 23, 781.

Los autores tratan 25 hipertensos con cloruro de hexametonio obteniendo mejoría clínica, la que coincide con aparición de síntomas secundarios perturbadores. La cesación de la terapia vuelve la tensión a las cifras primitivas con reaparición de la sintomatología. Proponen la simpaticectomía química (empleo del hexametonio) antes de plantear la quirúrgica. — *Skibinsky.*

*l-HYDRAZINOPHTHALAZINE (APRESOLINE) EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION. UN ESTUDIO DE DOS AÑOS.* — J. H. Hafkenschiel y M. A. Lindauer. "Circulation", 1953, 7, 52.

En 33 hipertensos con buen pronóstico (grupos I, II y III de Smithwick), que recibieron durante 1 año, además de una dosis restringida en sal, apresolina en cantidades variables de 75 mg. a 200 mg. 3 a 4 veces por día, se obtuvo una disminución de la presión diastólica de 120 mm. de mercurio o más, a 110 mm. de mercurio o menos, por lo menos en dos de las mediciones tensionales de estos enfermos ambulatorios. La mayoría de los enfermos antes del tratamiento tenían 130 mm. de presión diastólica. En gran parte de los enfermos se presentaron reacciones secundarias, consistentes sobre todo en taquicardia, cefalea, náuseas y vómitos, y que tienden a desaparecer después de la primera a segunda semana del empleo de la droga. No se produjeron reacciones tóxicas. En cambio, en 7 hipertensos del grupo IV con muy malas probabilidades de sobrevida, en sólo 1 se obtuvo una reducción favorable en la presión arterial. Se sugiere, por lo tanto, que esta droga es útil en el tratamiento de las hipertensiones arteriales de buen pronóstico. — *Moia.*

## TERAPEUTICA

*PENICILINOTERAPIA DE LA SIFILIS CARDIOVASCULAR.* — A Peralta V.

"Rev. Peruana Card.", 1953, 2, 115.

La sífilis cardiovascular ocupa en el Perú el cuarto lugar en las estadísticas de frecuencia de morbilidad de las enfermedades cardiovasculares orgánicas. No es posible hacer el diagnóstico cardiológico seguro de sífilis cardiovascular complicada (aortitis sífilítica) ni aun con el auxilio de la angiocardiógrafa y de la aortografía. El diagnóstico clínico de la aortitis sífilítica potencial es de presunción en sujetos con sífilis latente tardía. Sobre la base de 55 casos de sífilis cardiovascular tratados con penicilina, se hace un estudio de las consecuencias clínicas inmediatas. Los promedios de observación han alcanzado hasta los 8 años del comienzo de la terapia y los 10 años del comienzo de los síntomas. Se hace un análisis minucioso de los resultados clínicos, comparándolos con los obtenidos en la era pre-penicilínica y se consignan las historias clínicas de los cinco casos autopsiados con sus respectivas microfotografías. El tratamiento penicilínico de todas las formas de sífilis cardiovascular se hace con menores riesgos que los relatados en la era quimioterápica. Hemos empleado en una buena proporción de nuestros casos sólo la penicilina. Sabiendo que este antibiótico falla en la sífilis primaria en un 5% de los casos, es de suponer que en las otras fases también sea inefectiva en igual proporción. Creemos que solamente en estas eventualidades convendría hacer el tratamiento combinado de la penicilina con los quimioterápicos. Los tests serológicos cuantitativos para la sífilis mostraron títulos bajos, menores de 8 unidades, en los casos de sífilis cardiovascular cuyos estudios histopatológicos demostraron estados de aquiescencia de la reacción tisular de la pared aórtica suprasigmoidea. Creemos, en consecuencia, que la titulación de las reaginas en la sangre puede servir de guía en la prosecución de la terapia de la sífilis cardio-aórtica. De las reacciones adversas inmediatas, la paradoja terapéutica y la reacción de Herxheimer aparecen como las más frecuentes. Sin embargo, la reacción de Herxheimer puede no presentarse con la penicilina en ciertos casos en que ella sobreviene de modo severo con la quimioterapia (arsénico, bismuto y mercurio). La existencia de la insuficiencia cardíaca congestiva no parece ser una contraindicación para la terapia penicilínica de la sífilis cardiovascular. Al contrario, la compensación cardíaca puede favorecerse por la instauración de la penicilino-terapia al mismo tiempo que la terapia habitual de la insuficiencia cardíaca. En la sífilis cardiovascular complicada nos parece que el aneurisma aórtico con grandes dilataciones y el infarto miocárdico agudo constituyen formales contraindicaciones para la penicilino-terapia. En nuestro medio, aproximadamente el 50% de los casos de sífilis cardiovascular se presenta complicado con hipertensión arterial sistemática y/o arterioesclerosis. El cuadro histopatológico no se modifica de inmediato con el tratamiento penicilínico. Sólo en un caso se pensó en una exacerbación local de la inflamación tisular aórtica. El tratamiento

## ANÁLISIS DE REVISTAS

efectivo de la sífilis cardiovascular encara el problema del tratamiento integral de la enfermedad sifilítica. El tratamiento adecuado de la sífilis latente tardía, equivale a la terapia curativa de la aortitis sifilítica potencial y a la terapia preventiva de la sífilis cardiovascular complicada. El pronóstico de la sífilis cardiovascular complicada parece no haberse modificado con el advenimiento de la era penicilínica. — *Autores*.

*ACCION TUBULAR DE LOS DIURETICOS MERCURIALES.* — L. Rice, J. Frieden y M. Smith. "Am. J. Phys.", 1953, 175, 47.

Demuestran que el Mercurhidrin actúa primariamente inhibiendo la reabsorción tubular del ión cloro arrastrando al sodio del filtrado glomerular para conservar la neutralidad eléctrica del fluido corporal. — *Otero*.

*RESISTENCIA TUBULAR RENAL A LA ACCION MERCURIAL EN LA HIPONATREMIA.* — L. Rice, J. Frieden, B. M. Kaplan y M. Smith. "Am. J. Phys.", 1953, 175, 45.

Los autores mostraron en trabajos anteriores que los perros en deficiencia de sodio aumentan significativamente la reabsorción tubular de ese ión. En este trabajo tratan de determinar si el diurético mercurial abole este aumento de la reabsorción del sodio en perros con deplección salina. Observan que el Mercurhidrin no modifica esa situación siendo el fluido reabsorbido por el túbulo mucho más rico en sodio en perros así tratados que en los normales. — *Otero*.

*CONSIDERACIONES SOBRE LA ACCION DE UN NUEVO DIURETICO.* — R. Gazmuri, M. Canessa y E. Katz. "Rev. Med. Chile", 1954, 82, 35.

Recuerdan que existe una enzima que es la carboanhidrasa que se encuentra en los hematíes, células de la mucosa gástrica y la corteza renal y que regula en el último órgano, el equilibrio ácido-base. El Diamox ó 6063 bloquearía esa enzima produciendo así la pérdida de Na y K con agua por la orina con alcalinización de la misma y en la sangre originaría caída del CO<sub>2</sub> con acidosis metabólica. El CO<sub>2</sub> filtrado por el glomérulo no se reabsorbería en el tubo y se eliminaría con las bases dando bicarbonato con disminución del NH<sub>4</sub> a partir del NH<sub>3</sub>. En esta comunicación se relatan los resultados obtenidos en 3 normales en la cantidad y composición urinarias. La dosis usada fué de 500 mg. por vía oral y su efecto fué ya evidente al término de la primera hora. Una segunda dosis al día siguiente tuvo efecto cualitativo igual pero cuantitativo inferior con excepción del K que se elimina abundantemente. La tolerancia fué perfecta. Su acción diurética fué notable y en cuanto a su efecto sobre el equilibrio ácido-básico induce a emplearla en la epilepsia y en la acidosis gaseosa. Se cree que la dosis única diaria es la recomendable pues su fragmentación agota su efecto. También creen que puede indicarse en casos de retención de sodio por las hormonas hipofisarias o adrenales y la de K en renales sin anuria. — *Manguel*.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*CONSIDERACION SOBRE UN NUEVO DIURETICO POR VIA ORAL (DIAMOX).* — J. J. Beretervide y D. Di Benedetto. "Día Médico", 1954, 26, 1246.

Aplicaron dicha droga en 5 cardíacos en insuficiencia congestiva con excelentes resultados. En un caso los diuréticos mercuriales acrecentaron su poder después de dar dicha droga. De 2 cirróticos, la droga citada fué efectiva sólo en un caso. La tolerancia fué muy buena y no se vió efecto tóxico aun con dosis elevadas. — *Manguel.*

*ETHAVERINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO.* — C. M. Voyles. "J.A.M.A.", 1953, 153, 12.

Esta droga, análoga a la papaverina, se suministró a 22 anginosos alternándola con placebos durante 12 semanas. Los resultados fueron iguales a los obtenidos en pacientes que no tomaron esa droga. — *Manguel.*

*LOS DERIVADOS DE LA PHENOTHIAZIN EN EL ANGOR CORONARIO FEBRIL Y EL EDEMA AGUDO DE PULMON.* — A. Decortis. "Acta Card.", 1954, 9, 138.

Los autores demuestran la utilidad y acción antiálgica y sedativa central de la mezcla fenergan-largactil pantalgine (método derivado de la hibernación artificial) en 2 casos recientes de infarto de miocardio en estado de mal anginoso, un caso de infarto antiguo complicado con asma cardíaca y dos casos de edema agudo de pulmón. — *Moia.*

*ESTUDIOS SOBRE EL EMPLEO CLINICO DE LAS RESINAS CAMBIADORAS DE CATIONES.* — A. Markman, A. Schwartz y C. Barbosa Correa. "Arq. Bras. Card.", 1953, 6, 33.

En 20 pacientes presentando o no edemas, las resinas mostraron nítido efecto diurético facilitando la eliminación de los edemas y potencializando, a veces, la diuresis mercurial, siendo, en ese sentido, superior al cloruro de amonio. La resina permite la ingestión de una cantidad razonable de sodio, suficiente para satisfacer al paladar del paciente, y reduce la excreción urinaria de sodio, siempre que la cantidad del mismo ingerida, no sobrepase los límites de capacidad de permuta de las resinas. No se observaron influencias directas sobre los valores de la presión arterial. Durante el tratamiento se produjeron 4 muertes, por causa independiente del empleo de las resinas. — *Moia.*

*ACCION DE LA DIGITAL SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA* — L. Herve, A. Sotomayor, C. Martínez, I. Duque y A. Vignan. "Rev. Méd. Chile", 1953, 81, 481.

La administración de 1,20 g. de polvos de hoja de digital en un período de 3 días actúa diferentemente en el E.C.G. normal del sujeto sano y en el E.C.G.



## ANÁLISIS DE REVISTAS

normal del cardíaco. En los primeros provocó pequeñas alteraciones de S-T y T; en los cardíacos desnivelación acentuada de S-T y, a menudo, inversiones de T en una o más derivaciones. En los casos en que hay hipertrofias ventriculares apreciables a la radiología y en aquéllos en que se supone un compromiso ventricular, el E.C.G. normal se desvía por acción de la digital en el sentido de las curvas de sobrecarga ventricular correspondiente al ventrículo afectado. En estos casos la administración de digital es útil para provocar alteraciones electrocardiográficas que señalen una reacción latente del miocardio. — *Autores.*