

## ANALISIS DE REVISTAS

### FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

*EXCRECION DE ELECTROLITOS Y AGUA, Y HEMODINAMICA RENAL DURANTE LA CONGESTION PROVOCADA DE LAS VENAS CAVAS SUPERIOR E INFERIOR.* S. J. Farber, A. H. Becker, L. W. Eichna. "J. of Clin. Inv.", 1953, 32, 1145.

Provocaron la congestión temporaria durante 30 minutos, de la vena cava superior en 12 pacientes o inferior, ésta por encima en 16 pacientes y debajo de la vena renal en 2 pacientes, mediante la introducción de un catéter con un balón inflable. Se observó, durante los experimentos, disminución de la excreción del Na y Cl acompañada de disminución de la excreción de agua, por lo que la concentración urinaria de estos electrólitos no se modificó. Estas alteraciones de la eliminación de agua y electrólitos no parecieron relacionadas con alteraciones de la hemodinamia renal, ya que después de una disminución inicial del caudal circulante renal y de la filtración glomerular, vuelven rápidamente a sus niveles controles. — *Otero.*

*POTASIO Y ALTERACIONES E.C.G. EN LA ACIDOSIS DIABETICA.* C. B. Henderson. "British Heart J.", 1953, 15, 87.

Los autores describen las anormalidades E.C.G. encontradas en diez casos de acidosis diabética. Arritmias cardíacas ocurrieron en 4 pacientes, 3 de los cuales mostraron fibrilación auricular transitoria y uno un ritmo nodal transitorio. Ondas P altas y acuminadas estuvieron presentes en 4 pacientes, siendo mejor vistas en D2 y D3. Los trazados posteriores de estos pacientes mostraron una rápida transición a la onda P normal durante la mejoría. Astillamientos y ensanchamientos de los complejos QRS ocurrieron en 2 pacientes en las derivaciones D1 y D2 y precordiales izquierdas, falleciendo ambos. Depresiones del segmento S-T estuvieron presentes en algún momento durante el estado de acidosis en 8 pacientes. Aplanamiento o inversión de las ondas T en múltiples derivaciones estuvieron presentes en 8 pacientes, 6 de los cuales también tenían depresión del segmento ST. Las ondas U eran anormalmente grandes en 6 pacientes y pequeñas pero fácilmente identificables en tres. El intervalo QT no pudo ser medido con exactitud en 9 casos. En uno, en el cual la determinación precisa fué posible, el intervalo QT fué normal. Fué vista en 3 casos una configuración E.C.G. no descripta aún en la acidosis diabética, ondas T altas y puntiagudas en las derivaciones precordiales derechas y ondas T planas o invertidas en las izquierdas. La recuperación E.C.G. ocurrió entre las 24 y 184 horas en 9 casos. Recuperación parcial ocurrió en un paciente dentro de las 8 horas, el que falleció en coma. No hubo correlación entre los niveles de potasio en el suero y el grado de las alteraciones E.C.G. anormales registrados. El posible papel de las alteraciones del potasio intracelular, no paralelas

## ANÁLISIS DE REVISTAS

a las del suero sanguíneo, en la producción de las anomalías E.C.G. es comentado. — *Pose*.

**REGULACION EN LA REABSORCION RENAL DEL BICARBONATO POR LA TENSION DEL ANHIDRIDO CARBONICO PLASMATICO.** A. S. Relman, B. Etsten y W. B. Shwartz. "J. of Clin. Invest.", 1953, 32, 972.

De acuerdo con los recientes trabajos de Brazeau y Gilman y de Dorman y Sullivan, se prueba que la reabsorción del bicarbonato por el túbulo es independiente del pH del fluido extracelular y está relacionada con el CO<sub>2</sub> plasmático. El mecanismo de reabsorción sería el del intercambio H<sup>±</sup> Na<sup>+</sup> y vinculado a la actividad de la anhidrasa carbónica. — *Otero*.

**ESTUDIOS EN EDEMA. IV. RETENCION DE AGUA Y HORMONA ANTI-DIURETICA EN HEPATOPATIAS Y CARDIOPATIAS.** A. G. White, G. Rubin y L. Leiter. "J. Clin. Inv.", 1953, 32, 931.

En pacientes con cirrosis hepática y otros con insuficiencia cardíaca congestiva, estudian la respuesta diurética que sigue a la infusión venosa de solución glucosada al 5 % y el efecto del Pitressin. La diuresis acuosa que siguió a la inyección de glucosa al 5 % mostró que el acmé de diuresis se obtenía en los insuficientes cardíacos, en aproximadamente el mismo tiempo que en los controles. El nivel del pico de diuresis fué, en cambio, sensiblemente menor que el nivel de los controles cirróticos que no difirieron mayormente entre ellos. El efecto antidiurético del Pitressin fué en los pacientes con insuficiencia cardíaca, similar a los controles. — *Otero*.

**EFFECTOS DE LA APLICACION DE TORNQUETES EN LOS MIEMBROS INFERIORES SOBRE EL VOLUMEN MINUTO CADIACO Y FUNCION RENAL EN SUJETOS NORMALES.** F. W. Fitzhugh, R. L. Mc Whorter, E. H. Estes y J. Warren y A. J. Merril. "J. of Clin. Inv.", 1953, 32, 1163.

En este trabajo se muestra que la aplicación de torniquetes a la altura del muslo provoca una ligera pero significativa caída del volumen minuto cardíaco. El índice cardíaco descendió de un promedio de 3.5 en el período control a 2.8 durante el experimento. El caudal circulante renal y la filtración glomerular también descendieron, aunque esta última en forma no significativa. La excreción del Na descendió en forma manifiesta lo mismo que el volumen urinario. Opinan que la disminución del volumen minuto está relacionada con la disminución del volumen sanguíneo efectivo originada por la exclusión de una cantidad de sangre en los miembros inferiores. A su vez la disminución del volumen minuto es la causa en la disminución del caudal circulante renal y de la filtración glomerular. Dado que esta última disminuye muy poco, la retención del Na debe ser explicada por otro mecanismo: aumento de la reabsorción tubular. — *Otero*.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*EFECTO EN LA EXSUFLACION MECANICA SOBRE EL INTERCAMBIO GASEOSO RESPIRATORIO EN EL ENFISEMA PULMONAR.* R. M. Cherniak. "J. Clin. Inv.", 1953, 32, 1192.

Proponen el uso de la exsuflación para tratar la acidosis respiratoria descompensada que siempre plantea problemas de no fácil solución. En efecto, pacientes con elevado CO<sub>2</sub> arterial y asociada disminución de la excitabilidad en el centro respiratorio, necesitan con frecuencia ayuda para aumentar su ventilación. Respiración artificial y respiración electrofrénica han sido, entre otros, los métodos propuestos. En este trabajo relatan resultados superiores con su método. En 4 casos de enfisema pulmonar, 30 minutos de la terapéutica propuesta mejoró significativamente la ventilación, el pH, CO<sub>2</sub> y saturación de O<sub>2</sub> arteriales. La superioridad del método podría ser explicada por la capacidad de la exsuflación para vencer la obstrucción, eliminar las secreciones y ventilar más adecuadamente la superficie alveolar. — *Otero.*

*ESTUDIOS METABOLICOS EN TEJIDO CARDIACO OBTENIDO POR BIOPSIA EN EL PERRO INTACTO SIN ANESTESIAR.* G. G. Cañten y J. B. Marsh. "Circ. Research", 1953, 1, 226.

En una operación previa realizada bajo nembutal, la punta del corazón se sutura en el perro a los tejidos subcutáneos torácicos. Después de la recuperación post-operatoria, se puede efectuar sin anestesia un biopsia mediante la aguja de Vim-Silverman. Este procedimiento permite observar que la administración de Lanatósido C aumentó el contenido de glucógeno del músculo cardíaco. — *Malinow.*

*MECANISMO DEL "STAIRCASE" Y CONTRACCION DEL MUSCULO VENTRICULAR.* S. Hajdn. "Am. J. Phys.", 1953, 174, 371.

Es conocido el fenómeno de Bowditch consistente en que, después de una interrupción, cada contracción cardíaca deja tras de sí una situación más favorable que hace que la siguiente sea más potente. Hajdu y Szent-Györgyi, sugirieron que se relacionaba con disminución del potasio intracelular. En este trabajo, el autor confirma que dicho fenómeno es consecuencia del pasaje al exterior de potasio que reentrará durante el reposo muscular a una velocidad que depende de las condiciones de la membrana. Sostiene además que la modificación iónica actúa directamente sobre la proteína contráctil. — *Otero.*

## PATOLOGIA

*TUMORES SECUNDARIOS DEL CORAZON Y PERICARDIO. REVISTA DEL TEMA Y RELATO DE 137 CASOS.* J. F. De Loach y J. W. Haynes. "Arch. Int. Med.", 1953, 91, 224.

En 2.547 autopsias consecutivas realizadas en el Walter Reed Army Hospital se hallaron 980 de enfermedades malignas. En 137 casos se observaron

## ANÁLISIS DE REVISTAS

metástasis pericárdicas, (13.9%). En un 21% de 105 casos el neo de pulmón invadió el corazón y pericardio. En 62 casos el proceso era una leucemia linfática. Sólo en 3 casos de toda la serie se efectuó el diagnóstico en vida. Refieren con todo detalle los hallazgos de 5 casos. — *Manguel*.

*SINDROME DE HAMMAN-RICH. ANALISIS DE LOS CONCEPTOS CORRIENTES Y DESCRIPCION DE TRES CASOS CON MUERTE RAPIDA CONSECUTIVA A LA SUSPENSION DE CORTISONA Y DE ACTH.*  
J. W. Peabody, Jr., H. A. Buechner y A. E. Anderson. Arch. Int. Med., 1953, 92, 806.

Se describen tres casos de síndrome de Hamman-Rich. Dicho síndrome está constituido por una enfermedad pulmonar aguda o crónica de etiología desconocida, con tos, disnea y cianosis, con mínimos signos físicos y con un curso progresivo, generalmente afebril. Radiológicamente existen densidades parenquimatosas e hiliares con tendencia al desarrollo difuso bilateral. Patológicamente se encuentra una fibrosis extensa con infiltración de células redondas y plasma-cells en el tejido intersticial. El cuadro clínico simula un cor pulmonale crónico que evoluciona en períodos variables de semanas a años. En los tres pacientes relatados en la presente comunicación, la muerte se produjo rápidamente al disminuir o al suprimir la terapéutica con cortisona o con ACTH. — *Malinow*.

*TAQUICARDIA Y ALETEO ESPONTANEOS EN UN ADULTO. RELATO DE UN CASO CON 300 DE FRECUENCIA Y UN ALETEO DE 1 a 1.*  
A. Smelin, J. Burstein, H. Blinder y A. Lubart. "Arch. Int. Med.", 1953, 91, 685.

Recuerdan que una frecuencia ventricular de 300 o más por minuto es rara en el adulto y que los médicos en general no se preocupan por determinar su verdadera naturaleza, la rotulan supraventricular o ventricular. De acuerdo con Prinzmetal y colab., creen que si la frecuencia es de 300 o más debe tratarse de un aleteo auricular y si es alrededor de 200, de una taquicardia auricular. El paciente estudiado fué tratado con neosinefrina endovenosa, 1 y luego 2 mgrs. y luego con lanatósido C. El diagnóstico de aleteo se confirmó con trazados esofágicos. Al repetirse el cuadro se inyectaron por error 10 mgrs. de la 1er. droga sin alterar el aleteo pero provocando un ensanchamiento del QRS que cedió con el lanatósido C. Creen con Prinzmetal que la diferencia entre taquicardia y aleteo auricular sólo es cuestión de frecuencia de descarga del núcleo ectópico. — *Manguel*.

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*ANEURISMA DE LA ARTERIA CORONARIA.* S. Trinidad, D. M. Grayzel, P. Rapaport y N. Lee. "Ann. Int. Med.", 1953, 39, 1117.

Refieren el caso de un paciente de 59 años con precordialgia anginosa en

## ANÁLISIS DE REVISTAS

quien se diagnosticó un infarto ánteroseptal confirmado en la necropsia y que evidenció dos aneurismas, uno en la circunfleja izquierda y otro en la aorta abdominal. Se los clasificó como aneurismas arteriosclerosos pero admitiendo que, además, hay injuria de la adventicia por hemorragia o arteritis. El diagnóstico en vida no es posible. La causa frecuente de muerte es la trombosis coronaria. — *Manguel*.

### *EFEECTO DE LA APLICACION DE FRIO CUTANEO SOBRE LA CIRCULACION CORONARIA.* R. M. Berne. "P.S.E.B.M.", 1953, 84, 150.

Se midió el caudal coronario en perros con el tórax abierto antes y después de aplicar agua helada a 1/3 o a los 2/3 de la superficie cutánea. Se observó que al enfriar la superficie corporal, el flujo coronario aumentó, aún en ausencia de cambios en la temperatura sanguínea. Paralelamente y debido a la constricción cutánea, el trabajo cardíaco aumenta, por lo que se sugiere que los cambios electrocardiográficos y el dolor que aparecen en pacientes coronarios sometidos a la acción del frío sean tal vez secundarios a la incapacidad de dilatarse de los vasos coronarios frente a un aumento del trabajo cardíaco. — *Malinow*.

### *ACCION DILATADORA CORONARIA DE LA SERIE ADENINA-ATP.* M. M. Winbury, D. H. Papierski, M. L. Hemmer y W. E. Hamburger. "J. Pharm. Exper. Therap.", 1953, 109, 255.

En perros con tórax abierto se midió el flujo coronario mediante rotámetros. Se observó que el ATP y el ADP producen vasodilatación coronaria, mientras que el AMP fué muy poco efectivo. — *Malinow*.

### *CIFRAS DE MORTALIDAD EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO I. LA VARIACION "NORMAL" ANUAL Y EL EFECTO DE LA POLITICA DE ADMISION HOSPITALARIA.* S. Schnur. "Ann. Int. Med.", 1953, 39, 1014.

Como las cifras de mortalidad son muy dispares según las estadísticas (del 8 al 78 %), los autores determinaron las halladas en 4 hospitales, desde 1941 a 1950, año por año. No se emplearon en esas observaciones los métodos más modernos de tratamiento como los anticoagulantes o el reposo en sillón. Hubo amplia variación anual en cada hospital pero el término medio en los 10 años en cada establecimiento pareció depender del criterio del hospital; de la política de admisión y del tipo de los pacientes tratados. La eficacia de cada droga nueva es sospechosa por la amplia y espontánea fluctuación anual y la continua variación de la gravedad en los enfermos ingresados. Esta variación en la severidad de la enfermedad, impide admitir diferencias en la habilidad de los médicos tratantes o de los recursos empleados. — *Manguel*.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*CIFRAS DE MORTALIDAD EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO II. UN METODO PROPUESTO PARA MEDIR CUANTITATIVAMENTE LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA ADMISION HOSPITALARIA.* S. Schnur. "Ann. Int. Med.", 1953, 39, 1018.

La dificultad de comparar grupos equivalentes, imposibilita obtener resultados referentes al pronóstico y éxito de las medicaciones empleadas en el infarto de miocardio. El autor efectuó una revisión de los registros clínicos de los pacientes ingresados en el hospital Jefferson Davis entre 1941 y 1950 por infarto miocárdico. El estudio comprende 230 admisiones, descartando los fallecidos en las primeras 24 horas. Mediante una fórmula predeterminada se le asignó a cada caso un valor numérico. Estudios previos permitieron fijar la importancia pronóstica de cada factor. Reconoce el autor que esto es algo inexacto. La suma de esos valores en cada paciente constituye el índice patológico. Osciló entre 0 y 140 y se los catalogó en 5 grupos y en cada uno se determinó el índice de mortalidad. En el primer grupo la mortalidad fué del 8 % y en el último de 95 %. El índice de mortalidad mostró amplias fluctuaciones anuales pero tuvo neta influencia en la mortalidad. — *Manguel.*

*TRABAJO CARDIACO Y EL TRATAMIENTO DE LA "SILLA" EN LA TROMBOSIS CORONARIA AGUDA.* W. S. Coc. "Ann. Int. Med.", 1954, 40, 42.

Recalca que el principio en el tratamiento del infarto miocárdico propuesto por Levine no es el de la movilización precoz sino por el contrario está basado en la posibilidad de que el trabajo cardíaco en esa posición sea menor que acostado. A ese efecto practica cateterismo cardíaco y determina el trabajo cardíaco, acostado y sentado, en 6 pacientes observando una disminución del 23 % en promedio, en la segunda posición. — *Otero.*

*MANEJO DEL SHOCK EN INFARTO DE MIOCARDIO.* D. G. Calenda, J. F. Urichio y L. M. Friedman. "Am. J. Med. Sc.", 1953, 226, 399.

Relatan las observaciones en 13 casos con severo shock por infarto de miocardio. A pesar de observarse aumentos significativos de las cifras tensionales como respuesta a la nor-epinefrina (Levophed) el índice de mortalidad no fué significativamente reducido. En efecto, de los 13 pacientes fallecieron 11, 2 a consecuencia de accidentes tromboembólicos, y 9 con cuadros vinculados al shock. — *Otero.*

## CONGENITAS

*VARIACIONES ANATOMICAS EN LA TETRALOGIA DE FALLOT.* Th. Baffes, F. R. Johnson, W. J. Potts y S. Gibson. "Am. Heart. J.", 1953, 46, 657.

A los efectos de analizar las posibilidades de practicar intervenciones directas sobre el o los impedimentos infundíbulo-pulmonares en vez del shunt

## ANÁLISIS DE REVISTAS

sistémico-pulmonar estudian 42 especímenes de tetralogía de Fallot. Primer hecho interesante es que nunca observaron estenosis valvular pura, cuando ésta estuvo presente siempre hubo cierto grado en su alteración concomitante de infundíbulo. En 12 casos hubo atresia pulmonar en los cuales, por supuesto, la única intervención posible sería el shunt. En los otros 30 casos la alteración del infundíbulo pudo ser clasificada de acuerdo a las siguientes 5 modalidades. Primer grupo, en el cual el principal obstáculo consistía en una bandeleta fibromuscular a la altura del ostium. Por encima de este obstáculo, el infundíbulo se presentaba dilatado como un tercer ventrículo. Esta morfología estuvo presente en el 19 % de los casos. Un 2º grupo, 7 % de la serie, mostró atrofia de la cresta supraventricular, y una saliente que impedía el libre pasaje de la sangre inmediatamente debajo de la válvula pulmonar. A esta forma, la llaman estenosis subvalvular y, aparentemente, podría ser tratada con incisión y dilatación, pero la formación que queda en la cresta supraventricularis es todo lo que separa la aorta de la pulmonar, pensando que el riesgo en crear un shunt aorto-pulmonar es grande. El 3er. grupo, 9,5 %, es denominado estenosis intermedia y la obstrucción está formada por el lomo de la cresta supraventricularis. El 4º grupo, estenosis tubular, representó el 24 % de la serie, mostrando estrechamiento del infundíbulo en toda su longitud. El 5º grupo, 12 % fué denominado estenosis compensada, mostró la parte anterior de la cresta supraventricularis escindida, formando un defecto a través del cual la sangre fluiría desde el defecto septal. La parte posterior, no escindida de la cresta, ocluye casi completamente la parte inferior del infundíbulo. Consideran que la intervención directa es casi impracticable en los grupos 4 y 5, muy riesgosa en los grupos 2 y 3, siendo únicamente aconsejable en el primero. Como se observará estas conclusiones difieren de las de Brock y Glover y sus respectivos grupos. — *Otero*.

**FISTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR ASINTOMÁTICA.** Relato de un caso con cura quirúrgica. T. J. Talbot y J. J. Silverman. "Arch. Int. Med.", 1952, 90, 569.

Los autores concuerdan en que si la cianosis, poliglobulia, etc., son frecuentes, no son obligadas y así refieren un caso de diagnóstico radiológico accidental. Si bien parecería que el tamaño y duración de la fístula explican los síntomas, no hay una relación estricta. El caso por ellos descrito es una prueba. La fístula era grande y no tenía síntomas. Creen que la ausencia de cianosis podría deberse al gran desarrollo de la circulación de los vasos bronquiales. Recomiendan la laminografía en los casos sospechosos de tal fístula. — *Manguel*.

## INFECCIOSAS Y VALVULARES

**PERICARDITIS REUMÁTICA.** G. T. Tomas, E. M. M. Besterman y A. Hollman. "British Heart J.", 1953, 15, 29.

Son estudiados 38 casos de pericarditis reumática, 30 de ellos con derrame y 8 con pericarditis seca. Hacen hincapié en la importancia de distinguir estos

## ANÁLISIS DE REVISTAS

dos grupos, desde que consideran la pericarditis seca como un acontecimiento relativamente sin importancia de la carditis precoz, mientras que la pericarditis con derrame sería una manifestación de carditis severa, ocurriendo a un tiempo más tardío y afectando adversamente el pronóstico. Los hallazgos clínicos han sido cotejados con los radiológicos en 15 casos con derrame. Los signos que más frecuentemente se encontraron fueron la presión venosa aumentada, signos anormales en las bases pulmonares y matidez cardíaca anormal; los 2 primeros muy precoces, tendiendo a preceder a los signos radiológicos de derrame. Consideran que los signos en las bases pulmonares pueden ser explicados en todos los casos por el derrame pleural concomitante. En 10 de los 17 casos con derrame, se hallaron electrocardiogramas anormales. Los cambios aparecieron tardíamente en cinco de ellos y fueron de corta duración en cuatro. La elevación del segmento ST fué la anomalía más común. La inversión conspicua de la onda T fué rara. Cuatro de los 6 casos con curvas normales habían tomado digital, pudiendo ser ésta la causa de que la configuración característica de la pericarditis no apareciera. En los 2 restantes los electrocardiogramas fueron tomados a intervalos infrecuentes y las anomalías pudieron ser pasadas por alto. Ocho casos de pericarditis con derrame fueron tratados con salicilato, respondiendo sólo uno en forma relativa. La paracentesis pleural y pericárdica fué sólo indicada en un caso. El pronóstico, en los casos con derrame, fué peor en los niños por debajo de los 10 años y cuando habían sufrido un largo curso de actividad reumática. Fallecieron 10 de los 17 casos con derrame y de aquéllos que se recobraron, todos salvo uno tuvieron signos de daño cardíaco residual: lesión aórtica y mitral (cuatro) insuficiencia mitral (dos). El caso restante no tenía ningún signo físico de daño cardíaco en el momento de su alta y al examen realizado un año después. — *Pose*.

*PERICARDITIS AGUDA IDIOPATICA*. E. M. Goyette. "Ann. Int. Med.", 1953, 39, 1032.

Resumen los hallazgos de 28 observaciones. Admiten el valor de las características de la precordialgia con ausencia de colapso, la presencia precoz del frote y de la fiebre con leucocitosis como datos para inclinarse hacia el diagnóstico de pericarditis y poder descartar el infarto de miocardio. En cuanto a los signos E.C.G. son los conocidos por todos. Como tratamiento, sólo el sintomático y evitar el empleo de los anticoagulantes. — *Manguel*.

*ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA POR DIFTEROIDE TRATADA EXITOSAMENTE CON BACITRACINA*. J. F. Zendel y A. Lubart. "Arch. Int. Med.", 1952, 90, 562.

Se refiere un caso de E.B.S. debida a un bacilo difterioide tratada exitosamente con bacitracina después del fracaso de los otros antibióticos aislados o la combinación. La dosis total fué de 1.860.000 en 31 días sin efectos tóxicos. En la literatura es el único caso curado con bacitracina sola. En la primera semana del tratamiento hubo un repunte febril atribuido a la droga dada parenteralmente. — *Manguel*.



## ANÁLISIS DE REVISTAS

**SIGNIFICADO CLINICO DE LOS SOPLOS CARDIACOS APICAL Y AORTICO (sin soplo diastólico) COMO SON OIDOS CON EL ESTETOSCOPIO.**  
P. D. White, R. S. Schaaf, T. B. Counihan y B. Hall. "Am. J. of Med. Sc.", 1953, 225, 469.

Se estudiaron 3 grupos de enfermos: el 1º) 1.777 casos con soplo sistólico ++ a +++ sin soplo diastólico, auscultado en la punta o en el área aórtica o en ambos; el 2º) 187 casos con soplo sistólico grado 4 a 5 sin soplo diastólico, y en el 3º) 200 pacientes sin soplos. El 1er. grupo fué algo más frecuente que el 3º y 6,1/2 veces más que el 2º. El sexo y edad fueron más o menos iguales. Las cardiopatías prevalentes fueron la coronaria y la hipertensión, pero en el 2º grupo se halló un 27 % de lesiones reumáticas y un 3 % solamente en el 1º. La mayor intensidad del soplo fué en el área aórtica en el 2º grupo, pero en el 1º fué igual en la zona apical y en la base en el 26 %. Lo interesante es el peor pronóstico cuanto más intenso era el soplo, si bien en el 8 % la sobrevida fué larga. Además la mortalidad fué mayor en el varón y la etiología reumática tuvo mejor pronóstico que la coronaria o hipertensiva. En este estudio no se vió que el soplo sistólico aórtico *per se* tuviera mal pronóstico comparado con el apical. Un hecho destacable en esta serie de pacientes lo constituye la gravedad del agrandamiento cardíaco con relación a la sobrevida. — *Manguel.*

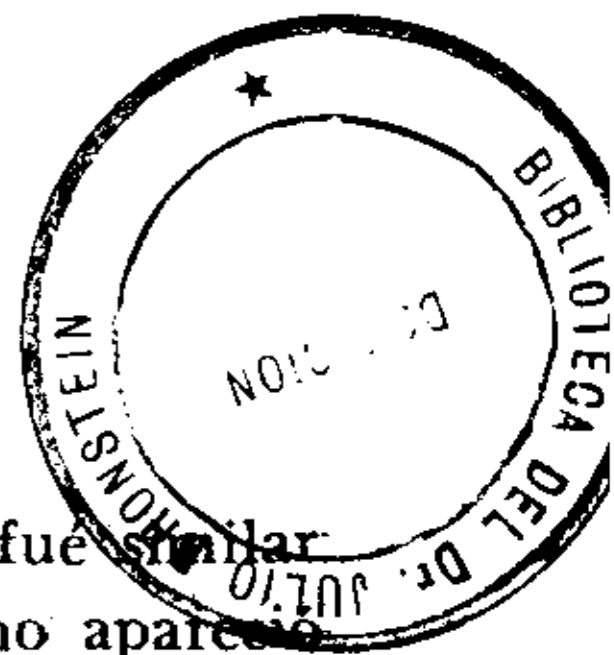
**REACTIVACION DE LA FIEBRE REUMATICA DESPUES DE LA COMISUROTOMIA.** L. A. Soloff, J. Zatuchini, O. H. Janton, T. J. O'Neill y R. P. Glover. "Circulation", 1953, 8, 481.

De 183 mitrales sin manifestaciones clínicas de actividad reumática, antes de la comisurotomía, en 4 la operación precipitó de inmediato la reactivación de la fiebre reumática. De los 179 restantes, 67 (37,4 %) presentó dolores precordiales apareciendo tardíamente después de abandonar el hospital. De esos 67, en 43 (24 % de los 179) los dolores se acompañaron de fiebre, asociándose el cuadro frecuentemente con precipitación o intensificación de insuficiencia cardíaca y/o dolores articulares erráticos, arritmias, hemoptisis o psicosis, pudiendo, a veces, el enfermo morir.

Después de transcurridos 10 días a 4 semanas, en que el dolor de la herida operatoria prácticamente ha desaparecido, estalla el violento y "terrorífico" dolor precordial que puede durar de 10 a 30 días y puede recurrir después de períodos variables de acalmia. Cuando se tiene la precaución de verificar la fiebre, si ésta acompaña al dolor, aparece por lo común simultáneamente la precede o sigue en uno o dos días y dura tanto como el dolor, pero puede ceder frente a la medicación salicilada u hormonal, pudiendo tener una o varias recurrencias. El cuadro puede evolucionar con precordialgia y fiebre aisladamente o acompañarse de las otras manifestaciones más arriba descriptas.

En ningún caso hubo antecedentes de infecciones tonsilares o respiratorias previas. La eritrosedimentación se elevó a una cifra promedio de 23 mm. en la hora y hubo habitualmente leucocitosis. El E.C.G. puede mostrar aumento del P-R, cambios sugestivos de compromiso pericárdico o miocárdico, fibrilación auricular, extrasístoles, etc.

## ANÁLISIS DE REVISTAS



El número de casos con biopsia positiva para nódulos de Aschoff fue similar al de los que no desarrollaron este cuadro, el que, por otra parte, no aparece nunca después de otras operaciones cardíacas o pulmonares en no reumáticos, razón por la cual se lo considera como una probable reactivación de la fiebre reumática. — *Moia*.

### *MIOCARDITIS NO ESPECIFICA EN LA FIEBRE REUMATICA AGUDA. O. Saphir y R. Langendorf. "Am. Heart J.", 1953, 46, 432.*

En 22 casos de carditis reumática aguda de 4 a 25 años de edad (8 entre 18 y 19 años) con enfermedad final de breve duración, habitualmente no mayor de 3 meses, y muerte repentina o a raíz de grave insuficiencia cardíaca, la autopsia encontró además de los clásicos nódulos de Aschoff:

a) Miocarditis intersticial difusa no específica caracterizada por infiltración linfocitaria rodeando los pequeños vasos (a veces también con polinucleares pero sin células multinucleadas) y a veces nódulos de Aschoff; en los casos más antiguos se encontraron pequeñas o grandes áreas de fibrosis, habitualmente peri vasculares; b) Cambios parenquimatosos, se encontraron en 18 casos, con focos de severa degeneración, pérdida de estriación y áreas de necrosis comprometiendo varios haces musculares, los cuales a veces aparecían rodeados de polinucleares, unos pocos linfocitos y células endoteliales, mezclados con algunas células de Aschoff típicas. Estas formaciones que a primera vista simulan un verdadero nódulo de Aschoff, nunca se localizan en el tejido intersticial y las células no se disponen en hileras paralelas. Quizás sean esas las formaciones descritas por Murphy como "myofiber Aschoff bodies" y que para los a.a. no constituyen verdaderos nódulos de Aschoff; c) Inflamación serosa, existía en 4 casos, infiltrándose el material de tipo edema entre las fibras musculares que mostraban cambios degenerativos.

Se sugiere que los cambios electrocardiográficos así como la gravedad de la insuficiencia cardíaca o muerte repentina, en la fiebre reumática aguda, se deben a esta miocarditis no específica y no a la presencia de los nódulos de Aschoff. — *Moia*.

### *"ACTIVIDAD" REUMATICA JUZGADA POR LA PRESENCIA DE NODULOS DE ASCHOFF EN LAS OREJUELAS AURICULARES DE PACIENTES CON ESTENOSIS MITRAL. I ASPECTOS ANATOMICOS. Z. Hawn y S. L. Robbins. "Circulation", 1953, 8, 161.*

En 183 trozos de orejuela izquierda obtenidos durante la comisurotomía, se encontraron nódulos de Aschoff típicos, endocárdicos o subendocárdicos en el 45,3 %. Trombosis auricular reciente o antigua se encontró en el 41,3 % pero sólo el 4,1 % presentó nódulos de Aschoff. En 6 de los 22 casos en que se hizo autopsia, los nódulos de Aschoff se encontraron tanto en la aurícula como en el ventrículo izquierdo, no coincidiendo ambas localizaciones cuando el número de los mismos era muy escaso. En material de autopsia (no quirúrgico) de reumáticos se encontraron hechos similares. — *Moia*.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

II. *ASPECTOS CLINICOS*. W. F. McNelly, L. B. Ellis y D. E. Harken. "Circulation", 1953, 8, 337.

De los 83 casos, sobre 183 (45,4 %) que mostraron nódulos de Aschoff, la edad oscilaba entre 20 y 31 años en el 73 % y excedía de 50 años sólo en 8 %. 123 mujeres y 60 hombres (2:1). De los antecedentes no surgieron evidencias que tales lesiones se asociaran necesariamente a infecciones estreptocócicas recientes previas a la operación.

De los 86 con ritmo sinusal, el 76 % tenía nódulos de Aschoff, mientras que de los 95 con fibrilación auricular, éstos se encontraron sólo en el 17 %. No existió relación entre la antigüedad de la fibrilación y el porcentaje con que se encontraron nódulos de Aschoff. El E.C.G. mostró P-R alargado en 14 casos de los cuales sólo 8 (57,1 %) tenían biopsia positiva.

La duración del Q-T (tal vez por efecto digitálico concomitante) no fué significativa. Tampoco lo fué la eritrosedimentación, existiera o no congestión hepática, ni la titulación de antiestreptolisina.

La presencia de nódulos de Aschoff no coincidió con mayor frecuencia de complicaciones o muertes operatorias. "Nada puede probar o refutar la existencia de relaciones entre la presencia de estos nódulos de Aschoff y un estado de continuidad de la fiebre reumática. Si estos estados representan en verdad una carditis reumática, las técnicas clínicas corrientes no son suficientemente específicas para demostrarlo". — *Moia*.

*FUNCION PULMONAR EN PACIENTES CON ESTENOSIS MITRAL ANTES Y DESPUES DE LA COMISUROTOMIA*. M. H. Williams, "J. of Clin. Inv.", 1953, 32, 1094.

En pacientes con estenosis mitral suelen observarse alteraciones de la ventilación, de la difusión y cortocircuito de sangre venosa que pasa por sectores pobremente aireados con saturación arterial de O<sub>2</sub> baja. En los casos estudiados la comisurotomía mejoró evidentemente la ventilación y el índice de mezcla. No así el trastorno de la difusión, lo cual sugeriría trastornos orgánicos irreversibles de la membrana alveólo-capilar. — *Otero*.

*DILATACION MASIVA DE LA AURICULA IZQUIERDA*. *Relato de 3 casos*. S. S. Coan, R. C. Pollock, J. Kirshbaum y T. Freedman. "Ann. Int. Med.", 1954, 40, 75.

Relatan 3 casos, 2 aislados a la aurícula izquierda y 1 a ambas aurículas, vinculados a valvulopatías reumáticas. Presentaron los pacientes un cuadro clínico caracterizado por dolor en hemitórax derecho, disfagia, tos, fibrilación auricular, una relativamente buena tolerancia al ejercicio, latidos torácicos y los signos radiológicos típicos. Opinan que en su génesis los factores más importantes son: alteración de la pared auricular y la existencia de insuficiencia mitral. — *Otero*.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

### *CONSIDERACIONES ANATOMOCLINICAS SOBRE LAS ENDOCARDITIS MITRALES.* R. Froment y J. Gravier, con la colabor. de L. Gallavardin, A. Perrin, M. Lehmann y R. Detry. "Rev. Lyonn. de Méd.", 1953, 2, 59.

Este trabajo se basa en las enseñanzas recogidas en 100 mitrales sometidos a la comisurotomía. Destacan la importancia del edema o subedema pulmonar, de esfuerzo o espontáneo, como elemento indicador de estenosis mitral cerrada, pasible de comisurotomía: sólo 7 de los 100 operados no tenían ni edema pulmonar ni hemoptisis. En caso de duda, conviene hacer una bien vigilada prueba de esfuerzo, capaz de producir el subedema inicial, generalmente con gran taquicardia (180-190) sinusal, lipotimia, reversión de T negativas precordiales en el E.C.G. y mismo dolores anginosos característicos (tal vez por hipertensión y distensión arterial pulmonar). Este cuadro edematoso, puede instalarse bruscamente, pero siempre aparece muchos años después de iniciada la carditis, traduce una estenosis mitral muy cerrada, que no deja pasar el dedo, es habitualmente progresivo y desemboca en la insuficiencia derecha, aunque excepcionalmente puede quedar estable durante muchos años (en dos casos duró 25 años). En los edemas pulmonares de decúbito hay que buscar causas coadyuvantes (desequilibrios neuro-vegetativos con taquicardia, embarazo y sobre todo actividad reumática). También tiene importancia para la indicación operatoria, las hemoptisis y la gran dilatación arterial pulmonar "seudo-congénita". La estenosis mitral cerrada puede presentar también un síndrome de hipertensión pulmonar maligna en el que, además, de la gran resistencia arteriolar pulmonar, se agregan manifestaciones pulmonares del tipo esclero-enfisematoso: en estos casos, la comisurotomía puede producir a veces trastornos irreversibles de la ventilación con colapso y cianosis precoz —a pesar de todos los cuidados— en las horas o días siguientes a la operación.

El hallazgo de gran dilatación auricular izquierda (consecutiva habitualmente a neta insuficiencia mitral) y de insuficiencia ventricular derecha no precedida de los trastornos pulmonares característicos de la hipertensión pulmonar, deben hacer suponer que no existe estenosis cerrada y que, por consiguiente, no hay indicación operatoria. Lo mismo opinan los a.a. de las estenosis mitrales bien compensadas.

En 17 de los casos enviados a la comisurotomía existía insuficiencia mitral comprobada por el dedo del cirujano. En 6 casos ésta era netamente preponderante y sólo 1 no presentó soplo sistólico intenso. Salvo un caso de valvulitis calcificada, los 5 no tenían manifestaciones edematosas de esfuerzo y el E.C.G. mostraba hipertrofia ventricular combinada o izquierda. De 3 curvas de pulso capilar pulmonar satisfactorias, una era típica, otra atípica y otra difícil de interpretar por la fibrilación auricular.

En 5 casos la insuficiencia y estenosis eran de importancia comparable, 3 con soplo sistólico evidente; todos tenían síndrome edematoso pulmonar; 3 E.C.G. de hipertrofia ventricular derecha pura y 2 combinada, y de 2 curvas de presión capilar pulmonar una sólo era sugestiva de insuficiencia mitral.

En 6 casos la estenosis era cerrada y la insuficiencia ligera. Sólo en dos casos la auscultación fué sugestiva; el resto de elementos era como en la estenosis cerrada pura.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

De ello deducen que cuando la insuficiencia mitral es importante como para discutir una contraindicación operatoria, el soplo sistólico permite afirmarla en un gran porcentaje de casos (8 sobre 11). El soplo sólo faltó en dos casos de insuficiencia mitral importante. Este soplo se localiza en la región apexiana-axilar, se acentúa en el decúbito izquierdo; se debe desconfiar del soplo que se localiza en la región endoapexiana o paraesternal izquierda, máxime si el primer ruido readquiere su intensidad al correrse hacia la axila. Casi la mitad de las estenosis mitrales con hipertensión pulmonar se acompañan de soplo sistólico ventricular derecho (sea por insuficiencia tricuspídea inicial o estenosis pulmonar funcional). La auscultación, decisiva o no, deberá confrontarse con el conjunto de todos los demás hallazgos mencionados, para llegar al diagnóstico correcto.

La coexistencia de lesiones valvulares aórticas, puede verse dificultada en su reconocimiento esteto-acústico por el pequeño volumen sistólico ventricular izquierdo. A veces después de la comisurotomía se hace más evidente un soplo sistólico de estenosis o uno diastólico de insuficiencia aórtica. Por eso tiene gran valor el reconocimiento del agrandamiento ventricular izquierdo y los signos periféricos. En principio, pues, el hallazgo de una curva E.C.G. de hipertrofia ventricular izquierda aislada o asociada a hipertrofia ventricular derecha, debe hacer suponer coexistencia de otros importantes defectos valvulares mitrales o aórticos que harán poco exitosa o contraindicarán la comisurotomía.

Anatómicamente es común encontrar en las insuficiencias mitrales puras o predominantes, dilatación del anillo valvular más que insuficiencia valvular.

En cuanto a los resultados operatorios, hubo 10 % de mortalidad (hombres 3:1), dominando el desgarro auricular y la embolia. En 6 de los 10 había alteraciones suborificiales marcadas (fusión valvulo-papilar y retracción inter-papilar).

La estenosis mitral con síndrome edematoso o hemoptisis de esfuerzo, ritmo sinusal y corazón chico constituye la indicación ideal. La mortalidad aumenta cuando hay fibrilación auricular o aumento del volumen ventricular.

Desde el punto de vista anatómico quirúrgico distinguen: 1) formas de desunión digital fácil por soldadura comisural simple. 2) formas con esclerosis marginal densa, de sección instrumental; 3) formas esclerosas difusas con fusión valvulopapilar, imposibles de corrección quirúrgica; 4) formas calcificadas, más o menos difusas; 5) formas intermediarias; 6) formas con insuficiencia mitral. — *Moia.*

### *DIFERENCIACION FONOCARDIOGRAFICA DE LOS SOPLOS VIBRATORIOS (FUNCIONALES) DE LOS PRODUCIDOS POR INSUFICIENCIA VALVULAR. T. N. Harris y S. Friedman. "Am. Heart. J.", 1952, 43, 707.*

El soplo funcional se inscribe como una serie de vibraciones de frecuencia regular, mientras que el de insuficiencia mitral orgánica es una mezcla de distintas amplitudes y frecuencias. Cuando ambas condiciones coexisten, el registro en focos distintos permite individualizar el soplo orgánico y el funcional. — *Moia.*

## TERAPEUTICA

*FIJACION DE CATIONES INVITRO POR LAS RESINAS DE INTERCAMBIO Y FUNCION DEL COLON COMO ORGANO CONSERVADOR DEL Na.* H. Field, L. Swell, D. F. Flick y R. E. Dailey. "Circulation", 1954, 9, 32.

Se sabe que los electrólitos llegan al ileo en cifras semejantes a las del plasma y que, a pesar de esto, el Na eliminado por las heces es pequeño, debido a la absorción activa efectuada por el colon. En este trabajo se trata de comprobar si el poder de absorción del colon puede afectar la fijación del Na realizada por las resinas de intercambio iónico. El experimento in vitro consistió en exponer a la acción de las resinas una solución que contenía electrólitos en proporción semejante a las relatadas por Locksoold y Randall para el ileo y comparar con el Na eliminado, por 5 pacientes en insuficiencia cardíaca tratados con resinas. Existió una muy marcada desproporción entre el Na fijado in vitro y el Na arrastrado por las resinas y eliminado por las heces. — *Otero.*

*PREVENCION DE LA RETENCION DE SODIO INDUCIDA POR EL ACTH, MEDIANTE EL USO DE SALES DE POTASIO. ESTUDIO CUANTITATIVO.* G. W. Liddle, L. L. Bennett y P. H. Forsham. "J. Clin. Invest. 1953, 32, 1197.

Se comprobó en varios pacientes que la administración oral de 200 m Eq. diarios de diversas sales de potasio, durante la terapéutica por ACTH previene la retención de sodio y aumenta su excreción. — *Malinow.*

*EFECTOS HEMODINAMICOS DE LA INFUSION ENDOVENOSA CONTINUA DE NEO-SYNEPHRINE.* D. W. Knapp, B. K. Hutt, y S. M. Howath. "Am. J. Phys. 1953, 174, 413.

Estudian las respuestas cardiovascular y respiratoria a la inyección endovenosa de la droga en perros. Depresión respiratoria y aún apnea se observó en la fase inicial. También inicialmente se registró aumento de la presión intraventricular, sistémica y pulmonar. Este aumento significativo de presiones no fué mantenido durante toda la infusión sino que tendió a descender después de lapsos variables hacia las cifras iniciales. El comportamiento del volumen minuto fué diferente según las dosis. Dosis altas lo aumentaron en contraste con otras observaciones que describieron disminución como los autores, con las dosis más pequeñas. La frecuencia cardíaca disminuyó en forma constante. — *Otero.*

*IMPORTANCIA DEL METABOLISMO INTERMEDIO EN RELACION CON LAS ACCIONES INOTROPICAS POSITIVAS DE LOS GLUCOSIDOS CARDIACOS Y DEL ION CALCIO.* S. Ellis. "J. Pharm. Exper. Therap.", 1953, 109, 233.

Se estudió la capacidad del estrofanto-K, de la concentración cálcica iónica

## ANÁLISIS DE REVISTAS

elevada y de la adrenalina para inducir efectos inotrópicos positivos en el corazón aislado hipodinámico de rana. Los experimentos se condujeron en anaerobiosis e intoxicación con iodoacetato sódico, iodoacetamida y 2:4, dinitrofenol, con y sin glucosa agregada. Se observaron efectos inotrópicos positivos de las drogas en todos los casos en que se agregó glucosa, con excepción de los experimentos en corazones intoxicados con 2:4, dinitrofenol, por lo que se concluye que los efectos inotrópicos positivos observados están en relación con el metabolismo del P. — *Malinow*.

**ESTUDIO CUANTITATIVO DEL CONTENIDO DE DIGITOXINA DE LOS LIQUIDOS DE EDEMA.** S. St. George, C. F. Naegale, F. S. French, R. H. Rosenman y M. Friedman. "J. Clin. Invest.", 1953, 32, 1222.

Se determinó el contenido de digitoxina en líquidos de edema subcutáneo, pleural y peritoneal, pertenecientes a enfermos digitalizados. De 8 pacientes, 4 no mostraron digitoxina y en los otros 4 se encontraron sólo cantidades mínimas. En consecuencia, no se han encontrado evidencias objetivas que indiquen que las diuresis marcadas produzcan sobredigitalización al movilizar grandes cantidades de líquidos extravasculares. — *Malinow*.

**TRANSFUSIONES INTRAARTERIALES Y ENDOVENOSAS. UN ESTUDIO CONTROLADO ACERCA DE SU EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DEL SHOCK HEMORRAGICO EXPERIMENTAL.** J. V. Maloney, Jr., C. McC. Smythe, J. P. Gilmmore y S. W. Handford. "Surg. Gynec. Obst.", 1953, 97, 529.

En 64 perros se produjo experimentalmente shock hemorrágico. Se comprobó que tanto las transfusiones intraarteriales como las endovenosas son igualmente efectivas en su tratamiento. — *Malinow*.

**SINDROME PRODUCIDO POR LA ADMINISTRACION PROLONGADA DE GRANDES DOSIS DE HYDRALAZINA.** H. P. Dustan, R. D. Taylor, A. C. Corcoran e I. H. Page. "J. Lab. Clin. Med.", 1953, 41, 801.

La administración de 600 a 800 mg. diarios de hydralazina durante 15 a 30 meses, produjo en 13 de 139 pacientes un síndrome similar a la artritis reumatoidea y al lupus eritematoso. — *Malinow*.

**EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION CON DROGAS.** B. Mendlowitz. "Ann. Int. Med.", 1953, 39, 999.

El autor conceptúa necesario tratar la hipertensión cuando ésta compromete la salud del sujeto. Cree que las drogas se usan para combatir el factor neurogénico. Menciona una serie de drogas dirigidas a neutralizar la descarga simpática excesiva. Los factores que limitan su empleo son los efectos colaterales. En la corteza cerebral obran los barbitúricos y la *Rawvolfia*. A nivel del hipotálamo, el *veratrum*, la *Apresolina* y los derivados de la *ergotamina*. En

## ANÁLISIS DE REVISTAS

los ganglios, el metonio que es preferible por vía parenteral. El bloqueo a nivel de las terminaciones de los nervios simpáticos, o de las fibras lisas de los capilares, tiene poco valor. La dieta sin sal obra sobre los factores no neurogénicos o intrínsecos en la hipertensión disminuyendo la resistencia vascular. La simpaticectomía está indicada cuando el factor neurogénico es evidente y no responde a las medidas médicas. La combinación de varios recursos es de aconsejar. — *Manguel*.

### PRESION ARTERIAL Y VASOS

*DINAMICA VASCULAR EN LA HIPOTENSION CONTROLADA; ESTUDIO DE LA HEMODINAMICA RENAL Y CEREBRAL.* G. C. Morris, Jr., J. H. Moyer, H. B. Snyder y B. W. Haynes, Jr. "Ann. Surg.", 1953, 138, 706.

En 8 pacientes se midió el flujo cerebral por medio de la extracción de  $\text{NO}_2$  durante períodos prolongados de hipotensión inducida por gangliopléjicos. El flujo cerebral disminuyó en forma marcada, produciéndose simultáneamente un aumento en la diferencia arteriovenosa de  $\text{O}_2$ , con lo que hubo muy pequeña disminución en el consumo cerebral de  $\text{O}_2$ . Estos resultados hacen concluir a los autores que les parece poco probable los daños cerebrales inducidos por la hipotensión sostenida por gangliopléjicos, aún a niveles de 55 mm. Hg. — *Malinow*.

*TOXICIDAD CRONICA DEL CLORURO DE SODIO. HIPERTENSION Y LESIONES RENALES Y VASCULARES.* G. R. Meneely, R. G. Teckes, W. J. Darby y S. H. Auerbach. "Ann. of Int. Med.", 1953, 39, 991.

Los autores, en vista de la pobreza de la información sobre el efecto crónico de dietas cloruradas en mamíferos administraron las mismas a ratas machos albinos. Las dietas variaron en su contenido clorurado entre 0.01 y 9.8 % de sal. Observaron que las dietas pobres y las excesivamente ricas en sal disminuían el crecimiento de las ratas. Además las primeras redujeron el apetito, no así las segundas. El 18 % de las ratas alimentadas con dietas conteniendo entre 7 y 9.8 % de Cl Na presentaron edema. Con esas dietas la hipertensión fué frecuente y se observaron lesiones renales y en grado menor en otros órganos. Hubo paralelismo entre la concentración clorurada y la presión sistólica. — *Manguel*.

*LESIONES CARDIOVASCULARES SIGUIENDO A LA NEFRECTOMIA BILATERAL DEL PERRO. PAPEL DE LA HIPERTENSION Y OTROS FACTORES EN LA PATOGENESIS.* E. E. Muirhead, J. A. Stirman, F. Jones, W. Lesch, M. Burns y M. J. Fogelman. "Arch. Int. Med.", 1953, 91, 250.

Las conclusiones son las siguientes: 1º) Las lesiones cardiovasculares se deben a necrosis cardíacas y arterial que con el tiempo da lugar a alteraciones reparativas; 2º) la hipertensión no es indispensable para estos resultados, pero su pre-



## ANÁLISIS DE REVISTAS

sencia se asocia a un aumento en la aparición de las lesiones; 3º) Estas alteraciones se producen en ausencia de una retención excesiva de líquidos en el organismo. Se consideran las hipótesis de factores patogénicos, tóxicos, electrolíticos y metabólicos. — *Manguel*.

**FUNCION RENAL DURANTE LA HIPERTENSION ARTERIAL ORIGINADA POR LA ESTIMULACION CRONICA DEL NERVIO ESPLANICO.** W. G. Rubiscech, F. J. Rothe, D. J. Laker y M. B. Visscher. *Am. J. Phys.* 1953, 397.

Siguiendo el método anteriormente relatado por el mismo grupo consiguieron hipertensión arterial en 19 perros. En ellos fué estudiado el caudal plasmático renal, y la fracción de filtración. No se observó modificación significativa en la función renal así estudiada, aunque algunos de los perros mostraron aumento durante el experimento. Por el contrario en ninguno de ellos se observó disminución del R. P. F. o de G. F.

Por lo tanto, la isquemia renal como causa de esta hipertensión parece ser desechable. — *Otero*.

**DESARROLLO DE LA HIPERTENSION RENAL EXPERIMENTAL EN EL PERRO SIGUIENDO A LA REDUCCION DEL PULSO DE LA ARTERIA RENAL SIN REDUCIR SU PRESION MEDIA.** E. W. Harthorne, S. L. Perry y W. G. Pogue. "*Am. J. Phys.*", 1953, 174, 292.

Produjeron compresión quirúrgica en la aorta abdominal por encima de las renales, registrando la curva de presión de pulso y obteniendo por integración la presión media en la arteria femoral. La compresión fué tal que redujo la presión del pulso sin modificar la media. El experimento fué practicado en 5 perros con nefrectomía unilateral previa y en 2 normales.

Aumento significativo de la presión arterial fué observado en 6 de 7 experimentos. — *Otero*.

**HIPERTENSION FRENICA O POST-ENFISEMATOSA.** C. F. Gecsichter y A. Popovici. *Arch. Int. Med.* 1953, 92, 767.

En 60 pacientes mayores de 40 años con enfisema y asma, se encontró hipertensión arterial en el 46 %. Este porcentaje es mucho mayor que en el resto de la población y hace suponer a los autores que el enfisema pulmonar produce un aumento de la presión arterial. El mecanismo supuesto se efectuaría a través de una congestión venosa renal y constricción arterial generalizada consecutiva. — *Malinow*.

**TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA HIPERTENSION RENAL Y EXPERIMENTAL CON "RENINA".** G. E. Wakerlin, R. B. Bird, B. B. Brennan, M. H. Frank, S. Kremen, I. Kuperman y J. H. Skom. *J. Lab. Clin. Med.* 1953, 41, 708.

En perros con hipertensión renal experimental por aplicación del clamp de

## ANÁLISIS DE REVISTAS

Goldblatt, la inyección intramuscular prolongada de renina porcina obtenida de la corteza renal, disminuyó o previno la hipertensión. Los descensos tensionales estuvieron bien correlacionados con los títulos de antirenina circulante. Los resultados negativos obtenidos con extractos renales totales indican que en la médula renal del chanco hay algún factor que interfiere con la prevención de la hipertensión. — *Malinow*.