

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

LA MEDICION BRONCOSCOPICA DE LA PRESION AURICULAR IZQUIERDA, P. R. Allison, R. J. Linden, "Circulation", 1953, 7, 669.

A través de un broncoscopio, introducen un tubo que en su extremidad tiene una aguja de 5 y medio a 6 cm. de largo, por 0,30 mm. de diámetro interno, con la cual punzan directamente la aurícula izquierda en contacto con el bronquio derecho principal. De esta manera, se han registrado curvas de presión y medido las mismas en pacientes con afecciones pulmonares, corazón normal y estenosis o insuficiencia mitral; en el mismo trazado se registraron curvas de presión de un catéter introducido en la periferia de un vaso pulmonar. — *Moia*.

LAS CARACTERISTICAS DE LAS ONDAS DE PRESION AURICULAR DERECHA ASOCIADAS CON HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA, M. D. McCord, S. Komesu y S. Gilbert Blunt, "Am. Heart J.", 1953, 45, 706.

En 13 casos de estenosis pulmonar valvular aislada y en 7 con hipertensión pulmonar idiopática, los registros de presión auricular derecha mostraron ondas *a* de amplitud notablemente aumentada. Se considera que estas ondas *a* gigantes representan la respuesta característica de la aurícula derecha en presencia de severa hipertrofia ventricular derecha. Como en los pacientes con estenosis pulmonar y en 3 de los con hipertensión pulmonar primitiva, no había evidencias de insuficiencia ventricular derecha, ni manifestaciones de insuficiencia tricuspídea, los autores interpretan que este aumento de la onda *a* se debe a que, cuando la presión auricular es normal, el lleno del ventrículo derecho hipertrofiado, menos distensible, es incompleto, quedando en la aurícula un volumen de sangre residual que estimula su hipertrofia. Esta interpretación aplicable a otros procesos, capaces de hipertrofiar al ventrículo derecho, como se ha observado en la estenosis mitral, adquiere notable valor, ya que debe pensarse más en la hipertrofia ventricular derecha que en la estenosis tricuspídea cuando se encuentran ondas *a* con tales características.. — *Moia*.

LA PRESION VENOSA MEDIDA EN EL PLIEGUE DEL CODO. ESTUDIO EXPERIMENTAL Y CLINICO, J. L. Duomarco y R. Rimini. "Medicina", 1953, 13, 199.

En una serie de 40 sujetos normales, 40 pulmonares difusos crónicos y 40 insuficientes cardíacos, hemos determinado la presión venosa en el pliegue del codo, con relación al nivel de la foseta supra esternal, en las posiciones sentada y acostada, con el brazo descendido. Se estudió el efecto de la actividad muscular del antebrazo, la hiperventilación pulmonar voluntaria y las pruebas de Müller

y de Valsalva. El nivel de referencia adoptado corresponde a la altura de la vena subclavia, donde, en condiciones normales, se produce el colapso yuxtatorácico de dicha vena. Los resultados obtenidos han sido interpretados de acuerdo con las leyes que rigen el desplazamiento de los líquidos en los tubos colapsables. En condiciones normales, el colapso subclavio no impide el pasaje de la sangre venosa al interior del tórax e independiza la presión venosa periférica de la aspiración pleural y de la presión y posición de la aurícula derecha. Por consiguiente, y dado el escaso valor de la presión hidráulica, los valores obtenidos son expresión exclusiva de la acción de los músculos respiratorios accesorios de la axila y de la base del cuello. En los pulmonares la presión venosa se comporta prácticamente como en los sujetos normales; sólo que la acción de los músculos respiratorios accesorios es más acentuada.

En la insuficiencia cardíaca, con hipertensión auricular derecha de grado suficiente para distender el colapso subclavio, se restablece la continuidad hidráulica entre las venas del brazo y la aurícula derecha. — *Autores.*

DINAMICA CARDIOVASCULAR, VOLUMEN SANGUINEO, FUNCION RENAL Y EXCRECION DE ELECTROLITOS EN EL MISMO PACIENTE DURANTE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA Y DESPUES DE LA RECUPERACION DE LA COMPENSACION CARDIACA, L. W. Eichna, S. J. Farber, A. R. Berger, D. P. Earle, B. Rader, E. Pellegrino, R. E. Albert, J. D. Alexander, H. Taube y S. Youngwirth, "Circulation", 1953, 7, 674.

En 6 pacientes con insuficiencia cardíaca y volumen minuto bajo y 2 con insuficiencia cardíaca por cor pulmonale, se hicieron antes y después de la compensación, las siguientes determinaciones: volumen minuto, contenido de oxígeno de la sangre arterial venosa mixta, presiones periféricas e intracardíacas, volumen sanguíneo, hemodinámica renal y excreción de agua y electrólitos. Al recuperarse la compensación cardíaca, estas funciones tuvieron tendencia a mejorar hacia lo normal; hubo considerables variaciones entre los distintos sujetos y las distintas constantes. Los cambios en los pacientes con cor pulmonale eran similares a los hallados en los otros pacientes, excepto en lo que se refiere a las funciones dependientes de la afección pulmonar.

Mientras que varias de las funciones de naturaleza secundaria volvieron a lo normal, otras funciones de naturaleza más primordial (volumen minuto, diferencia arteriovenosa de oxígeno, flujo plasmático renal, filtración glomerular), muy a menudo, no se normalizaron, aunque, en general, mejoraron. Las funciones cardiovasculares y renales finales presentaron, a menudo, un conducta anormal similar, pero no tan marcada como la que existía originalmente durante la insuficiencia cardíaca congestiva y estos resultados no guardaron relación con el grado de compensación clínica de los enfermos. — *Moia.*

CONCENTRACIONES ELECTROLITICAS DEL PLASMA EN LOS CARDIACOS AMBULATORIOS, N. S. Bricker y L. G. Wesson, "Circulation", 1953, 7, 687.

En un numeroso grupo de pacientes, sometidos a grados variables de restric-

ción de sodio y diuréticos mercuriales, tratados ambulatoriamente, el comportamiento de los electrolíticos del suero fué similar al encontrado en enfermos internados. Hubo, sin embargo, una ligera tendencia a la alcalosis metabólica y, ocasionalmente, una leve hiponatremia, pero en ningún caso se observó el síndrome de carencia de sal. — *Moia*.

ESTUDIOS DE LA CIRCULACION Y METABOLISMO CEREBRAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, P. Novack, B. Goluboff, L. Brotin, A. Soffe y H. A. Shenkin, "Circulation", 1953, 7, 724.

Usando la técnica del óxido de nitrógeno, se estudió el comportamiento de la circulación y metabolismo cerebral en 15 pacientes con insuficiencia cardíaca de grado moderado, no encontrándose diferencias significativas con los valores respectivos en un grupo control. La utilización cerebral de oxígeno y el flujo sanguíneo en la insuficiencia cardíaca aparecieron significativamente reducidos por debajo de los valores establecidos como normales para los individuos jóvenes, pero se demostró que estos cambios eran función del aumento de la edad y de la arteriosclerosis y no atribuibles a la insuficiencia cardíaca. En ésta, se encontró aumento de la presión venosa de la yugular interna y del líquido céfallo-raquídeo. Estas elevaciones eran de magnitud similar, pero, en ningún caso de la serie estudiada, su grado fué suficiente para influenciar adversamente a la circulación cerebral. No se encontró ningún caso de disminución de la circulación cerebral que pudiera ser atribuido a una reducción de la tensión de CO_2 . Se deduce que, en la insuficiencia cardíaca congestiva, hay una tendencia a mantener la circulación y metabolismo cerebrales, frente a una disminución de volumen minuto, aunque no se considera improbable que en los grados más avanzados de insuficiencia cardíaca, pueda haber un compromiso de la circulación cerebral. — *Moia*.

EFFECTOS DE LAS POSTURA SOBRE LA EXCRECION RENAL DE SODIO Y CLORO EN LA HIPOTENSION ORTOSTATICA, D. M. Bachman y William B. Youmans, "Circulation", 1953, 7, 413.

Se midió la filtración glomerular por el índice de depuración de la creatinina endógena, y se calculó el sodio filtrado como el producto de la filtración glomerular y las concentraciones de sodio del suero, observándose que, en los pacientes con hipotensión ortostática, al pasar a la posición vertical, después de un largo período de decúbito horizontal, disminuye la velocidad de excreción del sodio y cloruro, así como la filtración glomerular, no normalizándose inmediatamente estos valores al volver el paciente a la posición reclinada. — *Moia*.

ADAPTACIONES HEMODINAMICAS EN LAS ANEMIAS TROPICALES, A. Lanari, A. García Santos y C. Núñez, "Medicina", 1953, 13, 36.

Se realiza el estudio hemodinámico de 11 enfermos con "anemias tropicales" de distinto grado de gravedad. Se encuentra que la volemia se halla discretamente disminuída, el volumen minuto circulatorio en reposo aumentado hasta tres veces los valores normales. En ejercicio moderado el volumen minuto circu-

latorio alcanza en algunos hasta seis veces los valores normales de reposo. Hay una mejor correlación con el descenso de la Hb aplicando el "equivalente circulatorio" que el índice cardíaco. Por debajo de 5 g. el volumen minuto circulatorio aumenta francamente. El análisis de la saturación de la Hb arterial demostró una neta insaturación en los enfermos con menos de 6 g. de Hb. Se discute el por qué de este resultado paradójal considerando que tanto una desviación de la curva hacia la derecha y la admisión venosa fisiológica de sangre muy insaturada, pueden originar este aumento de la insaturación arterial. Respecto a la ventilación en reposo y en el ejercicio existe un discreto aumento en ambas condiciones, que se manifiesta aun cinco minutos después de terminado el ejercicio. — *Autores.*

EFECTO DEL HEXAMETONIO SOBRE LA FILTRACION GLOMERULAR, FUNCION TUBULAR MAXIMA Y EXCRECION RENAL DE ELECTROLITOS, J. H. Moyer, L. C. Mills y C. P. Smith, "J. Clin. Investig.", 1953, 32, 172.

En 14 pacientes controles y en 22 hipertensos se determinó en T_{mpah} , C_{in} y la presión arterial, antes y después de la administración de Hexametonio. Se observó un descenso tensional acompañado por una disminución inicial de la filtración glomerular que se normalizó rápidamente. El aumento en la reabsorción del agua y del Na se manifestó por oliguria concomitantemente con una disminución en la excreción de K. — *Malinow.*

EFECTOS DE LA ADMINISTRACION DEL INHIBIDOR DE LA ANHIDRASA CARBONICA "6063" SOBRE LOS ELECTROLITOS Y EL BALANCE ACIDO-BASICO DE DOS PACIENTES NORMALES Y DOS ENFERMOS CON ACIDOSIS RESPIRATORIA, J. Nadell, "J. Clin. Investig.", 1953, 32, 622.

Se administró "6063" a la dosis de 8-10 mg./Kg./día dividido en 4 vces, llegándose en algunos casos hasta 18 mg./Kg./día. Se observó en la orina: aumento del pH, de la eliminación de CO_2 , Na, K y P y una disminución de la excreción de NH_3 . En la sangre arterial disminuyó el pH y la concentración de CO_2 y de K. En dos o tres días se normalizaron los electrolitos urinarios, persistiendo los cambios sanguíneos que se normalizaron más gradualmente. Al cesar la terapéutica, todos los valores volvieron rápidamente a la normalidad. — *Malinow.*

ALTERACIONES EN EL NUMERO DE LAS PLAQUETAS CIRCULANTES DESPUES DE OPERACIONES QUIRURGICAS Y DE LA ADMINISTRACION DE HORMONA ADRENO-CORTICO-TROPICA, R. Warren, J. Lauridsen y J. S. Belko, "Circulation", 1953, 7, 481.

Después de operaciones mayores (de la magnitud de la resección gástrica parcial o pulmonar), se observa una trombocitopenia en los 3 ó 4 primeros días del post-operatorio, que va seguida, durante la segunda semana, de trombocitosis. Esta trombocitopenia inicial no se debe a la hemorragia operatoria ni a la

ANÁLISIS DE REVISTAS

depresión de la médula ósea; en cambio, parece vincularse a la hiperactividad adrenal que resulta del "stress" operatorio, ya que resultados similares se observan después de la inyección de corticotropina. Sin embargo, después de la administración de esta hormona, no se observó la trombocitosis tardía, que se admite como el elemento de mayor importancia para causar la trombosis venosa. En consecuencia, es probable que la corticotropina solo intervenga como uno de los diversos factores que modifican el comportamiento de las plaquetas en el post-operatorio. — *Moia*.

EL PESO DEL CORAZON Y SUS CAVIDADES EN LA CARDIOPATIA HIPERTENSIVA CON Y SIN INSUFICIENCIA, R. S. Jones, "Circulation", 1953, 7, 357.

Disecando las cavidades cardíacas mediante una técnica simple, en 130 casos de hipertensión arterial se encontró que en ausencia de insuficiencia cardíaca, sólo se hipertrofia el ventrículo izquierdo, el cual sigue hipertrofiándose durante la evolución de la enfermedad. En cambio, el ventrículo derecho y ambas aurículas, sólo se hipertrofian después de aparecida la insuficiencia cardíaca. El ventrículo derecho continúa hipertrofiándose durante la duración de la insuficiencia cardíaca hasta 3 años; después de este tiempo hay una aparente disminución de peso ventricular, más marcada para el ventrículo izquierdo que para el derecho. Correlacionando el trabajo ventricular con la masa ventricular, el ventrículo izquierdo produce, aparentemente, dos veces más trabajo por gramo de músculo que el derecho. Esto podría obedecer a su menor volumen sistólico residual. Es evidente que los cambios de peso de las cavidades cardíacas observados en este estudio no pueden explicarse enteramente por los conceptos actuales de cardiodinámica e insuficiencia cardíaca. — *Moia*.

PATOLOGIA

DATOS SOBRE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LIMA, E. Rubin de Celis, "Rev. Peruana de Card.", 1952, 1, 277.

Del estudio realizado se desprenden las siguientes conclusiones: Sobre 11.576 asistidos, 6.214 pacientes (53,68 %) presentaban síntomas y signos cardiovasculares relacionados con el corazón. La edad en que con mayor frecuencia se encuentran las enfermedades del corazón oscila entre los 50 y 69 años. Predomina en un mayor porcentaje la enfermedad hipertensiva, 1.780 casos (35,14 %) y si agregamos su frecuente asociación con la esclerosis coronaria, 1.112 casos (21,95 %), la cifra asciende a 2.892 casos, o sea el alto porcentaje de 57,09 % de las cardiopatías orgánicas. La enfermedad hipertensiva figura como primera causa de insuficiencia cardíaca. La esclerosis coronaria "pura" ocupa el segundo lugar con 733 casos (14,47 %); la edad en que más frecuentemente se presenta oscila entre los 50 a 60 años. Como causa de insuficiencia cardíaca ocupa el segundo lugar. Cardiopatía reumática con 500 casos (9,87 %) ocupa el tercer lugar de cardiopatías orgánicas. La sífilis cardiovascular ocupa el cuarto lugar

con 334 casos (6,59 %), siendo la forma de lesión más frecuente la aortitis simple, luego la aortitis complicada con insuficiencia aórtica y el aneurisma de la aorta. Las malformaciones congénitas del corazón se comprobaron en 191 casos (3,77 %), figurando en el quinto lugar de las cardiopatías orgánicas. Representa el sexto lugar como causa etiológica de insuficiencia cardíaca. El corazón pulmonar con 94 casos constituye el 1,86 % del total de cardiopatías orgánicas (séptimo lugar), siendo el tipo clínico más frecuente el cor pulmonale crónico y como causa de esta afección predomina la esclerosis y enfisema pulmonar, tuberculosis pulmonar, neumoconiosis, bronquitis crónica. Como factor etiológico de insuficiencia cardíaca es el quinto lugar; la edad frecuentemente hallada oscila entre los 50 y 70 años.

Las tiroideopatías como causa de cardiopatía ocupan el octavo lugar, 87 casos (1,72 %), de los cuales 66 fueron hipertiroideos (1,30 %) y 21 hipotiroideos (0,42 %); la edad en que se ha presentado mayor número de casos ha sido entre los 40 y 49 años. Endocarditis bacteriana hallada en 17 casos, constituye el 0,34 % de las cardiopatías orgánicas. — *Autor*.

ENFERMEDAD MIOCÁRDICA PRIMITIVA DE LA NIÑEZ Y DE LA INFANCIA, H. D. Rosenbaum, A. S. Nadas y E. B. D. Neuhauser, "Am. J. Dis. Children", 1953, 86, 28.

Se estudiaron anatomopatológicamente 45 pacientes con cardiomegalia, sin soplos, normotensos, cianóticos y con electrocardiograma de hipertrofia ventricular izquierda con o sin cambios primarios de la onda T. Las causas más frecuentes de dichos hallazgos clínicos fueron la miocarditis idiopática, la esclerosis subendocárdica, las anomalías del nacimiento de las coronarias y la enfermedad de von Gierke. — *Malinow*.

TROMBOENDOCARDITIS RECURRENTE PARIETAL, C. McNicol, H. E. MacMahon, A. S. Benenson y T. Winship, "Circulation", 1953, 7, 497.

Se describen dos casos de 34 y 27 años de edad, respectivamente, que presentaban engrosamientos subendocárdicos consistentes, casi en su totalidad, en colágeno, que en algunas áreas, tenía la apariencia de una substancia fundamental eosinofílica, claramente diferente de los tejidos cicatrizantes, y en otras, presentaba aspecto celular, conteniendo numerosos fibroblastos. En algunas regiones de este subendocardio alterado existían trombos murales. Estas alteraciones localizadas en el ventrículo izquierdo no se acompañaban de cambios esenciales en las arterias coronarias y válvulas. Se destaca que esta enfermedad aparece en los sujetos jóvenes y produce habitualmente insuficiencia miocárdica crónica sin antecedentes de enfermedad cardíaca previa, con alteraciones del ritmo cardíaco y electrocardiográficas que pueden simular afección coronaria. La etiología sigue siendo desconocida. — *Moia*.

COLAGENOSIS CARDIOVASCULAR CON TROMBOSIS ENDOCÁRDICA PARIETAL, B. J. Becker, C. B. Chatgidakis y B. van Linge, "Circulation", 1953, 7, 345.

Sobre 9.500 autopsias se encontraron 40 casos de este curioso síndrome cuya

lesión cardíaca se caracteriza por corazones dilatados (habitualmente sin hipertrofia), trombosis mural, especialmente en el ventrículo izquierdo; necrosis o fibrosis subendocárdica y de los músculos papilares, engrosamiento focal o difuso del endocardio y ausencia de lesiones significativas en el pericardio, válvulas, vasos coronarios o aorta. El cuadro se acompaña de insuficiencia cardíaca congestiva e infartos viscerales que estuvieron presentes en el 58 % de los pacientes y en la mitad de los mismos afectaban más de un órgano, predominando los pulmones (25 casos), bazo (6 casos), riñón (18 casos) y cerebro (3 casos). En 17 casos existía electrocardiograma anormal, sobre todo en el segmento RST y onda T, habitualmente con depresión del RST y prolongación del QT. La mayoría de los pacientes presentó albuminuria. Los hallazgos histopatológicos fueron muy similares a los encontrados en "enfermedades difusas del colágeno" pero no mostraron las lesiones características de la fiebre reumática, periarteritis nudosa, lupus eritematoso o escleroderma difuso. — *Moia.*

ANGIOCARDIOGRAFIA Y CATETERISMO

LA ANGIOCARDIOGRAFIA Y LA AORTOGRAFIA EN LA COARTACION DE AORTA. SIGNOS RADIOLOGICOS DE LA COARTACION CALCIFICADA, A. Peralta, V. L. Castañeda P. y N. Zegarra A. y los Sres. J. Camacho R. y V. Pérez N., "Rev. Peruana Card.", 1952, 1, 257.

Se han hecho estudios experimentales en perros con estenosis aórticas similares a la coartación humana de opacificación de la aorta torácica por la angiocardiografía y la aortografía. Se han obtenido por ambos métodos imágenes bien contrastadas, aunque la mayor nitidez se ha conseguido por la aortografía. El electrocardiograma canino a las 3 semanas de realizada la coartación artificial ha revelado tendencia a la sobrecarga ventricular izquierda. En clínica humana hemos obtenido buenas visualizaciones de contraste con patentización del segmento aórtico estrechado por medio de la angiocardiografía clásica. Sin embargo, estos métodos de opacificación en casos de coartación de aorta se reservarán para los casos atípicos, pues por la hipertensión arterial en el segmento superior del cuerpo y por la posible existencia de pequeños aneurismas en el territorio cerebral, la rápida inyección de la sustancia opaca puede acarrear serias complicaciones como las hemorragias capilares y aún las rupturas vasculares. Uno de los casos estudiados por angiocardiografía tuvo singular interés por ostentar una amplia calcificación de las paredes del segmento estrechado. Una imagen de calcificación en la teleradiografía convencional por debajo del cayado aórtico, en el área del cono pulmonar, en ausencia de ateroma de la aorta torácica es sugestivo de coartación aórtica calcificada. Se hacen diversas consideraciones radiológicas y patogénicas de las calcificaciones de la coartación de la aorta. — *Autores.*

FLUORODENSOGRAFIA CON SUBSTANCIA RADIOOPACA, G. Moros G., R. J. Neri y G. Villagordoa, "Am. Heart J.", 1953, 45, 495.

El registro electrokimográfico ventricular izquierdo, se modifica notable-

mente durante la inyección de Diodrast al 35 % para la pielografía de rutina. La curva aumenta notablemente de amplitud al aumentar la densidad opaca de la sangre, modificándose sobre todo las fases de lleno y expulsión ventricular. Se considera que este procedimiento puede ser de utilidad indiscutible para la medida del tiempo de circulación y el estudio de ciertos cortocircuitos circulatorios. — *Moia*.

HEMIPLEGIA TRANSITORIA DESPUES DE LA INYECCION CEREBRAL DE DIODRAST DURANTE LA AORTOGRAFIA POR CATETERISMO, E. Converse Peirce, "Circulation", 7, 385.

En 2 casos, después de la inyección de dosis variables de diodrast al 70 %, aparecieron $\frac{1}{4}$ de hora y 1 hora después hemiplegias transitorias que desaparecieron en pocos minutos sin dejar secuelas aparentes. — *Moia*.

TRAUMATISMO SUBENDOCARDICO PRODUCIDO POR LA CATETERIZACION DEL CORAZON DERECHO EN EL HOMBRE, S. M. Sancetta, D. B. Hackel, y R. B. Lynn, "Am. Heart J.", 1953, 45, 491.

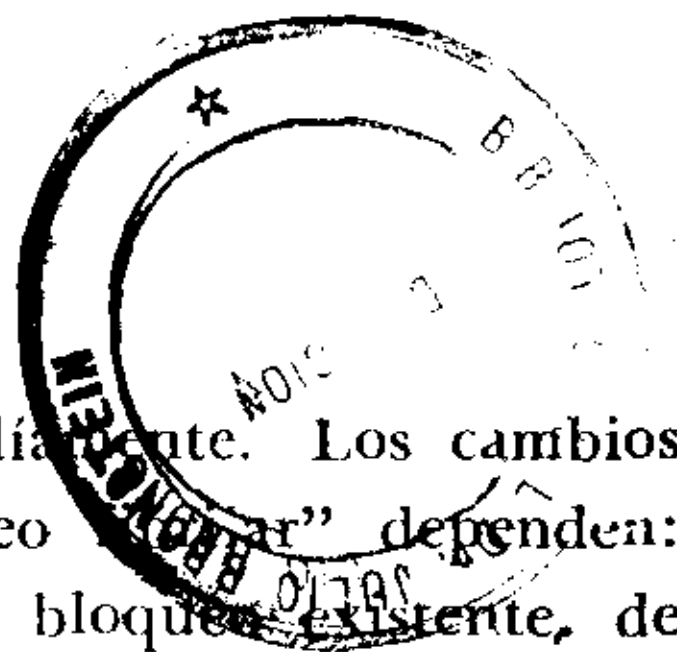
Una mujer de 39 años en la cual se introdujo un catéter hasta la arteria pulmonar, para estudiar los efectos hemodinámicos de la anestesia espinal alta, murió repentinamente 4 horas después de una colecistectomía, y la autopsia mostró la existencia de hemorragias petequiales subintimales en las venas, en la aurícula derecha y en el ventrículo derecho, así como en la sigmoide pulmonar posterior. La muerte de la paciente se atribuyó a atelectasia masiva pulmonar y no existían aparentemente manifestaciones de diatesis hemorrágica. En otro enfermo, apareció un bloqueo de rama que duró cinco días y que se atribuye también a una hemorragia subendocárdica. — *Moia*.

ELECTROCARDIOGRAFIA

EL BLOQUEO FIBRILAR. ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS QUE ACOMPAÑAN AL DETERIORO PROGRESIVO DE LA FIBRA CARDIACA, V. Alzamora Castro, R. Abugattáas, C. Rubio, J. Bouroncle, C. Zapata, G. Battilana, T. Binder, E. Santamaría, R. Subiría, D. Paredes y B. Pando, "Rev. Peruana Card.", 1952, 1, 229.

El "bloqueo fibrilar" es la manifestación electrocardiográfica no específica del daño de la fibra cardíaca ordinaria. Los cambios electrocardiográficos que acompañan al deterioro progresivo de la fibra cardíaca son imputables, en esencia, a variaciones independientes o correlativas de la velocidad del proceso de depolarización y recuperación. Las "corrientes de injuria" dependen de la naturaleza del daño y pueden o no acompañar a las manifestaciones electrocardiográficas del "bloqueo fibrilar".

La zona cardíaca donde, mediante sustancias tóxicas o la isquemia, se produce localmente un "bloqueo fibrilar" es comparable a una isla ventricular



en la cual el proceso de excitación progresa lenta y tardíamente. Los cambios electrocardiográficos producidos por un islote de "bloqueo" dependen: de la manera como progresa la excitación, del grado de bloqueo existente, de la dimensión y ubicación del islote y de la localización del electrodo explorador. — *Autores.*

EL EFECTO DE LA HIPERPOTASEMIA PROVOCADA SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL Y ANORMAL, H. T. Dodge, R. P. Grant y P. W. Seavey, "Am. Heart J.", 1953, 45, 725.

Registrando el E.C.G. hasta 2 horas o más después de la administración oral de por lo menos 15 g. de cloruro de potasio en una sola dosis, se observó que las anomalías del vector de T no se corrigen cuando éstas son debidas a un infarto de miocardio, isquemia ventricular izquierda o sobrecarga ventricular izquierda. En cambio, cuando las anomalías del vector de T son producidas por factores hemodinámicos no relacionados con afección cardíaca o se encuentran en el curso de algunos trastornos generales no cardíacos o aparecen cuando el sujeto se pone de pie o después de la digitalización, el potasio puede normalizar, en forma completa aunque temporaria, el vector de T. La aparición de severas reacciones tóxicas por potasio, incluyendo un caso de muerte, hace demasiado peligroso su empleo rutinario para diferenciar las anomalías de las ondas T mencionadas. — *Moia.*

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO DE LOS INFARTOS DEL TABIQUE, M. I. Rodríguez, A. Anselmi Ch. y D. Sodi-Pallares, "Am. Heart J.", 1953, 45, 525.

En los infartos en masa del tabique, cuando no hay bloqueo de rama, la configuración electrocardiográfica se caracteriza por la presencia de complejos QS en las derivaciones precordiales que se orientan hacia el tabique interventricular (V_3 , V_4 o tal vez de V_1 a V_4). Con frecuencia, este tipo de infarto se complica con un bloqueo completo o incompleto de rama izquierda; en estas condiciones el diagnóstico sigue aún siendo posible por la presencia de onda Q en las derivaciones que enfrentan la cara lateral del ventrículo izquierdo y, sobre todo, por la presencia de complejos QrS en las zonas de transición (V_3 , V_4). Cuando existe bloqueo de rama derecha, hay una destrucción importante del tabique que es responsable de la aparición de las ondas Q en las precordiales derechas o en las zonas de transición.

En los infartos del tercio inferior del tabique, se aprecia una elevada frecuencia del bloqueo de rama izquierda completo o incompleto. Cuando no hay bloqueo de rama el diagnóstico puede ser muy difícil. La presencia de complejos QS de V_1 a V_4 o en V_3 y V_4 permite el diagnóstico de lesión del tabique, aunque es prácticamente imposible diferenciar esta imagen de las del infarto en masa. Si este tipo de infarto se complica con un bloqueo de rama izquierdo, el diagnóstico se facilita por la presencia de complejos qRs en V_3 y V_4 , y por ondas Q en las derivaciones que enfrentan la pared libre del ventrículo izquierdo

ANÁLISIS DE REVISTAS

«Cuando este tipo de infarto se complica con bloqueo de rama derecha, en las precordiales derechas, aparece onda Q cuya magnitud se acentúa en proporción directa con la extensión de la lesión del tabique. En los casos en que el infarto se extiende a la pared libre del ventrículo derecho, es posible identificar, en las precordiales derechas, la morfología encontrada en las partes altas del tabique. Cuando hay bloqueo de rama izquierda, la morfología puede simular alteraciones de la conducción del lado derecho. En los infartos del tercio superior del tabique existió, en todos los casos, bloqueo de rama; sin embargo, no se encontraron datos electrocardiográficos que sugirieran el compromiso septal.

En las fibrosis del tabique, aun cuando las zonas fibrósicas fueran de extensión considerable, no se encontraron evidencias características electrocardiográficas de esta condición, aunque en algunos casos, aparecieron bloqueos de rama izquierdos, que podían o no estar directamente vinculados a las zonas de fibrosis. — *Moia.*

EL DIAGNOSTICO DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN PACIENTES CON EXCITACION AURICULO VENTRICULAR ANOMALA (SINDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE), L. Wolff y J. L. Richman, "Am. Heart J.", 1953, 45, 545.

En 4 casos de infarto de miocardio, las alteraciones características del mismo desaparecieron cuando los trazados con PR normal, mostraban el síndrome de PR corto. En consecuencia, el error puede ser inevitable si no se reconoce la conducción anómala y, por lo tanto, no se debe descartar la existencia de un infarto de miocardio, en los casos en que el trazado presenta este síndrome de PR corto. Si existen sospechas clínicas de infarto se debe tratar de obtener la conversión a la conducción normal, ya sea por la compresión senocarotídea, la inspiración profunda, la quinidina, atropina y el nitrito de amilo, separadamente o en combinación. Como la digital favorece el mecanismo anómalo, debe tratarse de no administrarla hasta poder obtener la conversión al ritmo normal, que permita fundamentar el diagnóstico electrocardiográfico de infarto de miocardio. — *Moia.*

ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES UNIPOLARES DORSALES IZQUIERDAS Y SU APLICACION AL INFARTO DE MIOCARDIO POSTERIOR, S. R. Elck, L. M. Herman y G. Griffith, "Circulation", 1953, 7, 656.

En 112 pacientes, de los cuales 52 normales, 18 con hipertrofia ventricular izquierda, y 6 con hipertrofia ventricular derecha, y 36 con infarto posterior, se registraron derivaciones a distintas alturas de la región dorsal en la línea espinosa, a 2 cm. a la izquierda de las apófisis espinosas, en la línea axilar posterior y en la línea escapular que representa la proyección posterior de la línea medioclavicular anterior. El electrodo se colocó a nivel de la 2ª, 4ª, 6ª, 8ª, 10ª y 12ª vértebra torácica, y 2ª lumbar. En los normales, con corazón horizontal, en las líneas axilar posterior y escapular se registraron trazados con complejos del tipo fundamentalmente epicárdico. En los corazones en otras

posiciones se encontraron complejos transicionales del tipo epicárdico al endocárdico, a distintos niveles de las líneas escapular y espinal, mientras que los trazados en la línea axilar posterior, sólo registraban complejos del tipo epicárdico.

En la hipertrofia ventricular derecha e izquierda, se registraron cambios similares a los observados en las derivaciones convencionales.

En la totalidad de los 36 casos de infarto posterior diagnosticado clínicamente y por las derivaciones electrocardiográficas convencionales, las derivaciones dorsales, mostraron también el infarto. Además, éstas mostraron la transición del ventrículo no afectado al área del infarto (es decir, desde la Q septal a la Q del infarto) y, por lo tanto, permitieron cierta estimación del tamaño del infarto. En algunos enfermos, en los cuales el infarto de miocardio se sospechó clínicamente y las derivaciones convencionales no lo mostraron claramente, las derivaciones dorsales ofrecieron evidencias específicas del infarto.

En cada posición eléctrica cardíaca, la mayoría de los pacientes normales y anormales, presentaron alguna superficie epicárdica posterior, oculta a la derivación AVF. Esta área, no registrable electrocardiográficamente, es menor en la posición vertical y mayor en la horizontal.

Un hallazgo interesante en las derivaciones dorsales, no descrito hasta ahora, fué la determinación de una zona de transición de los complejos ventriculares izquierdos a los derechos en los corazones horizontales, tanto en los sujetos normales como en los con hipertrofia ventricular izquierda. Esta zona puede ser comparable a la zona de transición similar vista en las derivaciones precordiales. Se sugiere que el progresivo aumento de profundidades de la onda Q, a medida que se registran las derivaciones dorsales izquierdas hacia abajo, puede indicar infarto de miocardio, tal como se acepta para la Q anormal en AVF. De esta manera, el significado de ondas Q dudosas en AVF, de las cuales depende habitualmente el diagnóstico de infarto de miocardio posterior, puede ser mejor valorado. — *Moia*.

ESTUDIOS DE LAS CONFIGURACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS EN ESPEJO. I. PRUEBAS EXPERIMENTALES DE LA VALIDEZ DE LA HIPOTESIS DEL DIPOLO Y DE LA TEORIA DEL CENTRAL TERMINAL, O. H. Schmitt, R. B. Levine y E. Simonson. "American Heart J.", 1953, 45, 416.

Con el paciente en posición sentada, se coloca un electrodo en determinada parte del tórax, que servirá como electrodo de referencia. Luego se coloca otro electrodo en distintas partes de la región torácica que pueda considerarse como el extremo perpendicular (antípoda) del sitio donde se implantó el primer electrodo. Para facilitar la búsqueda, se puede usar un potenciómetro y, además, un cardioscopio polar que permite confrontar las imágenes obtenidas, derivando desde el primer electrodo al central terminal y desde el segundo electrodo al central terminal, hasta alcanzar la buscada imagen en espejo, sobre todo para el QRS. Para estos electrocardiogramas en espejo que se encuentran, a menudo, en posiciones anatómicas opuestas, a través del corazón, se propone una técnica de cancelación mediante la cual se pueden cancelar partes similares de las presu-

midas configuraciones en espejo, dejando sólo la porción no equilibrable, como un residuo. Se describe un coeficiente de cancelación, que permite la valoración cuantitativa de la excelencia de las imágenes en espejo. Se utiliza un medio fotográfico estereoscópico que permite "visualizar" dentro del cuerpo, los ejes de cancelación.

Se destaca la importancia de la coincidencia de las fases exactas para la cancelación, demostrándose la existencia de engañosas "falsas" imágenes en espejo. Las verdaderas imágenes en espejo, de excelente buena cancelación, no son raras, la mayoría de las configuraciones tienen buenas imágenes en espejo, aunque se encuentren ciertas configuraciones no cancelables. — *Moia*.

II. *LA VALIDEZ ESTADÍSTICA E INDIVIDUAL DEL CONCEPTO DEL DIPOLO CARDÍACO APLICADO AL ANÁLISIS ELECTROCARDIOGRÁFICO*, R. V. Levin, O. H. Schmitt y E. Simonson, "American Heart J.", 1953, 45, 500.

Como se señaló en el trabajo anterior, para obtener la cancelación de un par de imágenes en espejo, es necesario balancear un triple puente. Des de las 3 variables, se eliminan encontrando puntos que son eléctricamente opuestos a través del corazón, es decir, donde existe la imagen en espejo. Estas imágenes no necesitan ser iguales en amplitud, sólo deben ser de signo opuesto y de forma idéntica. La tercera variable se elimina combinando estas dos imágenes opuestas, de tal manera que sus cargas sumen 0 (cancelación). En la práctica la localización de las verdaderas imágenes en espejo, es sin duda alguna, el proceso más dificultoso de los dos. En un estudio de 17 sujetos normales y 37 cardíacos se encontraron imágenes en espejo a lo largo de aproximadamente 100 ejes anatómicos diferentes a través del corazón, no existiendo dirección que diera significativamente mejores imágenes en espejo. En general, aproximadamente el 90 % de los potenciales electrocardiográficos que aparecen en cualquier parte del cuerpo, incluyendo las áreas precordiales, pueden adscribirse a una fuente de corriente cardíaca de tipo dipolo, ya que sólo el 9 % de las imágenes en espejo fué término medio, incapaz de cancelarse. Aunque hay diferentes puntos del cuerpo que están a distintas distancias eléctricas del corazón, el estudio de las dimensiones corporales y cardíacas fué incapaz de revelar una correlación significativa entre las dimensiones físicas y las distancias eléctricas.

Todos los estudios se hicieron usando un central terminal de Wilson. Desde que la excelencia de la cancelación de las imágenes en espejo depende tanto de la verdadera neutralidad del central terminal como de la realidad de que la actividad cardíaca sea el tipo dipolo, el terminal de Wilson, se muestra, por lo tanto, como bastante satisfactorio para derivaciones en la dirección ántero-posterior así como en el plano frontal.

Teniendo en cuenta que sólo una fuente de tipo dipolo es capaz de producir imágenes en espejo en tan amplia variedad de derivaciones a través del corazón, los resultados obtenidos se consideran como una verificación de la teoría del dipolo, tanto para los propósitos semicuantitativos como para los cualitativos. De ello se desprende que las áreas de proyección de la denominada electrocardio-

ANÁLISIS DE REVISTAS

grafía unipolar, deben ser consideradas como teniendo relativamente escaso significado. — *Moia*.

III. *IMÁGENES DE CANCELACION EN ESPEJO EN LOS SUJETOS NORMALES Y ANORMALES*, O. H. Schmitt, R. B. Levine y J. Dahl, "Am. Heart J.", 1953, 45, 655.

Las curvas de distribución de 142 cancelaciones en los 37 cardíacos, es similar a las 106 cancelaciones en los 17 sujetos normales, pero el número de cancelaciones excelentes y buenas en los cardíacos, es menor que en los sujetos normales, y el de malas y pobres es mayor. En los pacientes con bloqueo de rama, estas pobres cancelaciones se explican por la existencia de un dipolo móvil, de acuerdo con lo sugerido con por Duchosal y Grosgrain. En los pacientes con sobrecarga ventricular derecha o izquierda, el número mayor de cancelaciones significativamente malas, se debe probablemente, en gran parte, a las limitaciones técnicas aunque en estos enfermos, también frecuentemente, pueden encontrarse excelentes cancelaciones. Lo interesante es que, en los pacientes con infarto de miocardio anterior y posterior, el promedio del coeficiente de cancelaciones es el mismo que en los sujetos normales. La excelente cancelación de ondas Q anormales, registradas en estos pacientes, no es compatible con la teoría de la "ventana", según la cual la Q representa potenciales cavitarios registrados a través del área inerte infartada. Se deduce, en consecuencia, que las lesiones mayores, como las del infarto del miocardio, cambian el estereovectocardiograma en su totalidad, por una desviación del balance de las fuerzas eléctricas. En otras palabras, el electrocardiograma registrado en puntos opuestos de la lesión, es tan anormal como las imágenes de infarto registradas próximas a la lesión. Esto no cambia la localización de las lesiones, ya que, las lesiones en distintas partes del corazón, cambiarían el balance de las fuerzas eléctricas en una dirección específica y diferente. Cambia, sin embargo, ciertas interpretaciones, tales como la de la ventana eléctrica o la desviación intrínsecoide. En general, estos resultados no son compatibles con la denominada electrocardiografía unipolar como síntesis de configuraciones locales. El hecho de que no haya tampoco significativas diferencias en los coeficientes de cancelación de los pacientes con enfisema pulmonar y sujetos normales, unido a las anteriores observaciones, demuestra que las cancelaciones incompletas o pobres en algunos pacientes no se debe a la interferencia de configuraciones locales. La distribución regional de las cancelaciones buenas o pobres sobre la superficie corporal, no evidencia ninguna configuración selectiva en las distintas categorías de cardiopatías estudiadas. Se concluye que la teoría del dipolo es una hipótesis de trabajo válida tanto para la interpretación electrocardiográfica de los sujetos normales, como de los con afección cardíaca. — *Moia*.

ANALIZADOR DE VECTORES ESPACIALES PARA EL ELECTROCARDIOGRAMA CONVENCIONAL, E. Simonson, "Circulation", 1953, 7, 403.

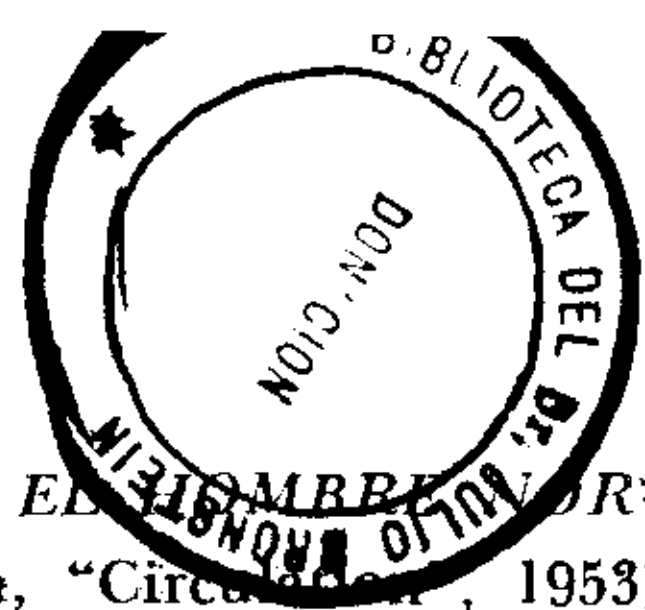
Se describe un aparato consistente en una base que constituye el plano hori-

ANÁLISIS DE REVISTAS

zonal, bajo la forma de un círculo que representa la superficie torácica a nivel del 5º espacio intercostal, y en el cual se marcan los puntos de derivación precordial y marcas intermedias dadas en términos de ángulos con respecto al centro del corazón. A un costado se coloca un soporte rectangular (que sostiene una esfera) de 10.5 pulgadas (21 unidades) de altura. Dicho soporte se ubica habitualmente en un punto a -90° en el plano horizontal, con otro punto de fijación accesorio a $\pm, 180^\circ$. De la esfera nacen varillas montadas sobre dispositivos magnéticos especiales que aseguran su adhesión a la esfera y representan los vectores. El diámetro transversal representa DI. Con otros pequeños agregados, este dispositivo permite determinar los vectores espaciales de las desviaciones medias o instantáneas tomando como base el E.C.G. común. Estos vectores se dan en términos de ángulos horizontales y verticales y magnitudes y también del ángulo entre los vectores espaciales. El tiempo requerido para la determinación de un vector espacial, es alrededor de 3 minutos. — *Moia*.

ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE LAS DERIVACIONES UNIPOLARES Y EL VECTOCARDIOGRAMA ESPACIAL USANDO LA VECTOCARDIOGRAFIA PANORAMICA, W. R. Milnor, S. A. Talbot y E. V. Newman, "Circulation", 1953, 7, 545.

Los autores utilizan un aparato que permite mostrar sobre el osciloscopio de rayos catódicos, cualquier "vista" del vectocardiograma espacial o las derivaciones escalares del vectocardiograma a lo largo de cualquier eje, razón por la cual lo denominan vectocardiógrafo panorámico. En 58 personas, los E.C.G. unipolares registrados desde la región precordial y otros puntos de la superficie del cuerpo, mostraron estrecho parecido con las derivaciones escalares apropiadas derivadas de los vectocardiogramas especiales. Esta concordancia persistió, aun en casos de infarto de miocardio, en los cuales las derivaciones precordiales mostraron cambios que antes se suponían producidos por "efectos locales", originados por la proximidad del electrodo explorador a la porción de miocardio lesionada. Algunas de las discrepancias consignadas anteriormente entre las derivaciones precordiales y el vectocardiograma transversal, parecen deberse al hecho de que el punto eléctrico O yace relativamente alto en el tórax, de modo que las posiciones de las derivaciones precordiales, se encuentran en un plano que no puede compararse directamente con el vectocardiograma transversal. Estos resultados apoyan la hipótesis general de Duchosal según la cual para todas las derivaciones de la superficie del cuerpo el campo eléctrico del corazón se aproxima al de un dipolo único, relativamente pequeño, en un medio homogéneo conductor. La forma de los complejos en las derivaciones precordiales y otras derivaciones unipolares parece depender más del eje de la derivación en el campo eléctrico del corazón que de la conducción preferencial de una parte del corazón al electrodo explorador. Es decir, que los "efectos locales" no son el factor predominante en la determinación de la forma de los complejos precordiales. — *Moia*.



ESTUDIO DEL VECTOCARDIOGRAMA ESPACIAL EN EL EJERCICIO MODERADO Y PESADO, G. E. Burch, J. A. Abildskov y J. A. Cronvich, "Circulation", 1953, 7, 558.

A 71 hombres y 4 mujeres jóvenes, sanos desde el punto de vista de su aparato circulatorio, se registraron todas las derivaciones unipolares más los vectocardiogramas espaciales utilizando el tetraedro equilátero como sistema de referencia. El bucle espacial de QRS y T tiene solamente dos configuraciones básicas, pero con una variedad de orientaciones que producen muchas proyecciones diferentes en los distintos planos. Esto explica, en parte, la variación tan grande del vectocardiograma normal. El estudio de las relaciones entre las derivaciones precordiales y los vectocardiogramas espaciales, mostró que no se pueden deducir del vectocardiograma detalles característicos de la forma y magnitud de las derivaciones precordiales. — *Moia*.

EL BUCLE ESPACIAL QRS EN LA HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA CON ESPECIAL REFERENCIA A SU COMPONENTE INICIAL, N. O. Fowler y R. A. Helm, "Circulation", 1953, 7, 573.

Se estudiaron 18 personas normales y 14 con hipertrofia ventricular derecha, observándose que la porción inicial del bucle QRS espacial se inscribe posteriormente o a la izquierda, más a menudo en el grupo con hipertrofia ventricular derecha, lo que sugiere que la activación del tabique interventricular se realiza, a menudo, de una manera anormal en dicha hipertrofia. En estos enfermos, se observó que el bucle QRS se inscribía de una manera significativamente más frecuente, en dirección horaria en el plano transversal y antihoraria en el plano sagital, y menos significativamente, en la misma dirección en el plano frontal. Se estudiaron también, las relaciones entre la dirección de inscripción del complejo QRS en el plano transversal y el tiempo de inscripción de las desviaciones intrinsecas precordiales. — *Moia*.

EL EFECTO DE UN TRABAJO MUSCULAR MODERADO Y PESADO SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA ESPACIAL, N. Kimura y E. Simonson, "Am. Heart J.", 1953, 45, 676.

Se estudió en 6 hombres jóvenes normales el efecto de 3 tipos básicos de ejercicio en el "treadmill" (aeróbico moderado: caminar a 3 mill. p. h. con una inclinación de 5° % durante 15 minutos; anaeróbico: correr a 8 m. p. h. horizontal, por 3 minutos, severa aeróbica: correr a 6 m. p. h. horizontal por 30 minutos) sobre el eje medio espacial de los vectores QRS y T, observándose diferencias características en los 3 tipos de ejercicio.

El trabajo aeróbico severo, se caracteriza por una gran desviación del ángulo horizontal del vector T a la derecha, con aumento del ángulo espacial entre el vector medio QRS y T, aumento de la magnitud del vector T y depresión del segmento ST. Estos cambios pueden explicarse sobre la base de isquemia ventricular izquierda. El total de los cambios en este tipo de trabajo excede a los observados en los otros dos tipos. En el trabajo anaeróbico se destacan cambios en

el ángulo horizontal y en la magnitud del vector espacial QRS, que no se observan en los tipos anaeróbicos. Se sugiere que la desviación a la izquierda del vector medio de T y su disminución en el trabajo aeróbico moderado, se debe a la adaptación, mientras que los cambios impuestos en el trabajo anaeróbico severo se vinculan a la fatiga. Como en las personas con cardiopatía cualquier trabajo tiende a ser más anaeróbico que en sujetos normales, los cambios en el vector QRS que han sido hasta ahora más o menos ignorados, pueden servir de criterio diagnóstico útil en las pruebas de tolerancia al ejercicio. — *Moia*.

BALISTOCARDIOGRAFIA

BALISTOCARDIOGRAFIA. II. EL BALISTOCARDIOGRAMA NORMAL. W. B.

Thompson, M. B. Rappaport y H. B. Sprague. *Circulation*, 1953, 7, 321.

Mediante el registro fotocelétrico se ha observado que existe, a veces, una onda pequeña positiva que precede a G y H y que designan F, la cual tiene aparentemente un origen auricular; la G parece relacionarse con la apertura de las válvulas semilunares, mientras que H parece relacionarse con la actividad sistólica que sigue inmediatamente a la apertura de dichas válvulas; la I coincide con el cuarto componente del primer ruido y con la iniciación del pulso femoral; la J lo hace con el vértice del pulso carotídeo y el aortograma abdominal; la K coincide con el segundo componente del segundo ruido cardíaco y la L, cuando está presente, ocurre en el momento de apertura de las válvulas aurículo-ventriculares; la N coincide con el tercer ruido cardíaco. En algunas personas estas relaciones crenológicas no son absolutamente coincidentes porque existen factores de distorsión no controlables. Cuando se introducen factores de corrección de tales distorsiones, las ondas balísticas tienden a asumir las relaciones temporarias correctas. — *Moia*.

EL BALISTOCARDIOGRAMA EN LA ESTENOSIS MITRAL. E. W. Davis, W. R. Scarborough, R. E. Mason, M. L. Singewald y B. M. Baker, "Circulation", 1953, 7, 503.

En 13 de 14 pacientes con estenosis mitral "pura" aparecieron deformaciones de la porción sistólica inicial del complejo balístico, la cual se atenuó pero no desapareció totalmente en 4 de 6 casos sometidos a la comisurotomía. Se discute la importancia que en estos cambios balísticos tienen el aumento de la resistencia vascular pulmonar, la hipertrofia ventricular derecha, el asincronismo ventricular y el gradiente anormal de presión aurículo-ventricular. La deformación balistocardiográfica consiste en la aparición de una onda que precede a la I, produciendo, a menudo, su desdoblamiento, o fusionándose con ella y deformándola. — *Moia*.

ALTERACIONES BALISTOCARDIOGRAFICAS OBSERVADAS EN LA SARCOIDOSIS. L. de Soldati, J. Doyle y R. Navarro Vio'la, "Medicina", 1953, 13, 228.

Se analizan cinco casos de sarcoidosis pulmonar, cuatro de ellas con compro-

ANÁLISIS DE REVISTAS

bación biópsica, en los cuales a más de los exámenes habituales se realizó bcg durante la respiración, apnea inspiratoria, espiratoria e intermedia. En todos los casos el electrocardiograma fué normal o con alteraciones sin significación patológica definida, mientras el bcg fué siempre patológico con alteraciones bien claras de grado variable y del tipo observado en miocardiopatías difusas de otra etiología. Se señala la utilidad del bcg en la detección del daño miocárdico de la sarcoidosis resultando un recurso complementario de interés en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. — *Autores.*

RESPUESTA DEL BALISTOCARDIOGRAMA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS, A LA ADMINISTRACION AGUDA DE APRESOLIN, HEXAMETONIO VERATRINE, REGITINA Y AMITAL SODIO. D. C. Roehm, R. C. Kory y G. R. Meneely, "Circulation", 1953, 7, 329.

Se realizaron 75 experimentos agudos en pacientes con hipertensión esencial, que presentaban antes de la administración de las 5 drogas hipotensoras registros de forma anormal con bajo gasto cardíaco. Después de la administración de las drogas depresoras se observó una mejoría de los trazados en el 65 % de los experimentos que seguía, a menudo, pero no invariablemente, a la respuesta hipotensora, aunque en algunos casos aumentó en lugar de disminuir la anormalidad. Estos resultados pueden atribuirse a una reducción del flujo coronario consecutiva a la hipotensión arterial o al almacenamiento de sangre y dificultad de retorno venoso, como resultado de la fase de dilatación periférica o de un efecto deletéreo de la droga usada sobre el miocardio y, tal vez de una falta de reserva cardíaca suficiente para sacar ventaja inmediata de la disminución de la sobrecarga de trabajo. Si esta última hipótesis fuera exacta, el balistocardiograma podría contribuir a determinar la reserva miocárdica en los pacientes con cardiopatía hipertensiva. Además, estas respuestas balísticas servirían para la selección de los agentes hipotensores de un modo más fisiológico. — *Moia.*

TRASTORNOS CARDIACOS EN EL CURSO DE LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA. Editorial. "Am. J. Med.", 1953, 14, 261.

En una amplia revisión de la literatura se demuestra que a pesar de la existencia de miocarditis y de cambios electrocardiográficos que aparecen en el curso de la mononucleosis infecciosa, se ha registrado una sola muerte en esta afección, por lo que las anormalidades electrocardiográficas no deben ser sobrevaloradas. — *Malinov.*

EL CORAZON EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA, L. Sokoloff, "Am. Heart J.", 1953, 45, 635.

Mientras que sobre 1154 autopsias consecutivas sólo se encontraron evidencias de compromiso reumático cardíaco en 5,72 %, en 101 casos de artritis reumatoidea, en personas de 19 años de edad o más, esta frecuencia se elevó al 9.9 %. Por consiguiente, estos hallazgos no se pueden interpretar como una simple coincidencia

ANÁLISIS DE REVISTAS

fortuita de compromiso cardíaco en la artritis reumatoidea, de tipo morfológicamente no distinguible de la cardiopatía reumática. De ello emerge el concepto de una enfermedad cardíaca reumatoidea específica. La frecuencia de evidencias de pericarditis curada en estos enfermos, obliga a considerar a la pericarditis como una manifestación cardíaca común de la artritis reumatoidea.

En un artículo titulado "El riesgo de las conclusiones engañosas obtenidas de datos de autopsia sobre la frecuencia de enfermedades con aplicaciones a las cardiopatías", D. Mainland, "Am. Heart J." 1953, 45, 644, al discutirse con carácter general el cuidado con que deben interpretarse estos hallazgos estadísticos de autopsia, el autor pone en evidencia la necesidad de hacer nuevos estudios, para valorar los resultados de Sokoloff. — *Moia*.

CARDIOPATIA REUMATICA Y CORAZON PULMONAR, A. C. Taquini y B. Lozada, "Medicina", 1953, 13, 139.

Se estudian 630 cardiopatías reumáticas que muestran una frecuencia de corazón pulmonar en el 3,8 por ciento. En 77 casos de estrechez mitral, el cuadro de corazón pulmonar apareció en un 22,08 por ciento. En doble lesión mitral, y en asociaciones mitrales, tricuspídeas y aórticas los porcentajes oscilaron entre 3,07 y 5 por ciento. No hubo corazón pulmonar en 143 mitrales y aórticos, y 40 aórticos puros. — *Autores*.

ESTUDIO CLINICO DE ALGUNOS ASPECTOS DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA (EN ESPECIAL DE LA CURVA TERMICA), S. Aceves, T. Cesarman, Arch. Inst. de Card. de México, 1953, 23, 235.

La observación de casos clínicos de E. B. S. sin fiebre hizo que se emprendiera un estudio sobre el particular. Se revisaron 600 casos de necropsia en el I. N. C. en busca de casos de endocarditis. Se encontraron 30 casos de endocarditis (5 %) injertada sobre lesiones reumáticas, aórticas o congénitas.

En 4 casos (13.33 %) se encontró apirexia durante la evolución de la enfermedad. En 7 casos se encontró que la apirexia era atribuible a cura penicilínica de la endocarditis o a la administración del antibióticos a dosis variables con otros fins. Se concluye que al encontrarse un caso de posible E.B.S. no debe ser descartada la posibilidad por la ausencia de fiebre.

En casos de apirexia deben revisarse cuidadosamente los antecedentes en busca del dato de la administración de antibióticos en cualquier cantidad y con cualquier propósito. — *Autores*.

INSUFICIENCIA AORTICA RELATIVA POR ANEURISMA MICOTICO DE LA RAIZ DE LA AORTA, J. Ortiz Vázquez y E. Alfonso Ribera, "Rev. Española de Cardiología", 1952, 6, 425.

Se presenta un caso en que una insuficiencia aórtica relativa por aneurisma micótico de la raíz de la aorta condujo a la muerte por insuficiencia cardíaca congestiva. Los autores no han encontrado caso análogo en la literatura, y apro-

ANÁLISIS DE REVISTAS

vechan éste para poner de relieve la posibilidad de insuficiencias aórticas funcionales de importante significación fisiopatológica, ya que si bien las insuficiencias funcionales se consideran frecuentes en las válvulas aurículo-ventriculares, suele pasarse por alto tal posibilidad para las válvulas sigmoideas aórticas y pulmonares. — *Autores.*

VALVULARES

ESTUDIOS SOBRE LA VALVULA MITRAL. I. CARACTERISTICAS ANATOMICAS DE LA VALVULA MITRAL NORMAL Y ESTRUCTURAS ASOCIADAS, I. F. Rustead, C. H. Scheilley y J. E. Edwards, "Circulation", 1952, 6, 825.

Se describen las mediciones en 50 sujetos normales, destacando el hecho de que el tejido comisural existente entre las valvas principales de la mitral alcanza término medio a 0.7-0.8 cms. de profundidad; aunque en la estenosis mitral este tejido puede permanecer normal, es capaz de contribuir a la estenosis engrosándose y haciéndose más rígido, aumentando su profundidad por soldadura de los bordes libres de las valvas y produciendo probablemente disfunción cuando sobrepasa 1.0 cms. — *Moia.*

ESTUDIOS FISIOLÓGICOS EN LA ESTENOSIS MITRAL, A. C. Taquini, R. J. Donaldson, E. S. Ballina, R. E. D'Aiutolo, y B. Lozada, "Am. Heart. J.", 1953, 45, 691.

En 19 casos de estenosis mitral predominante, los estudios realizados en reposo y durante el ejercicio, mostraron que el consumo de oxígeno en reposo estaba dentro de los límites normales en casi la mitad y excedía ligeramente a este límite en la otra mitad. Aumentó en todos los casos durante el ejercicio, llegando casi al doble de los valores en reposo en la mayoría de los pacientes. En la mayoría de los casos la diferencia arteriovenosa de oxígeno estaba considerablemente elevada (promedio 52 c.c./L. contra 35 del normal). En 3 casos fué extraordinariamente elevada. El promedio del volumen minuto en reposo se encontró dentro de los límites normales bajos, con variaciones de 1.97 a 4.76 L./min./m². En 7 casos se lo encontró, sin embargo, por debajo de lo normal. La respuesta del volumen minuto al ejercicio fué limitada, mostrando sólo 4 pacientes un aumento normal de aproximadamente 1 L. o más por m² y en uno de ellos la respuesta fué anormal, excediendo la diferencia arteriovenosa de oxígeno durante el ejercicio de 60 cc./L. En los restantes 10 casos, en los cuales se efectuó la prueba de ejercicio, no hubo aumento significativo, a pesar de que el consumo de oxígeno aumentó apreciablemente en todos. En 2 pacientes correspondientes al grupo I, el volumen minuto aumentó de la manera normal. La presión capilar pulmonar media, se encontró elevada en todos los enfermos con excepción de los 2 cuyo comportamiento funcional se mostró dentro de los límites normales en todos los estudios. La presión arterial pulmonar media fué, término medio, ligeramente mayor que 3 veces lo normal en reposo, aumentando notablemente durante el

ejercicio, salvo en los 2 pacientes del grupo I. De los 11 casos en los cuales se midió la presión capilar pulmonar y la presión pulmonar media, en 7, ésta se mostró elevada en proporción al aumento de aquélla, pero en 4 la presión pulmonar media se encontró elevada fuera de proporción con la presión capilar. La resistencia pulmonar arteriolar era groseramente el doble de los valores normales, variando, sin embargo, dentro de amplios límites. La resistencia pulmonar total, varió también dentro de amplios límites, y era, promedio, casi 3 veces más alta que lo normal. Durante el ejercicio, la resistencia aumentó en todos los casos, excepto en los cuales era normal en reposo. El trabajo ventricular derecho contra presión se mostró elevado por encima de lo normal en todos menos 1.

Cuatro pacientes mostraron un comportamiento característico, con presiones arteriales pulmonares extremadamente elevadas y volumen minuto bajo y fijo. La presión pulmonar en reposo llegaba casi a las cifras de la presión arterial aórtica y se elevó todavía notablemente más durante el ejercicio. La presión arterial pulmonar, se mostró también notablemente elevada alcanzando casi a 40 mm. de mercurio en 2 pacientes. Sin embargo, la presión arterial pulmonar se encontró mucho más elevada y fuera de proporción que la presión capilar, dando lugar a un gran aumento en la resistencia arteriolar. La resistencia pulmonar total se encontró también muy elevada. Como consecuencia de estos hechos el trabajo contra presión del ventrículo derecho aumentó notablemente. Este tipo de pacientes ha sido denominado por los autores "estenosis mitral con cor pulmonale". — *Moia*.

DINAMICA CIRCULATORIA PULMONAR EN LA ESTENOSIS MITRAL ANTES Y DESPUES DE LA COMISUROTOMIA, L. Werkö, G. Björck, C. Crafoord, H. Wulff, H. Krook y H. Eliasch, "Am. Heart, J.", 1953, 45, 477.

Se practicó la comisurotomía digital en 46 casos de estenosis mitral, ninguno de los cuales presentando insuficiencia cardíaca derecha, y sin otras lesiones valvulares de grado importante demostrable; 7 murieron como consecuencia de la operación. En todos los casos se practicó cateterismo cardíaco antes y alrededor de 6 semanas después de la operación, estudiándose también la respuesta a un trabajo ligeramente graduado antes y después de la valvulotomía en 11 casos. En el grupo de los 10 casos con cambios más marcados en la dinámica pulmonar vascular, 6 murieron y 4 mejoraron notablemente. Estos casos tenían volumen minuto bajo y presión pulmonar excesivamente alta, habitualmente con acentuado agrandamiento cardíaco, y presentando la mitad fibrilación auricular. En 16 casos, caracterizados por moderado aumento de la presión y flujo circulatorio bajo o presión aumentada y flujo circulatorio normal, 1 murió, 3 no se encontraron objetivamente mejor y 12 mejoraron. En este grupo, sólo un tercio tenía fibrilación auricular y el corazón sólo se encontraba moderadamente agrandado. En 13 casos con cambios menores en la circulación pulmonar, habitualmente con volumen minuto casi normal, y presiones moderadamente elevadas, no murió ninguno, pero sólo 5 fueron claramente mejorados, mientras que 8 no mostraron cambios significativos después de la operación, cuando fueron estudiados en reposo. En ningún caso, la dinámica pulmonar volvió a lo normal después de la

operación. Aunque en algunos enfermos la mejoría fué notable, siempre se produjo una reacción patológica al ejercicio típica para la estenosis mitral, aún en los casos más favorables. Estos hallazgos son de importancia para la discusión de las indicaciones de la comisurotomía en mitrales con cambios poco significativos. En general, los mejores resultados objetivos postoperatorios, se obtuvieron por debajo de la edad de 45 años con ritmo sinusal y tamaño cardíaco sólo ligeramente agrandado, así como síntomas correspondientes a los grupos 3 ó 4 de la New York Heart Association. — *Moia*.

DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL ACOMPAÑADA DE ESTENOSIS MITRAL, A. Logan y R. Turner, *The Lancet*, 1952, 2, 593.

El diagnóstico de insuficiencia mitral cuando simultáneamente existen signos de estenosis, no siempre es fácil de realizar. Se debe prestar gran atención al examen físico para demostrar la existencia de un soplo sistólico, la intensidad del primer ruido y la evidencia de dilatación del ventrículo izquierdo. Se fundamentan las razones para dudar del valor del llamado signo de la expansión sistólica de la aurícula izquierda como dato para el diagnóstico de la insuficiencia mitral. Se refieren 11 casos de insuficiencia mitral intervenidos mediante correcciones de la válvula con pericardio. Ninguno de los enfermos falleció en la intervención, pero es demasiado escaso el tiempo transcurrido para valorar los resultados beneficiosos de esta intervención. — *Moia*.

ALTERACIONES HEMODINAMICAS PRODUCIDAS POR UNA PROTESIS VALVULAR PLASTICA EN CASOS DE INSUFICIENCIA AORTICA SEVERA EN EL HOMBRE, J. C. Rab, C. A. Hufnagel, W. P. Hawey y E. A. Partenope, *J. Clin. Investig.*, 1953, 32, 598.

En 4 pacientes en los cuales se colocó una prótesis en la aorta torácica, se observó una mejoría de los síntomas producidos por la presencia de una severa insuficiencia aórtica. — *Malinov*.

CONGENITAS

EL DIAGNOSTICO DE LA ESTENOSIS SUBAORTICA CONGENITA, B. L. Brofman y H. Feil, "*Circulation*", 1952, 6, 817.

El registro óptico del pulso arterial subclavio y radial permite distinguir a la estenosis subaórtica de la aórtica porque en la primera hay una bien definida incisura y 2º ruido aórtico de buena calidad. Se mencionan 10 casos (edad entre 35 a 37 años) sin síntomas referibles a la lesión lo que sugiere su benignidad en la forma no complicada, ya que hemodinámicamente el ventrículo izquierdo no aparece muy sobrecargado. — *Moia*.

EL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA DESEMBOCADURA PULMONAR ANOMALA, H. A. Snellen y F. H. Albers, "Circulation", 1952, 6, 801.

Se describe en detalle un caso de probable vena pulmonar derecha común desembocando en la cava inferior, y 4 casos en los que, aparentemente, todas las venas pulmonares desembocaban en "una vena cava izquierda" conectada con la cava superior derecha por intermedio de la vena innominada izquierda, confirmado por toracotomía en un caso. El diagnóstico se basa en los hallazgos del cateterismo y angiocardiógrafa, pero podrá sospechárselo en la radiografía de rutina por la característica forma en 8, originada por las salientes similares del mediastino superior a ambos lados. Se describen anomalías asociadas en 2 casos (situs inversus abdominis, estenosis pulmonar) y se señala la frecuente coexistencia de comunicación interauricular. La sintomatología clínica fué de relativa escasa importancia. — *Moia*.

VALVULOTOMIAS INTRACARDIACAS POR MEDIO DE UN CATETER, V. Rubio-Alvarez, R. Limón L., J. Soni, Arch. Ins. Card. de México, 1953, 23, 183.

Se describe una nueva técnica para efectuar valvulotomías en los casos de estenosis valvular pulmonar mediante un cateter que tiene en su extremo un doble arco de alambre de acero, que al ponerse en tensión corta la válvula. El método es práctico y sencillo porque se puede realizar como un cateterismo ordinario bajo control fluoroscópico. Se presentan los resultados hemodinámicos obtenidos en un caso de estenosis pulmonar valvular antes y después de la valvulotomía realizada con el método descrito. Los resultados obtenidos se pueden comparar con los de la intervención de Brock. Se señalan las enormes ventajas del método del cateterismo sobre el de la cirugía transtorácica. — *Moia*.

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

ESTUDIOS HISTOLOGICOS DE LA ARTERIA MAMARIA INTERNA DESPUES DE SU IMPLANTACION EN EL MIOCARDIO, S. A. Bencosme y A. Vineberg, Am. H. J., 45, 571.

Es evidente que la arteria mamaria interna implantada en el miocardio ventricular izquierdo del perro, desarrolla nuevas ramas, que contienen tejido elástico y capas musculares y que, como las ramificaciones de las arterias coronarias, pueden ser identificadas hasta su desaparición entre las fibras musculares del miocardio ventricular. No se puede, por lo tanto, considerar a estas nuevas ramas como los vasos del tejido de granulación. — *Moia*.

EFFECTOS DE LAS DROGAS VASOMOTORAS Y DE LA ANEMIA SOBRE LAS ANASTOMOSIS INTERCORONARIAS, P. M. Zoll, L. R. Norman y S. Cossin, "Circulation", 1952, 6, 832.

En 349 chanchitos, se observó que después del estrechamiento de una arteria coronaria, aparecen anastómosis intercoronarias significativas ya a los dos días y se hacen más frecuentes después de los 7 días. El nitrito de sodio (y no

la papaverina y aminofilina), estimula significativamente estas anastómosis administrándolo preferentemente antes, o terapéuticamente después de la ligadura coronaria. La anemia estimula también las anastomosis significativamente y, en ocasiones, protege al animal contra oclusiones coronarias posteriores. — *Moia*.

EL AUMENTO DE FRECUENCIA DEL INFARTO DE MIOCARDIO AGUDO DURANTE LOS MESES DE VERANO EN UN CLIMA CALIDO, H. E. Heyer, H. C. Teng y W. Barris, *Am. Heart J.*, 1953, 45, 741.

La frecuencia de infartos agudos de miocardio en Dallas, Texas, fué de 326 en primavera, 396 en verano, 345 en otoño y 319 en invierno, lo que representa un total de 1386 casos de infarto de miocardio. Este mayor aumento de frecuencia de infarto de miocardio en el verano, es atribuído al excesivo calor en dicha región y contrasta con las cifras encontradas en otros estados de Norte América en los cuales se consignó mayor frecuencia de infarto de miocardio en el invierno. — *Moia*.

EFFECTOS AGUDOS DE LA ELEVACION DE LA PRESION DEL SENO CORONARIO, R. W. Eckstein, J. C. Hornberger y T. Sano, "*Circulation*", 1953, 7, 422.

En el perro, la anastomosis de una arteria aórtica al seno coronario, produce, cuando se liga una arteria coronaria, flujos retrógados mayores que los resultantes de la simple oclusión del seno. Esta pequeña circulación retrógrada del seno por los capilares en la arteria ocluída, suple en un 14 a 25 % la demanda normal de oxígeno del miocardio, lo cual es insuficiente para mantener la contracción miocárdica, pero evita, probablemente, la fibrilación ventricular. Sin embargo, cuando dicha anastomosis se realiza con circulación coronaria normal o sólo reducida, los hallazgos electrocardiográficos y de la circulación coronaria demuestran que se ha producido anoxia del miocardio, lo que se debe, probablemente, a la circulación capilar y a la producción de una expansión del cauce vascular coronario. Se llega a la conclusión de que la arterialización del seno coronario produce un beneficio agudo al miocardio después de la ligadura coronaria, pero es insuficiente para mantener la contracción normal. — *Moia*.

TRATAMIENTO DEL SHOCK EN EL INFARTO DE MIOCARDIO AGUDO, A. Gootnick y F. H. Knox, "*Circulation*", 1953, 7, 511.

De 32 casos de shock severo, complicando al infarto de miocardio, sobrevivieron 14. Se hizo enérgico tratamiento con drogas vasopresoras del tipo de la Neosinefrina, que demostraron no poseer efectos inconvenientes sobre el funcionamiento cardíaco, así como transfusiones sanguíneas y de plasma. Cuando la presión arterial no reacciona favorablemente a este tratamiento, el shock causa habitualmente la muerte del paciente. En 11 casos el shock se complicó con edema pulmonar agudo, salvándose 4 pacientes con la simple inyección de dosis repetidas de morfina; en cambio, en otros la terapéutica más activa con digitálicos, oxi-

genoterapia, torniquetes, etc., no demostró utilidad para combatir el edema agudo. Se recalca la importancia de combatir precoz e intensivamente el shock, para evitar una reducción mayor de la circulación coronaria y aumentar, en consecuencia, las probabilidades de sobrevida. — *Moia*.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

EOSINOFILOS Y LINFOCITOS EN LA HIPERTENSION ARTERIAL. A. C.

Taquini, S. A. Plesch, T. A. Capris y B. N. Badano, "Medicina", 1953, 13, 91.

En un grupo de 35 enfermos afectados de hipertensión esencial de diverso grado evolutivo se efectuaron estudios comparativos de la cantidad absoluta y porcentual de eosinófilos y linfocitos circulantes y de la eosinopenia provocada por la adrenalina y por el ACTH. Además, se efectuó un estudio de la eosinopenia adrenalínica en 5 perros con hipertensión arterial nefrógena y 8 perros normales. Los resultados fueron los siguientes: En el conjunto de enfermos estudiados el número de los eosinófilos mostró una tendencia hacia los valores normales bajos. La disminución de los linfocitos fué algo más pronunciada en los enfermos de grado III y IV, especialmente en las cantidades porcentuales de estos elementos. — *Autores*.

EL RIESGO OPERATORIO EN LOS PORTADORES DE UN FEOCROMOCITOMA IGNORADO, F. Martorell, "Rev. Española de Card.", 1952, 6, 391.

Se comunica un caso y se recopilan otros dos de hipertensión arterial por feocromocitoma que fueron descubiertos en la autopsia, y que, operados con diagnóstico erróneo, uno por supuesto ulcus duodenal y otro después de simpatectomía, fallecieron a consecuencia de la operación. Se resalta el riesgo operatorio en los portadores de un feocromocitoma ignorado cuando el tumor no es extirpado. — *Autor*.

ULTERIORES OBSERVACIONES SOBRE LA HIPERTENSION "SOSTENIDA" DE LA RATA, S. M. Friedman, M. Nakashima y C. L. Friedman, "Am. Heart. J.", 1953, 45, 864.

Se estudiaron tres grupos de ratas: a) controles; b) uninefrectomizadas y c) implantadas con "pellets" de DOCA los que fueron retirados 40 días después. Se determinó en cada grupo la filtración glomerular renal, la excreción de Na, la presión aórtica, el peso del corazón, del riñón y de las adrenales y se practicaron estudios histológicos de riñón, adrenales y corazón. Cuando las ratas del grupo c) se estudiaron 16 semanas después de haberse retirado las hormonas implantadas, se observó, en algunos animales el desarrollo de hipertensión. No se demostró diferencia entre la función renal o la histología con ratas no hipertensas del mismo grupo, por lo que se postula una hipertensión no relacionada con el riñón. — *Malinov*.

CURSO DE LA HIPERTENSION POR PARABIOSIS DESPUES DE LA ADRENALECTOMIA TOTAL, C. E. Hall y O. Hall, "Am. J. Physiol.", 105, 173, 29.

En 16 pares de ratas parabióticas se produjo hipertensión en uno de los animales. Cuando se practicó la adrenalectomía bilateral en 8 de estos animales hipertensos se normalizó la presión arterial. En cambio, cuando se reprodujo la misma intervención en 3 normales, la presión arterial no cambió en ninguna de las parejas de animales. — *Malinov.*

ANALISIS ELECTROFORETICO Y POR ULTRACENTRIFUGACION DE LAS LIPOPROTEINAS SERICAS DE LAS PERSONAS NORMALES, NEFROSICAS E HIPERTENSAS, L. A. Lewis y I. Page, "Circulation", 1953, 7, 707.

En los normales, las cifras de lipoproteínas β fueron más bajas en las mujeres jóvenes, tendiendo a elevarse al aumentar la edad. En los hombres jóvenes, esta fracción estaba aumentada y era casi igual a la concentración de las mujeres de edad avanzada. La fracción Sf 10-20 se presentó, en algunas circunstancias, en ambos sexos pero mucho menor en las mujeres jóvenes y ligeramente menor en los hombres jóvenes que en los hombres y mujeres de edad avanzada. La fracción α fué pequeña y en cantidad casi igual en la mayoría de los sujetos normales. La α_1 fué más concentrada en las mujeres que en los hombres, especialmente en las mujeres viejas. En contraste, esta fracción no cambió a medida que el hombre envejece.

La concentración de las α y β lipoproteínas, en la hipertensión inicial es normal para la correspondiente edad y sexo. A medida que la hipertensión se hace más severa o se transforma en maligna, las lipoproteínas β_1 y las α_2 aumentan. Los pacientes con las afecciones renales más severas mostraron, sobre todo, gran aumento en las Sf 10-20. Durante el tratamiento de la hipertensión maligna con sustancias pirogénicas, se observó un acentuado aumento de estas lipoproteínas y de las β_1 , siendo característica de la reacción pirogénica febril el acentuado descenso de las α_1 , sin cambios en la α_2 . Al interrumpirse el tratamiento, se volvieron a observar las anteriores figuras de las lipoproteínas. Otras drogas hipotensivas como la apresolina y el nitroprusiato de sodio no produjeron cambios similares de las lipoproteínas.

La fase nefrótica de la glomerulonefritis se caracteriza por un acentuado aumento de la concentración de las Sf 10-20 y de las β y α_2 lipoproteínas del ultracentrifugado. Las determinaciones electroforéticas del suero mostraron, comparativamente con el suero normal, componentes globulínicos α_2 y β más grandes y componentes adicionales con movilidad electroforética menor que las lipoproteínas β_1 .

Hay mayor abundancia de lipoproteínas durante los períodos en los que la atrogénesis es rápida, en los pacientes con hipertensión esencial severa y maligna y en la fase nefrótica de la glomerulonefritis, contribuyendo a esta abundancia las α_2 y β lipoproteínas, así como los agregados de peso molecular ligeramente mayor. De acuerdo con estos y otros estudios no parece justificado atribuir la

aterogénesis exclusivamente a determinada fracción lipoproteica del plasma. — *Moia*.

DEFECTO METABOLICO CUANTITATIVO EN EL METABOLISMO LIPIDO ASOCIADO CON LIPOPROTEINAS SERICAS ANORMALES EN EL HOMBRE, M. W. Giggs y D. Colman, "Circulation", 1953, 7, 393.

Mediante la administración oral de colesterol marcado con tritium, se observó en los pacientes que mostraban un espectro anormal de las lipoproteínas con elevadas concentraciones de Sf 12-400 un defecto metabólico de la separación del colesterol en su forma libre y esterificada, acumulándose mayores cantidades de esta última fracción en el suero. Las diferentes curvas de la actividad específica de absorción del colesterol se correlacionan con la distribución de las lipoproteínas séricas del ultracentrifugado, pero no con los valores totales del colesterol sérico encontrado. Por consiguiente, el análisis del ultracentrifugado de las lipoproteínas séricas mide un defecto del metabolismo lípido que puede ser independiente del colesterol sérico total. Estos hallazgos en el hombre coinciden con los anteriores en el cobayo y perro. El cobayo alimentado con colesterol tiene curvas anormales de absorción de actividad específica del colesterol, y espectro anormal de las lipoproteínas, desarrollando arterosclerosis; en cambio, el perro que no desarrolla arterosclerosis alimentándose exclusivamente con colesterol, tiene curvas de absorción normales con espectro normal de las lipoproteínas.

A pesar de que faltan aclarar muchos aspectos del metabolismo lípido es evidente que vale la pena establecer en estos enfermos con un espectro anormal de las lipoproteínas, un juicioso control de la grasa y colesterol de la dieta como medida profiláctica. — *Moia*.

LAS INTERRELACIONES DE LOS LIPIDOS SERICOS EN EL HOMBRE Y LA MUJER DESPUES DE LOS 65 AÑOS DE EDAD Y SU RELACION CON LA ARTEROSCLEROSIS, M. M. Gertler y B. S. Oppenheimer, "Circulation", 1953, 7, 533.

Se estudiaron las interrelaciones entre el colesterol libre, el esterificado, el total, los fosfolípidos, los lípidos totales, las grasas neutras y las moléculas Sf 10-20, en el suero de 91 mujeres y 38 hombres por encima de 65 años de edad, observándose que todos los lípidos del suero, con excepción de las grasas neutras, mostraron valores estadísticamente más altos en las mujeres. En el hombre, el colesterol total del suero y las moléculas Sf 10-20 del suero se correlacionaban de manera significativa (0.59 ± 15), contrariamente a lo que sucede en la mujer (0.21 ± 12), en la cual, los niveles del colesterol total del suero y de las moléculas Sf 10-20, aumentan con la edad entre los 65 y 85 años, mientras que permanece estacionario o disminuye en el hombre. Se discuten las causas por las cuales pueden producirse estas diferencias, sin evidenciarse un factor responsable seguro. — *Moia*.

ESTUDIOS EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA PERIFERICAL: METODOS Y HALLAZGOS PATOLOGICOS EN LAS EXTREMIDADES AMPUTADAS, B. Wessler y M. J. Schlesinger, "Circulation, 1953, 7, 641.

Se inyecta el sistema arterial del miembro amputado con una masa que contiene en suspensión 15 % de plomo y 10 % de gelatina, la cual permanece relativamente fluida durante 30 minutos y requiere, para llegar hasta las arterias de los dedos, una presión de inyección de 400 mm. de mercurio. Luego, mediante una técnica especial de disección, separación de los huesos, etc., se despliega el miembro de modo que todas las arterias mayores queden en un solo plano, haciendo así el estudio radiológico. Se describen detalladamente los criterios empleados para determinar la oclusión, estrechamiento, calcificación y anastomosis vasculares. Con esta base se estudian 66 piernas amputadas por gangrena arterosclerosa, encontrando una o más oclusiones en cada extremidad examinada; en el 91 %, 2 ó más de las 4 arterias mayores se encontraron ocluidas, generalmente en más de 1 punto, con, término medio, 11 sitios de oclusión por pierna, alcanzando el largo de la oclusión más de un cuarto de la arteria en el momento en que se hizo necesaria la amputación. Las 3 arterias más bajas de las piernas fueron los principales sitios de estrechamiento, en cuello de botella, del flujo sanguíneo de la aorta a los dedos. La arteria tibial posterior fué invariablemente la primera arteria ocluida y las oclusiones en este vaso fueron más extensas que en las otras arterias bajas de las extremidades. En casi la mitad de estas extremidades se encontraron trombos frescos completamente oclusivos y en el 25 % de los casos, estas oclusiones frescas fueron múltiples. La demostración radiológica de calcificaciones arteriales no guarda relación con la presencia o localización de la oclusión arterial. Se encontraron ejemplos de arterias extraordinariamente calcificadas con pequeña o ninguna obstrucción de la luz, así como arterias libres de calcificaciones visibles macroscópicamente, en las cuales existía obstrucción completa.

Se demostró la existencia de una clara circulación colateral interarterial extensa. Esta rica circulación anastomótica permitió a la enfermedad oclusiva hacerse cada vez más extensa antes de sobrevenir la gangrena.

En un número reducido de extremidades se encontró gangrena extensiva con relativamente pequeñas oclusiones arteriales y con circulación colateral demostrable. En estos casos, el desarrollo de la gangrena puede, en parte, deberse a factores sobreagregados tales como shock, traumatismos, infecciones y estados nutritivos que aumentan la discrepancia entre la oferta y la demanda de la sangre más allá de los límites que pueden ser tolerados con una circulación comprometida. — *Moia*.

TROMBOSIS CRONICA MASIVA DE LAS ARTERIAS PULMONARES. DESCRIPCION CLINICA Y ANATOMOPATOLOGICA DE SIETE CASOS, D. R. Keating, J. N. Burkey, H. K. Hellerstein y H. Feil, "Am. J. Roent", 1953, 69, 208.

Se describen siete pacientes cuya necropsia mostró trombosis masiva crónica de las arterias pulmonares y que en vida presentaron un cuadro de cor pulmonale

crónico, insuficiencia cardíaca con o sin cianosis y generalmente con campos pulmonares libres en los que se destacaban los vasos hiliares pulmonares como muy prominentes. — *Malinow*.

EMBOLIA PULMONAR UNILATERAL EXPERIMENTAL CON TORAX CERRADO, A. Agrest, A. Lanari y A. J. Ronceroni, "Medicina" 1953, 13, 51.

Se efectuó la oclusión de la rama principal izquierda o ramas lobulares de la arteria pulmonar en perros anestesiados, por medio de un cateter provisto de un balón, sin obtenerse hipertensión de la arteria pulmonar. Se inyectó fécula de papas en arterias lobulares con el mismo método, observándose que aumenta la presión en el pequeño circuito, pero el estudio histológico demostró que las embolias eran bilaterales. Inyectando la fécula con el balón del catéter obstruyendo la diseminación retrógrada al pulmón opuesto, no hubo variación en la presión de la arteria pulmonar. Con el lecho vascular reducido previamente, experimentos similares revelaron que la hipertensión arterial pulmonar conseguida estaba en estricta relación con el grado de obstrucción mecánica conseguida. De acuerdo con estos resultados, la hipertensión arterial pulmonar observada obedece a la obstrucción del lecho vascular por la fécula de papa, sin que haya podido demostrarse factores vasomotores asociados. — *Autores*.

PRODUCCION EXPERIMENTAL DE CARTILAGO EN LA AORTA DE PERRO. RELACION CON LA MEDIONECROSIS QUISTICA DE AORTA HUMANA, O. Croxatto, "Medicina", 1953, 13, 98.

Se estudia la histogénesis del cartílago que se forma en aortas de perros en caso de homoinjertos y de sutura simple previa resección de un segmento. Se concluye que como consecuencia de la isquemia existe primero aumento de la substancia metacromática (condromucina) y posteriormente transformación de las células interelásticas en condrocitos; cuando existe necrosis de aquellas células la substancia metacromática aumentada en el comienzo evoluciona hacia la hialinización. Se relacionan estos hallazgos con alteraciones encontradas en los casos de medionecrosis quística sugiriéndose la posibilidad que la obstrucción de los vasavasorum sea responsable de la necrosis de la media aorta. — *Autor*.

"FLEBODINIA" UNA NUEVA ENFERMEDAD EPIDEMICA (?), J. S. Pearson, "Circulation", 1953, 7, 370.

Un grupo de 22 enfermeras presentó durante el otoño de 1950-51 un síndrome caracterizado sobre todo por dolor invalidante y sensibilidad en el trayecto de las venas superficiales de las extremidades inferiores. No hubo mortalidad pero las molestias duraron largo tiempo. Los numerosos estudios clínicos epidemiológicos y de laboratorio fueron incapaces de revelar una causa etiológica y no se ha encontrado terapéutica específica. — *Moia*.

TERAPEUTICA

VALORACION DE L-HIDRAZINOFTALAZINA ("APRESOLINA") EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA, R. D. Taylor, H. P. Dustan, A. C. Corcoran y I. H. Page, "Arch. Int. Med.", 1952, 90, 734.

Se estudiaron 97 pacientes hipertensos a los cuales se administró "Apresolina" de 3 a 12 meses; 58 estuvieron hospitalizados y 39 eran ambulatorios. La dosis inicial fué de 100 mg diarios y se aumentó progresivamente hasta 800 mg diarios. El 25 % de los pacientes normalizaron su presión arterial y en el 30 % de los restantes la presión diastólica descendió a 100 ó 110 mm Hg. — *Malinow.*

EFFECTOS DE LA REGITINA (C-7337) EN PACIENTES PARTICULARMENTE EN LOS CON AFECCIONES ARTERIALES PERIFERICAS, H. D. Green y W. T. Grimeley, "Circulation", 1953, 7, 487.

En 34 pacientes (10 Raynaud, 14 arterosclerosis vascular periférica, 3 tromboangitis obliterante y 7 miscelánea), se administró regitina endovenosa, en cantidades variables de 20 a 50 mg. en el término de 30 minutos, estudiándose la respuesta a la circulación periférica, mediante la temperatura cutánea. Los resultados se trataron de predecir por las respuestas cutáneas al etamonio, encontrándose que, mientras que en el grupo arteroscleroso, para un resultado subjetivo u objetivo favorable del 64 %, sólo se lo había predecido bueno en el 58 %, mientras que para el Raynaud, los resultados fueron 50 y 63 %, respectivamente. Después de esta prueba se administró la regitina oralmente en dosis variables de 40 mg, 1 vez al día a 120 mg., 4 veces por día, durante un tiempo máximo de 14 meses y mínimo de dos semanas. Aparentemente, los pacientes del grupo arteroscleroso sacaron más beneficio que los de Raynaud, siendo dichos resultados alentadores en la tromboangitis y en un paciente con tromboflebitis crónica. Los efectos secundarios fueron de escasa importancia, aunque presentes en el 62 % de los casos. Se considera a la droga de utilidad como un coadyuvante en el tratamiento de las afecciones vasculares periféricas, tanto antes como después de la simpatectomía. — *Moia.*

EFFECTOS DEL C-7337 (REGITINA) EN SUJETOS HIPERTENSOS, T. A. Capris y S. A. Plesch, "Medicina", 1953, 13, 109.

En un grupo de 22 sujetos hipertensos se estudiaron las modificaciones tensionales provocadas por un derivado imidazólico (Regitina). La inyección intravenosa de esta substancia no produjo cambios tensionales significativos si los enfermos eran mantenidos en posición acostada. En cambio, en 10 de 15 pacientes se observó marcada disminución de la presión arterial al asumir la posición de pie, la cual se acompañó de bradicardia y signos de colapso periférico cuyos cambios cedían de inmediato acostando a los pacientes. Se discuten las causas posibles de esta hipotensión postural. — *Autores.*

RESULTADOS CLINICOS DE LA ADMINISTRACION ORAL Y PARENTERAL DE REGITINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION Y EN LA VALORACION DE LOS EFECTOS HEMODINAMICOS CEREBRALES, J. H. Moyer, y C. Caplovitz, "Am. Heart. J.", 1953, 45, 602.

A 16 hipertensos se administró 1 a 2 mg. por kilo de peso de regitina endovenosa, 5 veces, bisemanalmente; después de ese plazo, 12 siguieron con la droga por vía oral, comenzando con 50 mg. cada 6 horas y aumentando la dosis hasta obtener el máximo efecto hipotensivo o efectos secundarios de intolerancia, llegando la dosis máxima tolerada a oscilar entre 100 y 900 mg. en las 24 horas. A otros 32 se les administró 1 mg. por kilo de peso intramuscular diariamente durante 4 días; de ellos, 16 siguieron con la terapéutica intramuscular por 3 meses o más y otros 12 siguieron con la droga por vía oral. En los estudios agudos hubo una respuesta hipotensora significativa después de la administración intramuscular e intravenosa, la cual era más manifiesta en la posición erecta (efecto ortostático). Las respuestas eran menos abruptas pero duraron más tiempo y las reacciones secundarias fueron menos severas con la vía intramuscular que con la endovenosa. Sin embargo, después de 3 meses los pacientes que recibían la droga por vía intramuscular se hicieron resistentes a la misma. En sólo 6 de los 17 pacientes, la respuesta hipotensiva (reducción de más de 20 mm. Hg. para la presión diastólica) pudo mantenerse, aunque la dosis se aumento 5 veces. Aun con esta modificación, la presión sanguínea en la posición erecta, sólo se pudo reducir a niveles de normotensión en 2 enfermos. Se deduce que la regitina intramuscular sólo debe ser reservada como terapéutica de corto plazo en crisis hipertensivas o en los intervalos de curas con otros hipotensores; por vía oral prolongada produjo reacciones gastro-intestinales intolerables en todos los pacientes, y por consiguiente debe considerársela de escaso valor en el tratamiento de la hipertensión. Esto no significa que la administración oral de la droga sea inefectiva en el tratamiento de otras enfermedades en las cuales es necesario un bloqueo adrenérgico menos completo.

En 6 pacientes, en posición supina, la reducción de la presión arterial no produjo disminución del flujo sanguíneo cerebral y de la utilización de oxígeno cerebral. — *Moia.*

ESTUDIO SOBRE GENINAS DE GLICOSIDOS CARDIACOS. — ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA ACETILESTROFANTIDINA Y LA ESTROFANTINA CON REFERENCIA ESPECIAL A LA ACCION DE LA ACETILESTROFANTIDINA SOBRE LA RESPIRACION, R. Méndez, A. Nava, Arch. Inst. Card. de México, 1953, 23, 160.

Dosis apropiadas (letales y subletales) de acetilestrofantidina administradas al perro en inyección intravenosa única, producen un efecto paralizante sobre la respiración que es la causa de la muerte del animal a menos que se instituya a tiempo respiración artificial. En cambio la estrofantina K, glicósido del que deriva la acetilestrofantidina, causa de la muerte del animal por acción cardíaca y cuando se administra en dosis subletales produce generalmente un aumento

de la ventilación pulmonar. En apoyo de estas diferencias están las cifras de determinación de dosis letales del glicosido y la genina con y sin respiración artificial. La dosis letal mínima de acetilestrofantidina por inyección intravenosa única en el perro con respiración artificial es de 0.22 mg. kg., mientras que en el perro con respiración espontánea es sólo de 0.13 mg. kg. Sin embargo, la dosis letal de estrofantina K por inyección intravenosa única en el perro, con y sin respiración artificial es la misma: 0.12 mg. kg. La acetilestrofantidina ejerce por lo tanto un efecto tóxico sobre la respiración que no ejerce la estrofantina.

Este efecto tóxico sobre la respiración hace que en el perro anestesiado y con respiración espontánea se produzca siempre un efecto deprimente intenso y a veces paralizante con dosis únicas de acetilestrofantidina que apenas sobrepasan la dosis tóxica mínima; es decir con dosis que producen extrasístoles fácilmente reversibles. El efecto respiratorio descrito tiene un origen periférico. Los impulsos deprimentes para el centro respiratorio parten probablemente de receptores pulmonares y caminan por vía de los nervios vagos, puesto que la sección de éstos abolé el efecto de la droga sobre la respiración. Se señala el posible riesgo del uso clínico de la acetil estrofantidina en dosis únicas, mayores que la dosis mínima terapéutica recomendada de tres unidades gato. La acción vasoconstrictora de dosis únicas de acetilestrofantidina es más intensa que la de dosis únicas de estrofantina que sean equivalentes en actividad cardíaca.

Si se elimina el efecto anóxico por respiración artificial, la acción de dosis letales y subletales de acetilestrofantidina sobre el electrocardiograma es similar a la de las sustancias de acción digitálica muy rápida. — *Autores.*

INFLUENCIA DE LA DIGITALIZACION SOBRE LA "MEDIA VEGETATIVA",
J. Cuxart Bartolí, Arch. Cardio-Rheum. Hispánica. 1953, 1, III.

De las exploraciones vegetativas realizadas en distintos sujetos antes y después de la digitalización, por el método de Danielopolu y Carniol, modificado, atendiendo especialmente a la influencia que esta modificación produjo a la "media vegetativa" de Serra-Peralba, se deduce que la digital disminuye esta "media vegetativa" más por frenar el simpático que por efecto directo vagotónico. — *Autor.*

CORRELACIONES DE LA DIGITAL Y EL POTASIO EN LA TAQUICARDIA
AURICULAR CON BLOQUEO, B. Lown, N. F. Wyatt, A. T. Crocker, W.
T. Coodale, y S. A. Levine, Am. Heart J., 1953, 45, 589.

En 6 pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, la intoxicación digitálica se acompañó de paroxismos de taquicardia auricular con bloqueo, los que desaparecieron mediante la administración oral o endovenosa de sales de potasio. En 2 pacientes urémicos digitalizados, la extracción del potasio mediante la hemodialisis se asoció al desarrollo de taquicardia auricular con bloqueo. En 5 pacientes con mecanismos auriculares ectópicos variables, pero en los cuales no existía intoxicación digitálica, la administración de potasio no produjo efecto. En la mayoría de los casos, la taquicardia paroxística auricular con bloqueo, es una manifesta-

ción de la intoxicación digitalica, siendo probable que la disminución del potasio sensibilice a la aurícula a la acción tóxica de la digital. — *Moia*.

EFICACIA DEL CLORURO DE NUPERCAINA Y DEL FENOBARBITAL SÓDICO EN LA SUPRESION DE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR ASOCIADA AL INFARTO DE MIOCARDIO AGUDO, A. Bisteni y A. S. Harris, *Circulation*, 1953, 7, 523.

En perros, la nupercaina sola fué capaz de suprimir los impulsos ectópicos, pero produjo vómitos y movimientos convulsivos. El agregado de morfina suprimió sólo los vómitos, mientras que el de fenobarbital sódico o pentobarbital sódico, refuerza la acción antiectópica de la nupercaina y previene los vómitos y movimientos convulsivos, prolongando su acción. Ninguno de los perros murió después de la ligadura coronaria, cuando se administraron estas drogas. — *Moia*.

DIURETICOS MERCURIALES: EL REEMPLAZO DE LA ADMINISTRACION PARENTERAL POR UNA NUEVA PREPARACION ORAL EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CRONICA, S. P. Dimitroff, M. C. Thorner y G. C. Griffith, *Circulation*, 1953, 7, 380.

Se utilizaron comprimidos con capa entérica conteniendo 10 mg. de mercurio orgánico 3-(α carbosiectil- α -dio)-mercurio-2-mercositropil-urea). En la mayoría de los casos se administró un comprimido 3 veces por día, dos veces por semana. De 35 pacientes que habían sido compensados de la manera habitual, con diuréticos por vía parenteral, 28 mostraron buena respuesta durante periodos de 1 a 11 meses como terapéutica de mantenimiento. En el 14 % de los casos se produjeron fenómenos tóxicos o de intolerancia gastro-intestinal pero no hubo evidencias de compromiso renal. — *Moia*.

TERAPEUTICA POR INHALACION DE OXIGENO-ALCOHOL EN EL EDEMA AGUDO DE PULMON: Resultados en 50 ataques. M. A. Goldmann y A. A. Luisada. "Ann. Int. Med", 1952, 37, 1221.

Se describen los resultados obtenidos en el tratamiento de 50 ataques de edema agudo de pulmón que ocurrieron en 45 pacientes. La mejoría observada en el 80 % de los casos se atribuye probablemente al alcohol inhalante administrado. — *Malinow*.

ACCION DE LAS RESINAS DE INTERCAMBIO CATIONICO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL, INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA Y EDEMAS DE DIVERSA ETIOLOGIA, L. de Soldati y F. Montoreano, "Medicina", 1953, 13, 19.

Hemos usado resinas amoníopotásicas de intercambio catiónico en el tratamiento de 16 enfermos de hipertensión arterial esencial, insuficiencia cardíaca

congestiva con edemas y cirrosis hepática, sin signos clínicos de insuficiencia renal. Se administraron dosis promedio de 50 g. diarios durante períodos de una a veinte semanas, en los cuales los enfermos hacían dieta con 800 a 1000 mg. de sodio por día. La tolerancia fué excelente, no observándose signos clínicos de acidosis, hipokalemia ni deplección salina. En los 7 hipertensos estudiados, desaparecieron o mejoraron los trastornos subjetivos, disminuyendo en forma leve y transitoria las cifras tensionales, observándose ascenso tensional marcado al suspender la droga en un caso. Comparados con nuestra experiencia anterior en 700 hipertensos tratados con dietas hiposódicas severas, los resultados fueron similares aunque menos marcados. En 7 casos de insuficiencia cardíaca congestiva con grandes edemas, seleccionados entre enfermos previamente tratados por largo tiempo con dieta hiposódica, digitálicos y diuréticos mercuriales en buena dosis, en período de estancamiento o irreversibilidad, la administración de resinas catiónicas fué de gran eficacia, disminuyendo los edemas y aumentando la diuresis en todos los casos. En dos casos de cirrosis hepática con ascitis y edemas, tratados con los medios clásicos, el agregado de resinas sintéticas facilitó la reducción de los edemas. Se infiere que las resinas amóniopotásicas de intercambio catiónico administradas en forma continua o intermitente, constituyen una terapéutica coadyuvante muy útil en enfermos que deben ser sometidos a dietas hiposódicas estrictas y prolongadas. Especialmente en el tratamiento de casos refractarios de insuficiencia cardíaca congestiva, potenciando o reforzando la acción de los diuréticos mercuriales y haciendo más factible una alimentación más agradable. — *Autores.*

INACTIVACION DE LOS ANTIBIOTICOS POR RESINAS DE INTERCAMBIO IONICO, I. S. Friedman, S. Zuckerman y E. McCatty, "Am. J. Med. Sc.", 1953, 225, 399.

Se efectuaron estudios in vitro para relacionar distintos antibióticos con resinas de intercambio iónico. Se demuestra que la penicilina y la cloromicetina no son inhibidas por dichas resinas, mientras que la dihidroestreptomina, la terramicina y la aureomicina son inhibidas. — *Malinow.*

COMPUESTOS FENOLICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE REUMATICA. I. ESTUDIOS DE LOS DERIVADOS DEL ACIDO GENTISICO, N. E. Clarke, R. E. Mosher y C. N. Clarke, "Circulation, 1953, 7, 247.

Después de una extensa revisión de las acciones de los derivados salicílicos, se demuestra que sus metabolitos y en especial el ácido gentísico, tienen todas las propiedades antirreumáticas de los salicilatos. El inconveniente del gentisato de sodio es su rápida eliminación, lo que obliga a fraccionar mucho la dosis. Para evitar estos inconvenientes los autores proponen el uso de gentisato de sodio con metilcelulosa (0.3 g. y 0.09 g., respectivamente), así como la etanolamida del ácido gentísico en los casos en que no se desea administrar sodio. La dosis son de 1, 2 g. y 1 g. de c/u., respectivamente, cada 3 horas, en 6 dosis diarias. Se observan resultados muy favorables, especialmente con la asociación de gentisato de sodio-metil-celulosa, sin los inconvenientes y acciones secundarias que produce habitualmente el salicilato de sodio. — *Moia.*

II. EL METABOLISMO DEL ACIDO GENTISICO Y DE LA ETANOLAMIDA DEL ACIDO GENTISICO, N. E. Clarke, y R. E. Mosher, "Circulation", 1953, 7, 337.

En el hombre, el ácido gentísico y sus sales ionisables se excretan en pequeña cantidad como sulfatos etéreos y glucurónidos, así como drogas libres. En algunos pacientes se ha observado también la forma oxidada o quinona. Una parte muy importante de la etanolamida del ácido gentísico se excreta como sulfatos etéreos y conjugados glucurónidos en vez de ácido gentísico mismo. Este distinto comportamiento se explica sobre la base de diferencias en la estructura molecular de las uniones moleculares. Se sugiere que ciertas propiedades antirreumáticas de los derivados fenólicos se podrían explicar por la posible existencia de un sistema reversible de hidroquinona-quinona en la sangre. — *Moia*.

EFFECTOS COMPARATIVOS DEL ACIDO 3-HIDROXI-FENILGINCONICO (HPC) Y LA ASPIRINA SOBRE EL CURSO AGUDO DE LA FIEBRE REUMATICA Y LA APARICION DE VALVULOPATIA REUMATICA, E. J. Clark, y H. B. Houser, "Am. Heart J.", 1953, 45, 576.

La mitad de 68 pacientes con fiebre reumática aguda, fué tratada con HC a razón de 20 Kg. por kilo de peso, y la otra mitad con aspirina, durante 6 semanas. Esta última ejerció un efecto más favorable sobre la artritis, fiebre y eritrosedimentación. No hubo diferencias entre los dos grupos en lo que respecta al curso de la carditis aguda o a la frecuencia de soplos después de transcurridos 14 a 17 meses de la iniciación del tratamiento. La duración del período agudo pareció ser igual en ambos grupos. A las dosis empleadas en este estudio, la aspirina parece ser preferible al HPC en el tratamiento de la fiebre reumática aguda. — *Moia*.