

ANALISIS DE REVISTAS

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

LA ARTERIA DEL CONO: TERCER ARTERIA CORONARIA. M. y J. Schlesinger, J. L. Wessler. "Am. Heart", 1949, 58, 923.

En el 50 % de 651 corazones humanos, el cono arterial está normalmente irrigado por una arteria, la arteria del cono, que no es rama de la coronaria izquierda o derecha, sino que nace directamente de la aorta. La frecuencia de oclusión en la arteria del cono es mucho más baja que en los 3 troncos principales de las coronarias, pero similar a la de las ramas primarias del árbol coronario.

Esta arteria sirve a menudo como fuente de anostomosis sanguíneas para suministrar sangre directamente desde la aorta a otros vasos cardíacos cuando están ocluidos o estrechados. El daño miocardio consecutivo a su obstrucción o estrechez está, en parte, determinado por la existencia o ausencia de estas anastomosis. — *B. Moia.*

NECROSIS EN LAS ARTERIAS CORONARIAS DE RECIEN NACIDOS, P. Gruenwald, "Am. Heart J", 1949, 38, 889.

La necrosis de la media de arterias coronarias se encontró en 21 nacidos muertos o recién nacidos muertos dentro de los 3 días de edad (9.5% de las autopsias sobre este tipo de material). Estos niños muestran varios grados de signos comunes de asfixia, incluyendo hemorragias focales en las vísceras torácicas y extratorácicas y aspiración de grandes cantidades de vernix caseosa. Las lesiones predominan en la parte externa de la media, mientras que la interna es respetada en algunos casos. La interna aparece intacta casi sin excepción. No se han observado rupturas arteriales. Aún en los niños con signos de asfixia pero sin necrosis arterial, la adventicia es sitio de edema y hemorragia, hay evidencia de que la necrosis de la media se debe a cambios en el tejido que la rodea y que sólo aparecen después de haber alcanzado ésta última ciertos límites de intensidad y duración.

No se conoce el significado de estas lesiones. No se han encontrado estados curativos en la lesión. — *B. Moia.*

LA PRODUCCION EXPERIMENTAL DE ANASTOMOSIS INTERCORONARIAS Y SU SIGNIFICADO FUNCIONAL. H. L. Blumgart, P. M. Zoll, A. Stone Freedberg y D. R. Gilligan, "Circulation", 1950, 1, 10.

El corazón del chanco, al revés que el del perro, no tiene, habitualmente, anastomosis intercoronarias visibles por la técnica de Schlesinger. Sólo 2 sobre

ANÁLISIS DE REVISTAS

55 mostraron red anastomótica superficial, distinguible de la producida experimentalmente.

En chanchitos, la oclusión completa o el estrechamiento a menos del 13 % de la luz coronaria original, de la coronaria derecha en su parte media o de la descendente anterior cerca de su origen, es generalmente incompatible con la vida (la fibrilación ventricular o el paro cardíaco aparecen por lo general dentro de los 20 minutos).

En 3 casos en que el animal sobrevivió 3, 52 horas y 7 días a la reducción moderada del 15 al 19 % de la luz coronaria original, se observaron ligeras evidencias de circulación colateral funcionalmente inadecuada. En cambio, en 9 que sobrevivieron 12 ó más días, se desarrolló una rica circulación colateral entre las arterias coronarias principales. En 5 se demostró que era funcionalmente importante, ya que el corazón sobrevivió a la oclusión completa, brusca o gradual de la arteria, practicada uno o más días antes de sacrificar al animal, no presentando el miocardio evidencias macrosópicas de infarto de miocardio agudo. Microscópicamente, la fibrosis y necrosis varió de nula a moderado aumento, lo mismo que el colágeno.

En 7 experimentos hubo adherencias pericárdicas definidas en o próximo a una zona miocárdica correspondiente al territorio de la coronaria ocluida o estrechada. Pero a pesar de la existencia de colaterales en la vecindad, la sustancia colorante inyectada no atravesó nunca las adherencias pericárdicas.

Se destaca la similitud de lo observado en el hombre, en casos de lesiones coronarias y la conveniencia de prolongar el reposo en cama muchas semanas después de la oclusión coronaria o en el infarto inminente. — *B. Moix*.

HALLAZGOS BALISTOCARDIOGRAFICOS EN PACIENTES CON ANGINA DE PECHO. H. R. Brown, M. J. Hoffman y V. de Lalla, "Circulation", 1950, 1, 132.

En 26 pacientes con angina de pecho típica, y con o sin anormalidades cardíacas evidentes, el balistocardiograma mostró cambios anormales, de grado mayor o menor, en todos. Otro grupo de 24 pacientes con sintomatología atípica mostró balistocardiograma anormal en 21, siendo los 3 restantes neurosis ansiosa, de ello se deduce que el balistocardiograma es útil para el diagnóstico de los casos dudosos de angina de pecho; se sugiere también que, en pacientes sin los síntomas ni los conocidos signos de anormalidad cardiovascular, la presencia de un balistocardiograma anormal de este tipo, debe hacerlos considerar como predispuestos a la angina de pecho o trombosis coronaria. — *B. Moix*.

INFARTO SUBENDOCARDICO: RELATO DE SEIS CASOS Y ESTUDIO CRITICO DE LA LITERATURA. H. D. Levine y R. V. Ford, "Circulation", 1950, 1, 246.

De 6 casos comprobados por autopsia, en 3 el diagnóstico electrocardiográfico fué correcto; en uno se sospechó corazón pulmonar agudo; en otro, el E. C. G.

era típico de sobrecarga ventricular izquierda y en el último, sugestivo de infarto agudo posterior.

Los datos electrocardiográficos fundamentales son: depresión de S-T en precordiales con elevación en aVR y ausencia de Q en aVF, los que, aunque no diagnósticos de infarto, adquieren valor cuando se los relaciona con el cuadro clínico.

En 3 casos, había extensa arterioesclerosis coronaria sin oclusión. En todos hubo shock. Los datos recogidos apoyan la hipótesis de que las alteraciones electrocardiográficas y patológicas del infarto subendocárdico se desarrollan en condiciones asociadas a un trastorno en toda la circulación coronaria. — *B. Moia.*

IV. CORRELACION DE LOS HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS Y PATOLOGICO EN EL INFARTO POSTEROLATERAL. G. B. Myers, H. A. Kleing y T. Hiratzke, "Am. Heart J.", 1949, 38, 837.

Se estudiaron 33 casos. En 11 de los 16 infartos recientes, V¹ a V⁴ mostró la depresión recíproca del segmento R-ST o exageración de la altura de R/y o/T suficiente como para despertar las sospechas de infarto posterolateral. En cambio, las derivaciones standard fueron mucho menos que los unipolares y no suministraron información adicional.

Las aVf, aVL, V⁵ y V⁶ sugirieron fuertemente el compromiso lateral y posterior en 10, el posterior y no el lateral en 9 y viceversa en 12; fueron negativos en 2. La causa habitual de no registro del infarto posterior en aVF, fué la rotación contra el reloj en posición semihorizontal a horizontal. Sin embargo, en corazones verticales o semiverticales, aVf no mostró, a veces, cambios característicos, cuando el infarto posterolateral respeta la posición posteroseptal.

La causa más común de falla de aVL para reconocer el compromiso lateral fué la rotación en sentido del reloj. En 9 casos, con extenso infarto basal posterolateral, la configuración de QRS en aVL se asemejó a la registrada en una de las primeras 4 precordiales, indicando que las variaciones de potencial del brazo izquierdo se transmitía principalmente desde la pared anteroseptal de los ventrículos derecho e izquierdo.

En V⁵ ó V⁶, raramente aparecen ondas Q, a menos que el infarto posterolateral se continúe hacia el 1/3 apical de la pared anterolateral. El hallazgo ocasional de Q anormal en V⁶, ó V⁶ y V⁵, con infartos del 1/3 apical de la pared posterolateral se atribuye a rotación cardíaca contra el reloj o desplazamiento de la punta hacia adelante. Las unipolares (V₁ a V₆ y de los miembros), con las standard, no inadecuadas para asegurar la localización exacta del infarto posterolateral, habitualmente suministran información suficiente como para sospechar, por lo menos, una de las localizaciones, V⁷ y V⁸, así como precordiales axilares altas, son útiles para explorar, respectivamente, los espacios apical y basal de la pared posterolateral. — *B. Moia.*

ANÁLISIS DE REVISTAS

INFARTO DE MIOCARDIO COMPLICADO POR BLOQUEO DE RAMA.

P. Schlesinger, A. B. Benchimol, "Arch. Brasil de Cardiol.", 1949, 2, 26.

Los autores presentan 16 casos de bloqueo de rama asociado a infarto de miocardio (dos casos con estudio necrópsico) estudiando las dificultades del diagnóstico electrocardiográfico de esa asociación, principalmente en presencia del bloqueo de rama izquierda. En 10 casos de bloqueo de rama derecha, el diagnóstico de oclusión coronaria fué posible en todos (ya sea en la fase aguda como en la no reciente). En cambio, cuando había bloqueo de rama izquierda, el diagnóstico positivo, sólo pudo ser hecho, o por los trazados evolutivos desde la fase aguda, o en los casos en que los infartos eran extensos, por el compromiso del tabique septal interventricular. En estas circunstancias, la negatividad inicial de la cavidad ventricular derecha es transmitida para la izquierda y consecuentemente puede ser captado, a través de la zona del infarto, en las posiciones precordiales izquierdas y eventualmente en D¹.

La frecuencia del infarto de la pared posterior fué pequeña, habiendo sólo sido observada en 3 casos. En dos de éstos, el bloqueo de rama ya preexistía y en el tercero fué transitorio. Fué posible verificar que ésta asociación agrava el pronóstico del infarto de miocardio, habiendo fallecido el 50 % de los pacientes antes de los seis meses del accidente coronariano.

Insuficiencia cardíaca fué observada en 11 casos y síndrome anginoso post-infarto se observó en 7 casos. — *M. Schabelman.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS

LA PRESION ARTERIAL PULMONAR. L. Rodbard, F. Brown y L. M. Katz, baja, alrededor de 25/10 mm. Hg.

Se midió la presión arterial sistémica y pulmonar en tortugas, perros y pollos. En el pez (datos de la literatura), la presión ventral aórtica (pulmonar), es baja, alrededor de 25/10 mm. Hg.

En la tortuga la presión sistémica, diastólica es más alta que la pulmonar. En los homeotermos la presión sistémica es mucho más alta que la pulmonar. La presión arterial pulmonar permanece baja en los vertebrados de la escala superior, probablemente como resultado de factores que actúan para aumentar el intercambio de gases sanguíneos con los del medio ambiente.

Estos factores incluyen: A) el enorme lecho pulmonar, B) la ausencia de tejido de soporte para los capilares pulmonares que están expuestos en casi toda su superficie al medio ambiente, lo que facilita, C) Gran distensibilidad de los capilares que permite gran aumento de volumen con poco aumento de presión. Un aumento de presión en tales capilares produciría un transudado.

Las variaciones de presión en el sistema aórtico no afectan prácticamente ni a la presión ni al caudal puomonar circulante. — *B. Moia.*

ANÁLISIS DE REVISTAS

ANGIOPATIA RETINIANA. BASE DE UNA SENCILLA CLASIFICACION EN LA HIPERTENSION ARTERIAL GENERAL. J. Lijó Pavía, "Rev. Asoc. Méd. Ar.", 1950, 64, 170.

El autor propone clasificar las lesiones en tres grados: 1) papila con palidez de su sector mediano y a veces con ligero edema en polo inferior o superior; retina con discreto grado de edema, más acentuado en región macular; arteriolas, con contracción tónica aumentada, hasta el aspecto de alambre de cobre y cruces arteriolovenosas; la presión retiniana mínima no sobrepasa la mitad de la mínima humeral; el pronóstico es relativamente favorable; 2) papila difusamente pálida con polos borrosos; retina con edema discreto y generalizado, enturbiamiento gris, puntos brillantes, pequeñas manchas blancas, hemorragias puntiformes; arteriolas con contracción tónica acentuada, a veces focos de angioespasmo y aspecto de alambre de plata, con cruces muy marcados; presión mínima retiniana igual o superior a la mitad de la mínima humeral: pronóstico serio; 3) corresponde a lo habitualmente denominado hipertensión maligna. — *B. Moia.*

LA ACCION DE LA PROTOVERATRINA Y VERATRIDINE EN LA HIPERTENSION. E. Meilman y O. Krayner, "Circulation", 1950, 1, 204.

La protoveratrina es una sustancia cristalina extraída únicamente del veratrum álbum (no del viridium) y la veratridina es un alcaloide amorfo de la veratrina que no se encuentra ni en el veratrum viridium ni en el álbum. La primera se usó en dosis medias de 0.107 mg. por vía endovenosa: puede producir caídas tensionales significativas de una a tres horas de duración, sin efectos secundarios. Simultáneamente, aparece bradicardia, que puede ser anulada por la atropina sin modificar el efecto hipotensor. El cold pressor test, aunque puede dar resultados hipertensores menores no se anula durante el efecto de la droga; pueden producirse hipotensiones posturales más acentuadas que antes de la droga. En algunos casos se observó mayor altura de la onda T aplanada en DI, del E. C. G., durante el efecto hipotensor.

Se puede observar, además de la arritmia sinusal, bloqueos a-v variables hasta el completo, con ritmo aurículo-ventricular, de aparición y desaparición irregular, que pueden ser prevenidos por la atropina. La veratridina produce resultados menos seguros y más breves, siendo la dosis terapéutica muy próxima de que la produce reacciones secundarias desagradables. — *B. Moia.*

EFFECTOS DE LOS CAMBIOS DE POSTURA SOBRE LA CIRCULACION PERIFERICA CON ESPECIAL REFERENCIA A LA TEMPERATURA CUTANEA Y PLETISMOGRAFIA. R. H. Goece, "Circulation", 1950, 1, 56.

Ligeros cambios de postura tienen gran repercusión sobre el volumen pletismográfico, utilizado un pletismógrafo digital de Goetz y midiendo la temperatura cutánea con termocuplos. Con el sujeto parado, la altura del volumen del pulso es sólo una fracción de la registrada en posición acostada. Con el miembro elevado la onda de pulso se hace monocrotica; en posición erecta se pronuncia la

ANÁLISIS DE REVISTAS

onda dicrótica y va seguida de una o dos ondas más. Los cambios en el volumen digital, espontáneos o provocados por factores extrínsecos, se exageran en la posición elevada y disminuyen en la de pie, independientemente de la posición del cuerpo.

Los cambios pletismográficos aparecen en miembro simpatectomizados y no dependen por lo tanto de cambios en el tono vasomotor, sino de alteraciones hemodinámicas y del caudal venoso.

En pacientes con obstrucción venosa y algunos con tromboangeítis obliterante el volumen de pulso con el sujeto en posición acostada asume los caracteres observados en el normal con miembro colgante. Se destaca la importancia de este hecho para el diagnóstico de obstrucciones venosas.

Con la pierna elevada la temperatura cutánea no alcanza el nivel correspondiente a la vasodilatación, a pesar de que los cambios pletismográficos alcanzan el nivel esperado, lo que demuestra la superioridad de la pletismografía sobre la temperatura cutánea para verificar el estado de la circulación periférica. Esta disminución de temperatura se vincula al "drenaje" venoso, el cual tiene tanta importancia sobre la temperatura cutánea como el aporte arterial.

Estos hallazgos explicarían el menor resultado de la simpatectomía en los miembros inferiores y su utilidad en pacientes con poliomeilitis.

Es necesario dar el lugar que corresponde al lado venoso del árbol vascular en los resultados de estos exámenes. — *B. Moia.*

ESTUDIOS SOBRE LA CIRCULACION PERIFERICA Y SENSIBILIZACION A LA ADRENALINA DESPUES DE SIMPATECTOMIA. R. A. Deterling y H. E. Essex, "Am. Heart J.", 1949, 38, 248.

La denervación preganglionar produjo en perros normales, aumentos significativos de la temperatura cutánea distal y del caudal sanguíneo arterial con disminución de la presión arterial periférica. Inmediatamente después de simpatectomía unilateral, la inyección intravenosa de adrenalina produjo aumento de la presión y caudal sanguíneo periféricos, de amplitud y duración mayor que en el lado no operado. Inyecciones de adrenalina efectuadas 30 ó 60 minutos después de la simpatectomía unilateral, demuestran que si no se interrumpe la circulación en la arteria femoral (colocando un tubo en T para registrar presiones) no hay diferencia en los cambios tensionales de ambos miembros; pero cuando se interrumpía la circulación en la femoral, las diferencias fueron manifiestas como en el primer experimento.

En animales control, la inyección de adrenalina produjo breve aumento de la presión y caudal venoso femoral, coincidente con la primera parte de la hipertensión arterial, cayendo abruptamente, a las cifras iniciales y aún más bajas, en la segunda parte. Ambos cambios fueron marcados del lado denervado. Pletismográficamente, la inyección de adrenalina produjo en el riñón, inmediatamente después de denervación postganglionar, disminución de volumen de intensidad y duración mayor que en el órgano intacto.

ANÁLISIS DE REVISTAS

De ello se desprende que la hipersensibilidad vascular a la adrenalina puede ocurrir inmediatamente después de la simpatectomía pre o postganglionar. — *B. Moia.*

HEMORRAGIA EN LA PARED ARTERIAL COMO CAUSA DE AFECCION VASCULAR PERIFERICA. W. B. Wartman, "Am. Heart J.", 1950, 39, 79.

En 3 casos de arteriosclerosis obstructiva de las arterias ilíacas y femorales, asociado a extensiva vascularización de la pared arterial, se encontraron hematomas intramurales con obstrucción de la luz, por presión o ruptura y trombosis, semejantes a los hallados en las coronarias y otras arterias del cuerpo. Se trata de una localización más de un proceso de arteriosclerosis generalizada, pues los vasos del riñón y corazón mostraron serias lesiones.

Será conveniente investigar la presencia de estas lesiones en mayor número de casos. — *B. Moia.*

EMBOLISMO AEREO ARTERIAL. T. M. Durante, M. J. Oppenheimer, M. R. Webster y J. Long, "Am. Heart J.", 1950, 39, 487.

Después de la punción torácica u otros procedimientos, aún sin inyección de aire y en casos excepcionales de embolismo paradójico (con o sin defecto septal) se producen serias manifestaciones clínicas por acumulación de burbujas aéreas en el sistema arterial, en especial cerebral y coronario con espasmo arterial irritativo secundario, demostrando experimentalmente la aparición de isquemia miocárdica consecutiva, que puede o no ser irreversible y es capaz de llevar a la muerte por fibrilación ventricular.

El cuadro clínico puede desarrollarse inmediatamente o minutos y aún horas después. Puede haber sensación de mareo, angustia, cefalea y finalmente, pérdida de conocimiento.

Luego aparecen los signos focales, que persisten aún después de recuperado el conocimiento y pueden atenuarse en días u horas, pero pueden también persistir meses.

La cianosis es prominente, a menudo con ritmo respiratorio lento o Cheyne Stokes. Si el paciente recupera pueden aparecer dolor precordial y disnea. — *B. Moia.*

RESECCION DE UN ANEURISMA DEL ARCO DE LA AORTA CON PRESERVACION DE LA LUZ DEL VASO. O. Monod y A. Meyer, "Circulation", 1950, 1, 220.

En una mujer de 20 años se extirpó una dilatación aneurismática pediculada cuya abertura en la aorta era de forma longitudinal y de 4 cm. de largo, lo que permitió hacer la sutura sin estrechar la luz aórtica. La recuperación fué total. No era de origen sífilítico, y se pensó en un tipo de aneurisma disecante, por émbolo en un vaso de la pared aórtica o una arteritis. — *B. Moia.*

ANÁLISIS DE REVISTAS

DILATACION Y PULSACION DE LA ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA EN EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE LA COARTACION AORTICA. H. M. Stauffer y L. G. Rigler, "Circulation", 1950, I, 294.

Esta dilatación se puede reconocer fluoroscópicamente y registrar radioquimográficamente y tiene valor, aun en ausencia de muescas costales. El ensanchamiento del pedículo en su parte superior izquierda, provocado por esta dilatación de la subclavia, disminuye la visibilidad radiológica del cayado aórtico en la coartación. — *B. Moia.*

COARTACION DE LA AORTA. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE 100 CASOS. R. E. Gross, "Circulation", 1950, I, 41.

De los 100 casos en nueve sólo se hizo toracotomía exploradora, no completándose la operación por la severidad de los hallazgos aórticos (aortas adherentes, coartación muy extensa, etc.). Del total de 100 murieron 11, algunos en la mesa operatoria (ruptura de aneurisma, anestesia, paro cardíaco, etc.) y otros horas o días después. Es evidente que con las nuevas técnicas algunas de estas muertes podrían haberse evitado. De los 80 sobrevivientes a la resección aórtica, 1 no mejoró la hipertensión, 8 tuvieron gran mejoría y 71 tuvieron completa desaparición de la hipertensión.

Se sutura la íntima con íntima y los extremos del vaso se evierten. La sutura es así más fácil y segura, evitando, aneurismas posteriores y desgarros. Se describen varios casos de injerto de aorta con éxito, cuando no se pueden aproximar, por lo extenso de la coartación, ambos extremos aórticos (6 casos). — *B. Moia.*

GANGRENA DE LAS EXTREMIDADES DE ORIGEN VENOSO. H. Haimovici, "Circulation", 1950, I, 225.

Se describen 27 casos de gangrena de las extremidades consecutivas a tromboflebitis sin oclusión arterial, considerándosela como una complicación rara.

Se inició por flegmasia alba dolens en 44% de los casos y por caerulea en el resto, pero durante la evolución, siempre adoptó este último tipo (edema, intensa cianosis y dolor). El pulso arterial se palpó en 1/3 de los casos, y no en el resto, aunque en ellos las arterias fueran permeables. En estos últimos casos la exploración del pulso así como la oscilometría se dificulta por el excesivo edema. En 10 de 27 casos se encontró oclusiones venosas múltiples abarcando una o más extremidades.

La gangrena apareció del 4º al 8º día después de la iniciación de las manifestaciones anoxémicas en la tromboflebitis azul, siendo en la mayoría de los casos del tipo húmedo y habitualmente limitada y superficial.

Los casos sin pulso arterial palpable deben ser diferenciados del angioespasmo reflejo, insuficiencia circulatoria periférica aguda causada por la trombosis venosa aguda, embolismo arterial periférico y oclusiones arteriovenosas

ANÁLISIS DE REVISTAS

mixtas. A veces, el diagnóstico sólo se puede hacer después del estudio histológico (post mortem o post operatorio).

Lo fundamental en la génesis de la gangrena parece ser el bloqueo completo del retorno venoso, siendo el angioespasmo, cuando coexiste, un factor agravante pero secundario. El pronóstico depende no sólo de las condiciones locales si no del proceso general que le da origen. De los 27 casos murieron 11. Se aconseja tratamiento incruento, salvo que la situación toxémica exija la amputación. — *B. Moia.*

TERAPEUTICA

ALGUNOS EFECTOS DE LA DIGOXINA SOBRE EL CORAZON Y LA CIRCULACION EN EL HOMBRE. DIGOXINA EN EL COR PULMONALE CRONICO. M. I. Ferrer, R. M. Harvey, R. T. Cathcart, C. A. Webster, D. W. Richards y A. Cournand, "Circulation", 1950, I, 161.

Se inyectó 1.0 a 1.5 mg. digoxina disuelta en 30 cc. de suero fisiológico, en el término de 5 minutos, a través de un catéter, en la arteria pulmonar a 5 casos de cor pulmonale crónico con insuficiencia cardíaca, 3 que habían estado en insuficiencia cardíaca de la cual habían recuperado y 2 que nunca habían estado en insuficiencia cardíaca; se usaron, además, dos casos de insuficiencia cardíaca por cor pulmonale crónico y cardiopatía arterioesclerosa. Las observaciones hemodinámicas se prosiguieron después, durante más de una hora.

Del primer grupo, 4 tenían significativo aumento del volumen minuto y uno descenso. En 4 se produjo aumento del volumen minuto variable del 13 al 31% después de digoxina. En todos, la presión de la arteria pulmonar, previamente elevada, se elevó aún más en los valores sistólicos quedando igual la media o diastólica en 4. Esta hipertensión se atribuye a mejor vaciamiento del ventrículo insuficiente, con aumento del caudal circulante a través de un lecho pulmonar estrechado. Después del experimento agudo se mantuvo a los enfermos durante un largo tiempo en reposo, con 0.5 mg. diarios de digoxina y una vez dominada totalmente la insuficiencia cardíaca, se repitieron las investigaciones hemodinámicas, comprobándose no sólo gran mejoría de la función respiratoria pulmonar sino notable disminución del volumen minuto (en comparación con el registrado durante la insuficiencia) y normalización de la presión pulmonar. Este último hallazgo demuestra que en la génesis de la hipertensión pulmonar del cor pulmonale, además de las lesiones anatómicas vasculares, desempeñan papel importante la anoxia, policitemia y distorsión de las relaciones normales entre volumen sanguíneo y capacidad del lecho vascular.

En los otros 5 pacientes sin insuficiencia cardíaca, después de la inyección de digoxina, no varió ni el volumen minuto ni la presión arterial pulmonar.

En los otros dos insuficientes cardíacos con cardiopatía arteriosclerosa concomitante, la caída tensional pulmonar después de la digoxina, sirvió para diferenciar hipertensión pulmonar consecutiva a la insuficiencia ventricular izquierda de la producida por la restricción del lecho vascular pulmonar.

De este estudio se desprende que la respuesta a la digoxina en pacientes

ANÁLISIS DE REVISTAS

con cor pulmonale e insuficiencia cardíaca es similar a la de los insuficientes ventriculares izquierdos.

El hecho de que en los pulmoneres crónicos, el corazón insuficiente aumente su volumen minuto y disminuya su presión de lleno, después de la inyección de digoxina, permite suponer que el volumen minuto estaba más alto antes de la insuficiencia y que disminuye algo, quedando todavía alto, cuando se establece la insuficiencia. — *B. Moia.*

FRACASO DEL ALFA TOCOFEROL PARA INFLUENCIAR EL DOLOR PRECORDIAL EN PACIENTES CON CARDIOPATIAS. S. H. Rinzler, H. Bakst, Z. H. Benjamín, A. L. Bobb y J. Travell. "Circulation", 1950, 1, 288.

Después de administrar 200 mg. diarios de la droga durante 2 semanas y luego 300 mg. diarios haciendo el estudio comparativo con placebo, no se comprobó beneficio alguno de la droga sobre el dolor precordial anginoso, ni sobre la función cardíaca, ni de los músculos esqueléticos. No hubo efectos secundarios. — *B. Moia.*

SALICILOTERAPIA Y TOXICOSIS SALICILICA. I. Maldonado Allende y P. B. Camponovo, "Prensa Médica", 1950, 57, 473.

En el ser humano, mientras los niveles de la salicilemia se mantengan dentro de los límites útiles y no tóxicos (entre 25-40 mg. %) no parece haber perturbaciones desfavorables del funcionamiento hepático, como lo demuestran las siguientes pruebas: reacción de floculación de Gross (con líquido de Hayem), negativa; proteinemia mostrando un leve descenso no mayor del 10%, en la iniciación del tratamiento, pero normalizándose rápidamente después; descenso del tiempo de protrombina no mayor del 10-15%; aumento de la fosfatasa y no modificación de la colinesterasa (in vitro el salicilato de sodio no modifica tampoco, en concentraciones terapéuticas, la actividad colinesterásica del suero). — *B. Moia.*

EL FRACASO DE LA HISTIDINA Y VITAMINA C Y DEL ÉTER PARA MEJORAR LA CIRCULACION PERIFERICA. S. J. Weisman y E. V. Allen, "Circulation", 1950, 1, 127.

La administración simultánea de vitamina C e histidina, no produjo mejoras objetivas ni subjetivas en casos de arteriosclerosis obliterante de las extremidades. Tampoco, después de la inyección de ambas sustancias se observó aumento del caudal sanguíneo circulante en los dedos (medido por la temperatura cutánea).

La inyección de éter tampoco produjo mejoras subjetivas u objetivas evidentes, y muchos de los pacientes se rehusaron a recibir nuevas inyecciones por los efectos desagradables que producen. En algunos casos el caudal digital aumentó y en otros disminuyó, de lo que se desprende que no tiene tampoco efectos consistentes sobre el caudal circulante a las extremidades. — *B. Moia.*

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

- Dres. T. PADILLA, T. PADILLA (h.) y M. A. T. PADILLA.* — Angina de pecho e insuficiencia cardiaca congestiva 289
- Dres. M. B. ROSENBAUM, C. BAUDINO y B. MOIA.* — El voltaje del electrocardiograma precordial en el diagnóstico de la hipertrofia ventricular izquierda 301
- Dres. R. VEDOYA, C. T. NESSI y C. E. COPELLO.* — Duración del intervalo Q-T después de la prueba de esfuerzo en la angina de pecho 325
- Dres. R. VEDOYA, C. E. COPELLO y C. T. NESSI.* — Influencia de la digital sobre el E.C.G. de esfuerzo en sujetos normales, originando una "falsa prueba positiva": importancia del comportamiento del intervalo Q-T 340

TEMAS DE ACTUALIDAD

- Dres. H. ABITBOL, A. J. ALVAREZ y J. SKIBINSKY.* — Aneurisma cardíaco 351

ANALISIS DE REVISTAS, 357.

INSULINA "FARMACO"

Preparada con **insulina cristalizada** elaborada en nuestros laboratorios biológicos.

- 100 unidades en 5 cm³
- 200 unidades en 5 cm³
- 200 unidades en 10 cm³
- 400 unidades en 10 cm³
- 1000 unidades en 50 cm³

Protamina Zinc Insulina "Fármaco"

- 200 unidades en 5 cm³
- 400 unidades en 10 cm³

Todas estas diluciones son hechas con **insulina cristalizada**, garantizando su pureza.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS Y FARMACÉUTICOS DE

"LA FARMACO-ARGENTINA" S. A.

ACOYTE 136

BUENOS AIRES