

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

IDENTIFICACION DE ESTEROLES SOBRE PAPEL DE FILTRO Y SU SEPARACION POR CROMOFOTOGRAFIA EN PAPEL, J. M. McMahon, R. B. Davis y G. Kalnitsky. "Proc. Soc. Exp. Biol. Med.", 1950, 75, 799.

Se describe un método capaz de determinar colesterol en cantidades de 5 mg. y otros esteroides en concentraciones equivalentes. — *Malinow*.

CAMBIOS POST-OPERATORIOS EN EL VOLUMEN MINUTO, T. C. Fleming, D. V. Habib y J. L. Nickerson. "Am. Heart. J.", 1951, 42, 334.

El aumento del índice cardíaco, es máximo entre el 1º y 2º día del post-operatorio y se normalizó del 4º al 7º. Este aumento no depende sólo de los fluidos inyectados, sino fundamentalmente de la severidad de la operación. No hay correlación entre este aumento y el nivel del balance nitrogenado. — *B. Moia*.

EFFECTOS DE LA CORTISONA EN EL MECANISMO DE AUMENTO DE PERMEABILIDAD CAPILAR PARA EL AZUL TRYPAN EN LA INFLAMACION, V. Menkin. "Am. J. Physiol.", 1951, 166, 509.

Se inyectó subcutáneamente a conejos, exudados de peritonitis química, con o sin extractos corticales o cortisona. Posteriormente se administró azul trypan por vena y se hicieron las lecturas 24 ó 48 horas después. Se demuestra que los exudados alcalinos provocan aumento de la permeabilidad capilar y aflujo leucocitario, pero que dichas acciones son inhibidas por los extractos corticales y por la cortisona. Esta acción inhibitoria no se observa para los exudados ácidos. Se supone entonces que los extractos corticales y la cortisona inhiben la acción flogística de la leucotaxina presente en los exudados alcalinos. En los exudados ácidos existiría otra substancia, la exudina, que aumentaría la permeabilidad capilar pero no, el aflujo leucocitario y no sería inhibida por las fracciones suprarrenales estudiadas. — *Malinow*.

EFFECTOS DEL ACTH EN EL MECANISMO DEL AUMENTO DE PERMEABILIDAD CAPILAR DE LA INFLAMACION, V. Menkin. "Am. J. Physiol." 1951, 166, 518.

Cuando se estudiaron los efectos del ACTH en conejos inyectados con exudados de peritonitis asépticas, se demostró que la respuesta a la leucotaxina no era modificada y que, en cambio, el ACTH era capaz de inhibir la acción de la exudina. Se sugiere, en consecuencia, que con el objeto de disminuir los fenómenos inflamatorios, deben usarse tanto la cortisona, que inhibe la leucotaxina, como el ACTH, que inhibe la exudina. — *Malinow*.

ANÁLISIS DE REVISTAS

EVIDENCIAS INDICANDO QUE LA HIALURODINASA NO ES EL FACTOR EN LOS EXTRACTOS TESTICULARES QUE AUMENTA LA PERMEABILIDAD VASCULAR, E. P. Benditt, S. Schiller, M. B. Mathews y A. Dorfman. "Proc. Soc. Exp. Biol. Med.". 1951, 77, 782.

A ratas en las que se había administrado Azul de Evans endovenosamente, se inyectó hialuronidasa impura (A) y hialuronidasa altamente purificada (B). 25 unidades de A, produjeron acumulación local de colorante, pero no 2.5 U. En cambio 25 U. de B prácticamente no acumularon localmente el colorante, por lo que se concluye que la hialuronidasa purificada no aumenta la permeabilidad vascular. — *Malinow*.

ADMINISTRACION COMBINADA SUBCUTANEA DE EMULSIONES GRASAS CON HIALURONIDASA, B. G. P. Shafiroff, H. C. Baron, J. Rechy y J. H. Mulholland. "Proc Soc. Exp. Biol. Med.", 1951, 77, 608.

Se inyectó a pacientes soluciones cuya composición por litro era la siguiente: emulsión grasa 10 %, aminoácidos 50 g., dextrosa 50 g., gelatina 30 g. como estabilizador y hialuronidasa 500 U. (1200 Cal./litro). Dichas soluciones fueron bien toleradas. — *Malinow*.

SEMIOLOGIA

EL DESCUBRIMIENTO DE CARDIOPATIAS NO SOSPECHADAS, EN EXAMENES FOTOFUOROGRAFICOS DEL TORAX, A. Selzer, M. B. Harrison y G. T. Daniloff. "Am. Heart J.". 1951, 42, 355.

Sobre 155.021 minifilms para catastro tuberculoso, en 1356 (0,77 %) se encontraron posibles anomalías cardiovasculares que sólo fueron confirmadas como tales en la re-examinación fluoroscópica en 514 (60,7 %). En 193 de estos pacientes el examen clínico no reveló afección cardiovascular en 25 (14,5 %) y la confirmó en 165 (85 %), de los cuales en 89 (46,1 %) ya se conocía la existencia de cardiopatía. Por lo tanto, sobre 155.021 exámenes, sólo en 89 (0,059 %) se descubrió una cardiopatía ignorada. — *B. Moia*.

UN ESTUDIO DEL VALOR DE LA DEMOSTRACION RADIOLOGICA DE LAS CALCIFICACIONES VALVULARES, J. R. T. Levin. "Am. Heart J.". 1951, 42, 344.

Sobre 74 cardiopatías reumáticas se encontró calcificación aórtica en 21, mitral en 15 y en ambos en 3. La autopsia mostró 5 no visibles radiológicamente. No hubo correlación entre la severidad de la afección con la calcificación aórtica, en cambio pocos mitrales con calcificación sobrevivieron más de 1 año. En algunas circunstancias fué sólo el hallazgo de la calcificación lo que permitió el diagnóstico de la lesión valvular. — *B. Moia*.

ANGIOCARDIOGRAFIA PARA LA LOCALIZACION DE CUERPOS EXTRAÑOS INTRACARDIACOS, E. M. Goette, M. M. Keirus. "Am. Heart J.". 1951, 42, 362.

A raíz de 2 observaciones, una de las cuales seguida de operación, se recomienda de utilidad el uso de la angiocardiografía a breve intervalo antes de la intervención. — *B. Moia*.

VALORACION CLINICA DEL BALISTOCARDIOGRAMA. I: NORMALES, L. Poridy, R. C. Taymor, M. Moser, K. Chesky y A. M. Master. "Am. Heart J." 1951, 42, 321

Se usó el sistema de la célula fotoeléctrica, pero dejando apoyar la madera sobre las piernas, sin ajustarla. Fué normal en 70, anormal en 7 y en el límite en 3. Después del test de Master permaneció normal en 48 sobre 53. Será necesario seguir la evolución de estos enfermos para valorar el significado de tales hallazgos. — *B. Moia*.

II: CARDIOPATIAS. HIPERTENSION, ANGINA PECTORIS E INFARTO DE MIOCARDIO. H. Chesky, M. Moser, R. C. Taymor, A. M. Master y L. Poridy. "Am. Heart J.". 1951. 42, 328.

En 50 enfermos hipertensos (40 con cardiopatías hipertensiva), el E.C.G. fué normal en 18, mostró sobrecarga izquierda en 28 e infarto previo en 4. El B.C.G. en reposo fué anormal en 38 de los 40 con cardiopatías y en 9 de los 10 hipertensos esenciales todos los cuales tenían E.C.G. normal. De los 18 con E.C.G. normal en 11 casos se hizo el test de Master que fué positivo en un solo caso, en cambio el B.C.G. fué anormal en los 11. Las anomalías más frecuentes en los hipertensos fueron I ausentes o muy pequeñas con K profundas. El 75 % de los anginosos con E. C. G. normal en reposo y test de Master positivo. tenían B.C.G. anormal en reposo. De 5 con B.C.G normal en reposo en 4 se hizo anormal después del esfuerzo. El B.C.G. fué anormal en 92 % de los pacientes con infarto previo. — *B. Moia*.

LA RADIOELECTROKIMOGRAFIA. INTERPRETACION DE CURVAS FISIOLÓGICAS. APLICACION AL PROBLEMA DE LAS CARDIOPATIAS VALVULARES MITRALES, C. Lian, J. Facquet y G. Minot. Arch. d. mal. du coeur. 1948, 41, 727.

Los trazados ventriculares se caracterizan por: 1) un brusco y acentuado descenso mesosistólico, que comienza 0,12 y 0,14 después del vértice de R, y corresponde a la eyección ventricular hacia la aorta y pulmonar; 2) un brusco y acentuado ascenso protodiastólico, que comienza 0,10 después del final de T y continúa toda la diástole; corresponde al lleno ventricular diastólico. Los trazados arteriales tienen el aspecto clásico del esfigmograma. Los trazados auriculares (derechos e izquierdos), cuando son completos comprenden: 1) un pequeño ascenso presistólico. 2) un pequeño ascenso protosistólico. 3) un gran ascenso telesistólico que desciende en la protodiástole. Estos 3 elementos son análogos a

las 3 ondas del pulso venoso. El elemento más constante e importante es el ascenso telcsistólico. La insuficiencia mitral se reconoce por un ascenso amplio y brusco protosistólico (0,02 a 0,06 seg del vértice de R), en el trazado auricular izquierdo. En 16 sujetos sanos, no se registró reflujó de este tipo. De 6 sujetos con cuadro clínico de insuficiencia mitral pura, se registró en 5. Puede registrarse también en supuestas estrecheces mitrales puras. Puede haber enfermedad mitral sin que se registre reflujó, por ser de poca intensidad. La electokimografía puede ser un elemento de gran valor para el diagnóstico de la insuficiencia mitral, y para la valoración de soplos sistólicos apicales. — *M. Rosembaum.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

VARIACIONES EN LA RESPUESTA E.C.G. DURANTE EL EJERCICIO, P. N. G. Yu, R. A. Bruce, F. N. Lovejoy y M. E. McDowell, "Circulation". 1951, 3, 368

Caminando en un Treadmille a 1,73 millas hora y 10° de inclinación, se registraron derivaciones precordiales, antes, durante y después del ejercicio en 20 normales. En 7 de ellos al intensificar el esfuerzo o respirar O₂ a baja tensión o ambos, se observaron cambios electrocardiográficos anormales. En 48 pacientes con diversas afecciones cardiopulmonares (10 cardiopatías hipertensivas-arteriosclerosas, 9 congénitas, 7 cor-pulmonares y 2 misceláneas), las 2/3 partes dieron pruebas anormales. Las anomalías en los normales con gran sobrecarga y en los pulmonares fueron similares, pero no específicas. Los aa. usan el criterio discutible de considerar como prueba anormal el acortamiento del QT durante el ejercicio o su prolongación inmediatamente después o la relación $Q-T : T-Q > 2$ durante el ejercicio, o la depresión $QT >$ de 1 mm., o el aumento de voltaje o inversión de T durante el ejercicio, o aparición de extrasístoles ventriculares. Se destaca que estos cambios a veces sólo aparecen mientras se realizan los ejercicios. — *B. Moia.*

MODIFICACIONES DE LA SISTOLE VENTRICULAR (INTERVALO Q-T) DURANTE EL EJERCICIO, P. N. G. Yu, R. A. Bruce, F. W. Lovejoy Jr. y R. Pearson. "J. Clin. Invest.". 1950, 29, 279.

Se estudió la duración del intervalo Q-T durante y después del ejercicio, sobre la derivación pecho-espalda de Wolfarth (electrodo explorador sobre apex e indiferente sobre escápula derecha), en 25 sujetos normales, 20 con cardiopatía hipertensiva-arteriosclerótica, 8 congénitos y 24 pulmonares. En los sujetos normales el Q-T corregido, (k) se prolongó durante el ejercicio y se acortó durante los 3 minutos siguientes. En el segundo grupo K se prolongó ligeramente durante los 3 primeros minutos del ejercicio, para luego declinar, sin que se acertara después de finalizado el esfuerzo. En los congénitos, K se acortó durante el ejercicio y se prolongó ligeramente durante los 3 minutos siguientes. En los pulmonares K se prolongó muy ligeramente durante el ejercicio y se acortó después. — *M. Rosenbaum.*

VECTOCARDIOGRAFIA ESPACIAL: HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA EN LAS CARDIOPATIAS CONGENITAS, R. P. Lasser, E. R. Borun y A. Grishman. "Am. Heart J.". 1951, #2, 370.

El vectocardiograma permite distinguir esta hipertrofia, del corazón en posición eléctrica muy vertical y del bloqueo de rama derecho atípico, así como de los E.C.G. de los niños y de los adultos con infarto de miocardio que presentan R alta en VI. — *B. Moia.*

ESTUDIO VECTOGRAFICO DE UN BLOQUEO DERECHO EN EL CURSO DE UNA PERICARDITIS CALCIFICADA. VALOR SEMIOLOGICO DE LA FIJEZA DEL VECTOGRAMA EN LA INSPIRACION Y ESPIRACION FORZADAS, H. Kaufmann y J. Nory. "Arch. d. mal du coeur.". 1948, #1, 735.

En un hombre de 58 años, portador de una pericarditis constrictiva calcificada, el E.C.G. reveló un bloqueo de rama derecha. El vectograma realizado según la técnica de Donzelot y Milovanovich, fué característico de ese trastorno de la conducción y mostró como hecho notable, una absoluta fijez a los movimientos respiratorios forzados. En condiciones normales, el vectograma es sumamente móvil durante los movimientos respiratorios, desplazándose hasta 30 a 50°, verticalizándose en la inspiración profunda y desviándose a la izquierda en la espiración. — *M. Rosenbaum.*

CONCEPTOS DE ISQUEMIA MIOCARDICA, H. Hecht. "Arch. Int. Med.". 1950, 84, 711.

Muchos factores alteran el equilibrio entre el oxígeno suministrado y los requerimientos del músculo cardíaco, si se considera la isquemia. Las lesiones coronarias si bien son la causa más frecuente, no son únicas. El síntoma más principal es el dolor. En el E.C.G. de los casos no avanzados, hay alteraciones del S-T y de la T. El retardo de la repolarización en la zona isquémica modifica la T y la repolarización incompleta por la parte injuriada, el S-T. La dirección de los cambios del S-T depende de la localización de la región isquémica. Si se produce un infarto se agregan los signos de destrucción tisural y las alteraciones del QRS. Cree que por esto es preferible designar como isquemia sin destrucción tisural a la angina de pecho y de isquemia miocárdica con destrucción tisural al infarto. La reserva cardíaca se mide por el "punto de tolerancia". En la isquemia descompensadora los síntomas y signos aparecen en reposo. Si hay reserva, los test la evidencian. Creen que el uso de la inhalación de oxígeno con N y CO₂ es útil para ese test. Las alteraciones electrocardiográficas durante el test en un paciente que sufrió un infarto dependen de la revascularización y fundamentan también el pronóstico. El tratamiento será paliativo y el paciente debe vivir con una actividad supeditada a sus limitaciones. — *M. Manguel.*

SINDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITE EN UN CASO DE HIPERTIROIDISMO, G. Frau, G. Chierichetti y G. C. Maggi. Arch. d. mal du coeur. 1949, 42, 313.

Se describe un caso típico de excitación atrioventricular anómala en una mujer de 46 años, que padecía crisis de taquicardia paroxismal desde los 19 años que se habían acentuado a los 43 años, al instalarse una sintomatología característica de hipertiroidismo. La mejoría de este último cuadro (metiltiouracilo) se acompañó de desaparición de los accesos taquicárdicos. Las derivaciones precordiales permitieron clasificarlo dentro del grupo. Las derivaciones standard, torácicas, esofágicas e intracavitarias demostraron que la activación ventricular se hacía en términos generales de arriba abajo y de atrás adelante, tal como lo señalaron Sodi Pallares y col. para los casos del mismo grupo. El volumen sistólico y minuto fueron normales. — *M. Rosenbaum*.

DIFERENCIACION ENTRE LA TAQUICARDIA PAROXISTICA AURICULAR CON BLOQUEO AV PARCIAL Y EL ALETEO AURICULAR, E. Simonson y R. Berman. "Am. Heart J.". 1951, 42, 387.

En 10 casos con frecuencia auricular variable entre 158 a 400 por minuto y grados variables de bloqueo A-V, ni el estudio de la línea de base, ni de la frecuencia auricular, ni del efecto de la compresión senocarotídea, permitieron llegar a una diferenciación concreta. — *B. Moia*.

CARDIOPATIAS CONGENITAS

ACOTACIONES SOBRE UN CASO DE CARDIOPATIA CONGENITA CON EPISODIOS CIANOTICOS, W. F. Hamilton, J. A. Winslow y W. F. Hamilton, Jr. "J. Clin. Invest.". 1950, 29, 20.

En una mujer de 18 años, portadora de una cardiopatía congénita (probable enfermedad de Fallot), se demostró por medio de cateterismo cardíaco que el volumen del corto-circuito venoso-arterial variaba entre 0 y 100 %, al caer la presión arterial de 165/110 a 65/30. Esto coincidía con un cuadro clínico de intensa cianosis y colapso. Por períodos de hasta 2 minutos, los pulmones cesaban de captar oxígeno, y la saturación de O₂ en sangre arterial periférica e intracavitaria derecha se igualaba (19 %). Se señala la importancia de la resistencia periférica en el determinismo del Shunt arteriovenoso. — *M. Rosenbaum*.

COMPLEJO DE EISENMENGER: RELATO DE 2 CASOS CON REVISION DE LOS CASOS AUTOPSIADOS, V. F. Bond. "Am. Heart J.". 1951, 42, 424.

La cianosis es habitualmente mínima, salvo cuando hay insuficiencia cardíaca o afección pulmonar. Se han descrito niños que murieron sin haber tenido cianosis y hay un caso que murió a los 60 años y sólo tuvo cianosis en los

ANÁLISIS DE REVISTAS

últimos meses de vida. La disnea de esfuerzo corre paralela a la cianosis. El soplo sistólico de comunicación interventricular es habitual y es muy frecuente hallar uno diastólico (insuficiencia pulmonar, ductus, insuficiencia aórtica). El cono de la pulmonar apareció dilatado en 5 de 8 radiografías. Un E.C.G. mostró B.R.I., los demás mostraron eje normal o desviado a izquierda. En los casos personales uno tenía concomitantemente ductus permeable y el otro coartación de aorta. — *B. Moia.*

CARDIOPATIAS CONGENITAS EN EL EMBARAZO, A. Kerr Jr. y W. A. Sodemman. "Am. Heart. J.". 1951, 42, 436.

Hubo 8 comunicaciones interauriculares con 16 embarazos, 6 interventriculares con 14, 5 ductus con 18, 5 coartaciones de aorta con 11, 3 estenosis pulmonar con 12, 2 Fallot con 3 y 4 no diagnosticadas con 6 (total 33 con 80 embarazos). Cinco casos (1 interauricular, 1 interventricular, 1 ductus, 1 estenosis pulmonar y 1 Fallot), desarrollaron insuficiencia cardíaca durante o después del parto. Uno de los Fallot murió en colapso vascular durante el parto. — *B. Moia.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS

HISTORIA DE LA VIDA DE 100 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL, G. A. Perera. "Am. Heart J.". 1951, 42, 421.

Hombres 38 y mujeres 62, con antecedentes familiares en 26 e iniciación de la hipertensión durante el embarazo en 4. Edad media inicial, 32 años (variando entre 14-46 años) y de muerte 51 años (entre 27-77 años). Duración media de la enfermedad 19 años (variando entre 3-34 años). La causa primaria de muerte fué desconocida en 41, insuficiencia cardíaca congestiva (no asociada con infarto de miocardio) en 16, accidentes cerebrovasculares en 17, infarto de miocardio en 7, uremia en 6, aneurisma arterioscleroso de la aorta en 3 y miscelánea en 7. — *B. Moia.*

DISCREPANCIA ENTRE LA EXTRACCION RENAL Y LA EXCRECION RENAL DE VARIAS SUBSTANCIAS EN EL HOMBRE (PARA-AMINOHIPURATO, MANITOL, CREATININA Y TIOSULFATO), F. C. Reubi, H. A. Schroeder, P. H. Futcher y C. Reubi. "J. Appl. Physiol.". 1950. 3, 63.

En tres pacientes normales y en seis hipertensos esenciales se determinaron simultáneamente los clearances renales y la extracción renal (por caterismo venoso) de las sustancias arriba nombradas. Se encontró en cierto número de casos, discrepancias entre los valores determinados por ambos procedimientos. — *Malin'w.*

UN FACTOR RENAL EN LA RESPUESTA VASCULAR DEL SHOCK TRAUMATICO Y HEMORRAGICO, S. Báez, B. W. Zweifach, R. Pellon y E. Shorr. "Am. J. Physiol.". 1951. 166, 658.

Se produjo shock hemorrágico y traumático en forma standardizada en ratas. La sobrevida y la hemodinámica fueron influenciadas por la ligadura previa de

los pedículos renales, por lo que se demuestra la existencia de un factor renal. Se sugiere que otros experimentos en los cuales no se observó dicho factor renal, son debidos a que las sangrías masivas pueden producir verdaderas nefrectomías reflejas. — *Malinow*.

EL DIAGNOSTICO CLINICO DE PERIARTERITIS NODOSA: RELATO DE 4 CASOS, B. G. King. "Ann. of Int. Med.". 1950, 32, 456.

El autor refiere 4 observaciones, con diagnóstico en vida. El cuadro fundamental estaba constituido por fiebre, pérdida de peso y astenia. Agregado a esto, eran de valor la ausencia de factor etiológico y la presencia, en cambio, de compromiso de más de un órgano o sistema. Si el diagnóstico puede efectuarse al considerar la multiplicidad de manifestaciones, la seguridad se logra con los resultados positivos de la biopsia muscular o de nódulos cutáneos o de un órgano abdominal afectado. — *M. Manguel*.

TERAPEUTICA

EL MITO DEL ESTRICTO REPOSO EN CAMA EN EL TRATAMIENTO DE LAS CARDIOPATIAS, S. A. Levine. "Am. Heart J.". 1951, 42, 406.

Destaca nuevamente que en la insuficiencia cardíaca las condiciones dinámicas son más favorables para el corazón cuando el paciente está sentado con las piernas colgando, que cuando está acostado. Mismo cuando duerme podría elevar 10 a 20 cms. la cabecera de la cama. Igual concepto se aplica a casos de infarto de miocardio reciente sin colapso acentuado, los que ya después de la primer semana del ataque pueden ser puestos en silla, durante períodos de tiempo progresivamente mayores. Sobre 70 de estos casos, la mortalidad no excedió del 10 %. — *B. Moia*.

EFFECTOS CARDIOVASCULARES, RENALES Y GENERALES DE GRANDES Y RAPIDAS TRANSFUSIONES DE PLASMA EN HOMBRES CONVALESCIENTES, J. R. Wilson, C. R. Harrison. "J. Clin. Invest.". 1950, 29, 251.

Se administraron entre 900 y 1955 cc. de plasma en plazos variables entre 5½ y 60 minutos a 10 hombres convalecientes de enfermedades varias no cardiovasculares. El rápido aumento del volumen sanguíneo así conseguido se acompañó de aumento transitorio de la frecuencia cardíaca y respiratoria, de la presión arterial y venosa, y disminución del hematocrito. Se observó un rápido aumento y paulatina disminución de los clarences de creatinina y para-aminohipurato, acompañados de aumentos en la diuresis. El procedimiento fué bien tolerado en todos los casos. — *M. Rosenbaum*.

AMINOFILINA ENDOVENOSA Y CIRCULACION Y METABOLISMO CEREBRAL EN EL HOMBRE, R. L. Wechsler, L. M. Kleissand, S. S. Kety. "J. Clin. Invest.". 1950, 29, 28.

Se estudiaron 10 pacientes diversos antes y durante la inyección endovenosa de 0.50 g. de aminofilina en 250 cc. de solución fisiológica. Se obtuvieron los si-

guientes promedios respectivamente: Caudal circulante cerebral: 59,4 y 44,4 cc. por 100 g. de cerebro y por minuto. Resistencia cerebrovascular: 1,7 y 2,1 mm. Hg. por 100 g. y por minuto. Consumo cerebral de O₂: 3,8 y 3,8 cc por 100 g. y por minuto. Diferencia a-v cerebral de O₂: 6,7 y 8,7 cc. %. El contenido de CO₂ en sangre arterial: 49,8 y 48,1 vol. %; y el pH en sangre arterial 7,39 y 7,41. La presión arterial media: 92,5 y 90,5 m. Hg. Los autores suponen que la aminofilina contrae los vasos cerebrales, disminuyendo el caudal cerebral. Esto produciría un aumento en la concentración cerebral de CO₂; como el CO₂ es un estimulante respiratorio, puede suponerse que la hiperventilación causada por la aminofilina se debe a la disminución del caudal circulante cerebral. Esta hiperventilación disminuye el CO₂ arterial y lleva el CO₂ cerebral y venoso yugular a los límites previos. Como el contenido de O₂ en la vena yugular disminuyó de 8,2 a 6,2 vol. %, y como dicho contenido refleja el contenido en O₂ del cerebro, los autores deducen que la aminofilina produce anoxia de tejido cerebral. — *M. Rosenbaum.*

ACCION DE LA PROCAINA AMIDA SOBRE EL CORAZON, A. M. Wedd, H. A. Blair y R. S. Warner. "Am. Heart J.". 1951, #2, 399.

Sobre el corazón de tortuga y el humano, la droga tiene pronunciada acción similar a la quinidina. En el primero, su acción principal es elevar el umbral de la estimulación eléctrica, alargando el tiempo de conducción del miocardio ventricular. No deprime la contractibilidad muscular aún a grandes dosis y no modifica el período refractario ni la ritmicidad. En pacientes con ritmo normal no produce cambios ni modifica la presión arterial. En casos de fibrilación auricular produce enlentecimiento de la frecuencia auricular del 12 al 25 %; su efecto es más precoz pero desaparece también más rápidamente que con la quinidina. En un caso produjo bloqueo a-V completo, bloqueo de rama y severa depresión del marcapaso ventricular. Por lo tanto, su uso debe ser considerado peligroso cuando hay lesiones del tejido de conducción. Se citan también casos de terminación de taquicardia ventricular después de enlentecimientos del ritmo ectópico. — *B. Moia.*

TRATAMIENTO PIRIDOXINICO DE PACIENTES ARTERIOSCLEROTICOS E HIPERTENSOS, F. Molli. "Act. Vitam" (Milán). 1950, #, 268.

La administración de piridoxina per os a grandes dosis en 10 pacientes hipertensos y con arteriopatías, no produjo cambio alguno en el cuadro clínico, presión arterial, oscilometría y colesterolemia. — *Malinow.*

TRASTORNO MIOCARDICO, HEPATICO Y RENAL CONSECUTIVOS A LA ADMINISTRACION DE ACIDO PARA-AMINO BENZOICO. OBSERVACIONES CLINICAS Y EXPERIMENTALES, A. H. Cruickshank y G. W. Mitchell, Jr. "Bull. Johns Hopkins Hosp.". 1951, 88, 211.

Tres pacientes que fallecieron mientras se encontraban bajo terapéutica de ácido para-aminobenzoico mostraron pronunciados cambios grasos en el corazón, riñón e hígado. Cuando se administraron grandes dosis a conejos, perros, se ob-

servaron los mismos cambios degenerativos, por lo que tal vez puedan resultar peligrosas las dosis muy elevadas. — *Malinow*.

EL USO DE LA RESPIRACION ARTIFICIAL EN EL ENFISEMA PULMONAR ACOMPAÑADO DE ALTOS NIVELES DE ANHIDRIDO CARBONICO, H. J. Boutourline-Young y J. L. Whittenberger. "J. Clin. Invest". 1951, 30, 838.

Con el objeto de evitar la narcosis y el coma que suceden en algunos pulmonares crónicos cuando respiran 100 % de oxígeno, se recomienda la respiración artificial prolongada en atmósfera con elevada concentración de oxígeno. Se muestran dos casos que estuvieron hasta cinco días en el respirador, uno de los cuales con muy buen resultado clínico. — *Malinow*.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS EFECTOS DEL CLORURO DE TEA Y DEL VERÁTRUM VIRIDE SOBRE LA PRESION ARTERIAL DE EMBARAZADAS NORMALES Y TOXEMICAS GRAVIDICAS, N. S. Assali, A. A. Brust, S. T. Garber, E. B. Ferris. "J. Clin. Invest". 1950, 29, 290.

Se estudió el efecto de la inyección endovenosa de 400 mgr. de T.E.A. y de 0,22 cc. de veratrum viridum en 10 embarazadas normales y en 12 toxémicas grávidas. El veratrum descendió la presión sistólica en un 42% y la diastólica en un 48 % en las toxemias, y sólo un 6 % la sistólica y un 5 % la diastólica en las embarazadas normales. En cambio el T.E.A. descendió la presión sistólica en un 38 % y la diastólica en un 41 % en las embarazadas normales, y sólo un 12 % la sistólica y un 6 % las diastólica en la toxémicas. — *M. Rosenbaum*.