

## ANALISIS DE REVISTAS

### FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

**REACCIONES CARDIOVASCULARES AL ESTIMULO EMOCIONAL. EFECTO SOBRE EL VOLUMEN MINUTO CIRCULATORIO, DIFERENCIA ARTERIOVENOSA DE  $O_2$ , PRESION ARTERIAL Y RESISTENCIA PERIFERICA.** (*Cardiovascular reactions to emotional stimuli. Effect on the cardiac output, arteriovenous oxygen difference, arterial pressure, and peripheral resistance*). J. B. Hickam, W. H. Cargill y A. Golden. "J. Clin. Investigation". 1948, 27, 290.

Se estudiaron los efectos de la emoción o ansiedad sobre 23 estudiantes sanos y en 12 casos con enfermedades variables.

En el primer grupo, durante el estado ansioso se observó un promedio de comportamientos que a continuación se detalla: la presión arterial media aumentó en un 10 % (de 90 a 99 mm. de Hg.); la frecuencia cardíaca en un 27 % (de 70 a 89 latidos por minuto); el volumen sistólico en un 16 % (de 112 a 130 cc.), medido con el balistocardiógrafo de Nickerson; el índice cardíaco en un 48 % (de 4.2 a 6.2 l minuto/2 m.); y la resistencia periférica disminuyó en un 23 % (de 22 a 17 mm. Hg. l minuto/2 m.). Se observó que a mayor aumento en el índice cardíaco corresponde mayor caída en la resistencia periférica, y que el aumento de la presión arterial se debe al aumento del índice cardíaco y no a vasoconstricción.

En 4 casos hubo un moderado aumento en la resistencia periférica, sin cambios en el volumen minuto. En los casos en que la ansiedad lleva al colapso cardiovascular, se supone que deja de producirse el aumento del volumen minuto indispensable para compensar la caída en la resistencia periférica, que es la respuesta fisiológica. En el segundo grupo estudiado, las observaciones más interesantes se refieren a 3 casos en insuficiencia cardíaca. En reposo presentan un volumen minuto por debajo del que correspondía al consumo de  $O_2$ , desproporción que se hizo más manifiesta durante el período de ansiedad, por aumento del consumo de  $O_2$  sin modificación del volumen minuto.

En uno de los casos en que la presión pulmonar era anormalmente alta en reposo, hubo un ulterior aumento en un 50 % durante el estado ansioso. Se explica así la posibilidad de edemas pulmonares agudos provocados por crisis emotivas o estados ansiosos. — M. Rosenbaum.

**EL SISTEMA CARDIOVASCULAR COMO EL ORGANNO EFECTOR EN LOS FENOMENOS PSICOMATICOS.** (*Cardiovascular system as the effector organ in psychosomatic phenomens*). G. Burch y T. Ray. "J.A.M.A." 1948, 136, 1011.

El aparato cardiovascular es muy susceptible a los disturbios psíquicos. Los efectos cardíacos comprenden el aumento del volumen minuto; alteraciones mecánicas y electrocardiográficas; angina de pecho y aún la muerte súbita.

El sistema vascular periférico responde a estímulos emocionales y puede ser estudiado en forma cualitativa o cuantitativa. Los autores describen un método y las respuestas obtenidas reflejan la intensidad del estímulo. El pletismograma revela los estados de tensión.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

Refieren cuatro casos con repercusión cardiovascular por trastornos psíquicos. Aconsejan la evaluación psiquiátrica y la psicoterapia como tratamiento. — *M. Manguel.*

**DEFECTO SEPTAL INTERAURICULAR. SU PRODUCCION EXPERIMENTAL BAJO VISION DIRECTA SIN INTERRUPCION DE LA CIRCULACION.** (*Interatrial septal defect. Its experimental production under direct vision without interruption of the circulation*). A Blalock y C. R. Hanlon. "Surg. Gynec. & Obst.", 1948, 87, 183.

Se describe un método para producir defecto interauricular bajo visión directa sin interrumpir la circulación y con escasa pérdida de sangre mediante el empleo de un clamp especial.

Se obtuvieron buenos resultados en 16 de 23 perros examinados en la autopsia entre 10 y 114 días después de operados. Se comenta el uso de ese defecto como medida terapéutica en un artículo anterior al tratar la transposición completa de la aorta y pulmonar. El empleo de este procedimiento para equilibrar el trabajo de ambos ventrículos, necesita y aguarda más investigaciones. — *M. Manguel.*

**CAMBIOS ELECTROLITICOS EN LA NEFROSIS. PROVOCACION DE DIURESIS DESPUES DE LA ADMINISTRACION DE SALES DE SODIO Y DE POTASIO.** (*Electrolyte changes in nephrosis. Occurrence of diuresis following administration of sodium and potassium salts.*) C. L. Fox, Jr. y D. J. McCurre. *Am. J. Med. Sc.* 1948, 216, 1.

Se refiere al caso de un niño nefrótico en el cual la administración de lactato de sodio y soluciones de potasio provocaron una abundante diuresis. El mecanismo operante sería a través de un aumento del sodio extracelular lo que provocaría disminución del edema intracelular, aumento de la filtración renal del sodio y disminución de la reabsorción del cloro con la consiguiente diuresis. — *M. R. Malinow.*

## SEMIOLOGIA

**LAS SOMBRAS RADIOLOGICAS PULMONARES DE TIPO MICRONODULAR EN LOS CARDIACOS. LA HEMOSIDEROSIS PULMONAR.** (*Les ombres radiologiques pulmonaires du type micronodulaires chez les cardiaques. L'hemosiderose pulmonaire*). C. Laubry, J. Lenegre y L. Abbas. "Acta Cardiol.", 1948, 3, 91.

Los autores publican cuatro casos de estrechez mitral con fibrilación auricular y una de hipertensión arterial con insuficiencia cardíaca izquierda en los cuales encuentran imágenes radiológicas con opacidades micronodulares difusas en ambos pulmones, acompañadas a veces de imágenes en malla filamentosa en que los nódulos aparecen en los entrecruzamientos de dichos filamentos. En tres de estos casos agregan el examen microscópico del líquido seroso extraído

## ANÁLISIS DE REVISTAS

por punción parenquimatosa que muestra: tejido pulmonar, hematíes y cantidad extraordinaria de pigmentos férricos, ya libres o ya incluidos en voluminosos macrófagos (células cardíacas). En otro caso la autopsia confirma la naturaleza de estas lesiones. Estas lesiones se encuentran casi siempre en hombres (cuatro casos sobre cinco de ellos) que se confirma con la revisión de otros trabajos, eliminándose así el factor casual, aunque sin explicarse la causa.

Si bien parece que la edad no interviene, la mayoría de las observaciones se encuentran entre los 20 y 40 años, posiblemente por ser ellas las de las cardiopatías mitrales antiguas. Justamente la estrechez mitral es la causa más común, tratándose en general de una lesión severa. Más raramente se trata de una cardiopatía arterial aórtica con insuficiencia izquierda. Un antecedente interesante es la casi constancia de hemoptisis en estos enfermos.

Los signos radiológicos pulmonares se caracterizan por un semillero de numerosos nódulos relativamente densos, regularmente diseminados, pequeños (un milímetro de diámetro) de contorno más o menos netos, a veces redondeados otras finamente angulosos, respetando habitualmente los vértices, acompañado a veces de un fino retículo en forma de mallas de filamentos y persistentes en las distintas radiografías tomadas.

El diagnóstico diferencial es difícil especialmente con las tuberculosis miliares, silicosis, carcinomatosis miliar en un cardíaco y también con la enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann. La punción del parenquima pulmonar es un gran elemento de diagnóstico. — *E. P. Etchegaray.*

*VISUALIZACION RADIOLOGICA DE LA VENA CAVA INFERIOR. (Roentgen visualización of the inferior vena cava). B. J. O'Loughlin. "Am. J. Roentgenol". 1947, 58, 617.*

El método simple y seguro fué aplicado por primera vez por deseo de un urólogo de demostrar la relación entre un ureter anómalo y la cava inferior.

Las contraindicaciones, escasas por otra parte, son las de toda urografía endovenosa.

El método fué aplicado sin inconvenientes en 50 casos. — *M. Manguel.*

*EL EQUIPO ELECTRICO DE LOS CATETERES INTRA-CARDIACOS. (L'équipement électrique des catheters intra-cardiaques). P. W. Duchosal, C. Ferrero, J. P. Doret, Ph. Andereggen y B. Rilliet. "Acta Cardiol.", 1948, 3, 140.*

Presentan un dispositivo para electrocardiografía intracardiaca caracterizado por utilizar una sonda tipo Lenègre con electrodo terminal en espiral dentro de la misma, gracias al cual pueden mantener su permeabilidad para tomar muestras de sangre y presiones intracavitarias. Agregan dibujos del dispositivo y unos electrocardiogramas. — *E. P. Etchegaray.*

## ELECTROCARDIOGRAFIA

*ERRORES DE TECNICA EN EL REGISTRO EL ELECTROCARDIOGRAMA Y ERRONEA INTERPRETACION CONSECUTIVA. (Technical errors in the taking of electrocardiograms and consequent misinterpretation)* Torjus Moe. "Acta Med. Scandinav.", 1948, 130, 575.

Los autores consideran:

- 1) Errores de acoplamiento (intercambio de electrodos).
- 2) Interrupción de la corriente, debida a insuficiencia de contacto o la ruptura de uno de los cables.

El electrocardiograma obtenido puede asemejarse en algunos casos al electrocardiograma del infarto.

Se llama la atención sobre el hecho que la ruptura de la conexión a la pierna izquierda, puede determinar la obtención de electrocardiogramas sugestivos de infarto de la cara posterior en pacientes con hipertrofia ventricular izquierda.

La interrupción de la corriente al brazo derecho da lugar a electrocardiogramas que se parecen a las curvas de infarto de la cara anterior, tanto en pacientes con hipertrofia ventricular izquierda como en sujetos normales.

La razón por la que ocurren estas curvas es que la grilla de entrada de un amplificador con interrupción de la corriente aferente no tiene potencial definido e influencias capacitivas pueden emanar de otras corrientes, cuando los amplificadores tienen una impedancia de entrada muy alta.

Este fenómeno puede ser eliminado acoplado una resistencia de alrededor 0.5 megahom entre cada uno de los receptores de las corrientes del brazo izquierdo, pierna izquierda y punta del corazón de un lado y el receptor de la corriente del brazo derecho del otro lado.

La reducción de la impedancia de entrada que ocurre, no tiene influencia sobre el electrocardiograma ordinario. — *L. E. del Zar.*

*ADMINISTRACION ENDOVENOSA DE DIURETICOS MERCURIALES EN EL HOMBRE. EFECTO INMEDIATO EN EL ELECTROCARDIOGRAMA. (Intravenous administration of mercurial diuretics in man. Immediate effect on the electrocardiogram).* L. Wolff y E. S. Sagall. "Arch. Int. Med.", 1948, 81, 137.

Los efectos inmediatos de la inyección endovenosa de diuréticos mercuriales sobre el corazón humano fueron estudiados en el electrocardiograma obtenido antes, durante y poco después de suministradas mercurofilina, meralurido o mersalyl con teofilina en 137 pacientes.

Se realizaron 319 observaciones y se hallaron 36 anomalías en el trazado. El tipo de diuréticos, la afección cardíaca, la edad del paciente, la ingesta de digital y el ritmo cardíaco previo no influyen los hallazgos electrocardiográficos. Las anomalías fueron extrasístoles auriculares o ventriculares, aumento de la frecuencia o taquicardia ventricular paroxística sin casos fatales. — *M. Manguel.*



## ANÁLISIS DE REVISTAS

*LOS EFECTOS ELECTROCARDIOGRAFICOS INMEDIATOS DE LAS INJURIAS MIOCARDICAS CIRCUNSCRIPTAS. ESTUDIO EXPERIMENTAL. (The Immediate Electrocardiographic Effects of Circumscribed Myocardial Injuries: An Experimental Study).* R. D. Pruitt y F. Valencia. "Am. Heart J.", 1948, 35, 161.

En el corazón de la tortuga expuesto al aire se hicieron lesiones subepicárdicas por electrocoagulación (unidad de alta frecuencia). Se registró elevación del segmento S-T en las derivaciones unipolares de la superficie epicárdica de la zona lesionada, pero las derivaciones endocárdicas de la porción adyacente de la cavidad no registraron siempre regularmente depresión del segmento S-T. Esto sólo ocurrió cuando la superficie epicárdica ventral estaba en contacto con un medio conductor.

Provocando lesiones subendocárdicas en la pared ventral por el mismo procedimiento, las derivaciones obtenidas colocando el electrodo subyacente a la zona lesionada en el interior de la cavidad ventricular o en la zona epicárdica dorsal opuesta, mostraron desviaciones hacia arriba del segmento S-T, mientras que el electrodo colocado en la zona epicárdica ventral subyacente a la lesión endocárdica mostró desviación negativa.

Cuando se provocan lesiones que abarcan las zonas endocárdicas y epicárdicas de la pared ventricular se obtienen desplazamientos positivos del segmento S-T tanto colocando el electrodo en la región endocárdica como en la epicárdica subyacente a la lesión. Lo mismo sucede cuando se produce un infarto de miocardio apical transmural agudo en el perro por ligadura coronaria. Las fuerzas electrocardiográficas responsables de estos desplazamientos positivos registrados desde ambas superficies endocárdica y pericárdica, se atribuyen a los límites entre el músculo lesionado y el no lesionado, en las márgenes periféricas de la lesión.

Se observó también que el jugo muscular tal vez por su elevado contenido en potasio produce los más conspicuos desplazamientos del segmento S-T, cuando se lo aplica sobre la superficie ventricular. — *B. Moia.*

*ANALISIS DE LAS CAUSAS DE DESVIACION DEL EJE ELECTRICO A LA DERECHA BASADO PARCIALMENTE SOBRE LOS POTENCIALES ENDOCARDICOS DEL VENTRICULO DERECHO HIPERTROFIADO (An analysis of Causes of Right Axis Deviation Based Partly on Endocardial Potentials of the hypertrophied Right Ventricle)* Ch. E. Kossmann, A. R. Berger, J. Brumlik y S. A. Briller "Am. Heart J.", 1948, 35, 309.

La desviación del eje eléctrico a la derecha debe producirse teóricamente cuando durante la excitación del músculo ventricular el potencial medio del brazo izquierdo es menor que el del brazo derecho, sea porque el brazo derecho se hace más positivo que el izquierdo, o porque este se hace más negativo que aquél, o porque ambos factores intervienen simultáneamente.

Clásicamente se admite y es exacto que tal desviación del eje puede ocurrir porque haya un trastorno en la conducción intraventricular, preponderancia ventricular o cambio de posición del corazón.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

Se presentan argumentos tendientes a demostrar que la rotación del corazón sobre el eje longitudinal en el sentido de las agujas del reloj tiene una importancia fundamental para determinar la desviación del eje y las características de las derivaciones precordiales, en especial el retardo en la aparición de la onda intrincoide. En estos casos se pueden invertir los campos eléctricos de cada ventrículo en el tórax, extendiéndose la zona de influencia del ventrículo derecho por delante y hacia la izquierda y la del ventrículo izquierdo por detrás y hacia la derecha, de modo que derivaciones precordiales derechas pueden quedar bajo la influencia de este último. En ese caso el retardo de la desviación intrincoide se vincularía a la influencia del ventrículo izquierdo y no al engrosamiento de la pared libre del ventrículo derecho. Sin embargo, cuando la excitación de toda la pared ventricular requiere menos de 0.10 seg. y la desviación del eje eléctrico a la derecha se acompaña de R' tardía en las precordiales derechas, la desviación del eje y la aparición de dicha onda son causadas probablemente por un retardo en la propagación de la excitación a través de la pared libre del ventrículo derecho, siendo este retardo distal a la rama del haz de His. En tales circunstancias la R' puede aparecer exagerada en tamaño y duración por componentes tardíos, proporcionados por la base del ventrículo derecho, particularmente cuando está hipertrofiado.

En casos de infarto de miocardio, la desviación del eje a la derecha se debe no a la destrucción del ventrículo que haría predominar la masa derecha, sino a que el brazo izquierdo recoge los potenciales negativos de la cavidad ventricular izquierda a través del tejido ventricular inerte. — *B. Moia.*

*EL BLOQUEO FOCAL. (Le bloc focal).* M. Segers. "Acta Cardiol.", 1948, 3, 136.

Como consecuencia de los trabajos de Wilson que cambian radicalmente la concepción clásica relativa a la localización derecha o izquierda de los bloqueos de rama y de la objeción de Katz, Landt y Bohning (1935) en que demuestran que el bloqueo de rama de tipo común no se acompaña siempre de un retardo del pulso carotídeo y que por lo tanto no corresponden necesariamente a un bloqueo de rama izquierdo, el autor hace un estudio de distintos electrocardiogramas, en el deseo de llegar a una interpretación correcta de los hechos. Para ello utiliza los casos con bloqueo intermitente, los casos normales con extrasístoles ventriculares, como así los de fibrilación auricular en que aparecen a veces trazados ventriculares normales y anormales sucesivos.

Confirma lo que ya había dicho antes, de que existen trastornos de la conducción intraventricular sin modificación de la parte inicial del QRS y que se trata de un alargamiento de la S en que el trastorno de la conducción se encuentra localizado en las ramificaciones terminales de las fibras específicas.

Propone calificar a este trastorno por el término de bloqueo focal a fin de precisar que se encuentra limitado a un foco ventricular restringido a diferencia del bloqueo de rama que interesa a todo un ventrículo. Acompaña varios electros. — *E. P. Etchegaray.*

## INFECCIOSAS

**NEUMONITIS REUMÁTICA. UN CASO DE TIPO CRÓNICO DIFUSO (PROLIFERATIVO) CON FOCOS (EXUDATIVOS) AGUDOS.** (*Rheumatic pneumonitis. A case of widespread chronic (proliferative) with acute (exudative) foci*). E. E. Muirhead y A. E. Haley. "Arch. Int. Med.", 1948, 80, 328.

Como muchos otros han establecido, se consideran como características las naturalezas específicas y sin tener relación con la hiperemia pasiva pulmonar. Los autores refieren un caso con cambios difusos pulmonares asociados a carditis reumática y con la característica de presentar semejanza con la fibrosis pulmonar difusa intersticial aguda descrita por Hammon y Rich.

En los pulmones no se observaron nódulos de Aschoff pero las lesiones en general eran extendidas mostrando una fase proliferativa de curación con fibrosis difusa y una fase activa, exudativa. También existían lesiones arteriales parcialmente curadas.

El repetido hallazgo de esa asociación (carditis con neumonitis) apoyan y justifican la denominación de neumonitis reumática. — M. Manguel.

**PROFILAXIS ORAL DE LA FIEBRE REUMÁTICA CON PENICILINA. ESTREPTOCOCOS HEMOLÍTICOS RESISTENTES.** (*Oral prophylaxis of rheumatic fever with penicillin. Resistant hemolytic streptococci*). A. Milzer, K. H. Kohn y H. Mac Lean. "J.A.M.A.", 1948, 136, 536.

Refieren la resistencia adquirida de los estreptococos beta hemolíticos a la penicilina oral, en dosis de 100.000 u. cada 24 horas durante 5 ó más meses, suministrada a niños para evitar las recurrencias de la enfermedad. Los gérmenes fueron obtenidos en cultivos de la garganta. De 114 pacientes, 64 recibieron la droga y los restantes sirvieron de grupo control. El 82 % del primer grupo y el 40 % del segundo tenían estreptococos hemolíticos resistentes a la penicilina. La convivencia explicaría ese hallazgo en los niños del 2º grupo. Creen que dosis mayores de penicilina servirían profilácticamente. — M. Manguel.

**MIOCARDITIS AGUDA. DISOCIACIÓN AURICULO-VENTRICULAR ENMASCARADA (ISORRÍTMICA Y TAQUISFÍGMICA). LESIONES INFLAMATORIAS EXTENSIVAS Y NECROSANTES DEL FASCÍCULO DE HIS-TAWARA.** (*Myocardite aigue. Dissociation auriculo-ventriculaire masquée (isorythmique et tachysphygmique). Lésions inflammatoires extensives et nécrosantes du faisceau de His-Tawara*). I. Mahaim. "Acta Cardiol.", 1948, 3, 121.

Publica el caso de una enferma de 28 años, con miocarditis aguda, embarazada, con taquicardia constante entre 100 y 110, en que el electrocardiograma demuestra una disociación a-v isorrítmica, con 102 contracciones auriculares y 94 ventriculares por minuto.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

Llama la atención de que en las afecciones sépticas agudas con taquicardia constante no despiertan sospecha alguna de lesión del tejido específico. Insiste en que la bradicardia y la bradiarritmia no es un signo obligado de bloqueo a-v completo. La taquicardia es debida a las lesiones irritativas que acompañan a la destrucción de las vías de conducción. Aconseja que en toda enfermedad que pueda atacar el corazón deben hacerse registros electrocardiográficos periódicos. — *E. P. Etchegaray.*

### PRESION ARTERIAL Y VASOS

*LAS LECTURAS DE LA PRESION ARTERIAL DE 75.258 ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. (Blood pressure readings of 75.258 university students).*  
R. E. Boynton y R. L. Todd. "Arch. Int. Med.", 1947, 80, 454.

De esos estudiantes 43.800 eran varones, la mayoría de menos de 26 años de edad.

La presión sistólica media fué de 122 mm Hg para los varones de todas las edades y 111 mm Hg para las mujeres. La presión sistólica media de las mujeres mostró tendencia a aumentar con la edad, hecho no observado en los hombres. La presión diastólica media fué de 74,5 mm Hg en los varones y 69,7 mm Hg en las mujeres. Esta presión tendía a subir con la edad en ambos sexos. Una cantidad mayor de mujeres que hombres tenía presión sistólica por debajo de 109 mm Hg mientras que una cifra por encima de 120 mm Hg fué más común en el hombre excepto en el grupo de 41 años o más. Dos tercios de los hombres tuvo una presión sistólica entre 110 y 129 mm Hg mientras que 2/3 de las mujeres tenían entre 100 y 109 mm Hg. — *M. Manguel.*

*RELACION ENTRE HEMORRAGIAS RE RETINA Y HEMORRAGIA CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS. COMPARACION ENTRE LAS RETINOPATIAS DE HIPERTENSOS QUE FALLECIERON POR INSUFICIENCIA CARDIACA. Y OTROS QUE SUFRIERON HEMORRAGIA CEREBRAL. (The relationship of retinal hemorrhages in hypertensive patients to cerebral hemorrhage. A comparison of the retinal picture in hypertensive individuals who died of heart failure with those who suffered a cerebral hemorrhage).* L. A. Soloff y C. T. Bello. "Am. J. Med. Sc.", 1948, 215, 661.

Estudian 35 hipertensos de los cuales 17 tuvieron hemorragia cerebral y 18 fallecieron de insuficiencia cardíaca sin mostrar accidentes cerebro vasculares.

Hemorragias de retina observaron en 14 (77%) de los que tuvieron insuficiencia cardíaca y en cambio sólo 5 (29%) de los 17 con hemorragia cerebral. Todos los que tuvieron hemorragia de retina tenían además grandes zonas de espasmo con o sin grado II de esclerosis. Se desprende que la hemorragia de retina no debe ser utilizada como signo pronóstico acerca de futuros accidentes cerebro vasculares, siendo por el contrario más frecuente en los que luego fallecen por insuficiencia cardíaca. — *E. A. Otero.*



*LA FRAGILIDAD VASCULAR EN LA HIPERTENSION: EFECTO DE LA TERAPEUTICA ANTIESCORBUTICA SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS TESTS PARA LA FRAGILIDAD CAPILAR. (Capillary fragility in hypertension: the effect of antiscorbutic therapy on results of the tests for capillary fragility).* L. A. Solof y C. T. Bello. "Am. J. Med. Sc.", 1948, 215, 655.

Efectúan el test de Gothlin (presiones positivas infradiastólicas) y el Rumpel-Leede, en 25 controles y 50 hipertensos, saturándolos previamente con vitamina C para descartar el escorbuto subclínico como posible causa de error.

Las conclusiones son distintas a las que arribaron Griffith y Lindauer, quienes pretendían hallar relación directamente entre las hemorragias capilares y las cerebrales.

De los hipertensos sólo 2 mostraron Gothlin positivo, mientras que el Rumpel-Leede fué positivo en 33, haciendo notar que no existía relación entre la positividad de este test (R.L.) y las hemorragias de retina. — *E. A. Otero.*

*EL SINDROME DIENCEFALICO HIPERTENSIVO. (The Hypertensive diencephalic syndrome). (Page).* F. S. P. Van Buchem. "Acta Med. Scandinav.", 1948, 130, 575.

El autor relata 10 casos de síndrome hipertensivo diencefálico el que se caracteriza principalmente por hipertensión lábil, taquicardia, tiroides normal o ligeramente aumentado, metabolismo en general de + 10 a + 30%, aparición periódica de manchas rojas en la piel del cuello y del tórax y extremidades frías y pálidas. Estos fenómenos se hacen particularmente marcados bajo la influencia de una excitación, pero pueden ocurrir sin causa aparente.

Frecuentemente se hace el diagnóstico erróneo de hipertiroidismo. El autor encuentra como regla, un contenido sanguíneo de colesterol normal o aumentado en lugar de estar disminuído como ocurre frecuentemente en el hipertiroidismo. La tiroidectomía y la administración de tiouracilo son inútiles.

Obtienen resultados excelentes con el prominal, droga que actúa sobre el cerebro. Los síntomas y signos no son producidos por la hiperfunción de la tiroides. — *L. E. del Zar.*

*LA HIPOPLASIA DE LA AORTA. (L'hipoplasie de l'aorte).* R. Delcourt, H. Denolin y J. Lequime. "Acta Cardiol.", 1948, 3, 144.

Los autores presentan un caso de hipoplasia aórtica generalizada, en un enfermo de 31 años, que se acompaña de gran agrandamiento cardíaco, hipertensión arterial (170-70), con PR largo (0.24") y bloqueo de rama izquierdo, que luego hace una disociación A-V incompleta con períodos de Wenckebach e insuficiencia cardíaca irreductible y rápidamente fatal.

Como en vida encuentran soplo sistólico apical y sistólico y diastólico en base, con tensión diferencial amplia, agrandamiento cardíaco y trastornos de conducción en un terreno reumático, hacen diagnóstico de lesión aórtica y mitral con septitis

## ANÁLISIS DE REVISTAS

reumática. La autopsia no confirma las lesiones valvulares ni reumáticas. En cuanto a los defectos de conducción les parece posible la etiología congénita aunque creen mucho más aceptable se trate de lesiones degenerativas del sistema hisiano análogas a las que se encuentran en el miocardio banal. — *E. P. Etchgaray*.

*ANASTOMOSIS ARTERIOVENOSAS RENALES EN CONEJOS, PERROS Y SUJETOS HUMANOS. (Renal arteriovenous anastomoses in rabbits, and human subjects).* B. Simkin, H. C. Bergman, H. Silver y M. Prinzmetal. "Arch. Int. Med.", 1948. 81, 115.

Esferas de vidrio fueron inyectadas en la arteria renal de riñones humanos sanos post-mortem con o sin cápsula y luego recogidas en la vena renal. Esas esferas tenían un diámetro superior al de los capilares. Esto indicaba que comunicaciones arterio-venosas existían en el cuerpo de los riñones decapsulados.

Iguales hallazgos fueron logrados en conejos y perros vivos. Las esferas fueron recuperadas de la circulación venosa.

La observación de tales anastomosis en seres vivos sugieren que tienen una función y significación fisiológica durante la vida. — *M. Manguel*.

*EL EFECTO DE LA COMPRESION LOCAL SOBRE EL CAUDAL SANGUINEO DE LAS EXTREMIDADES EN EL HOMBRE. (The Effect of Local Compression upon Blood Flow in the Extremities of Man).* M. H. Halperin, C. K. Friedland y R. W. Wilkins. "Am. Heart J.", 1948, 35, 221.

Aplicando presiones reducidas, entre 10 a 50 mm Hg a una extremidad e investigando la repercusión sobre el caudal sanguíneo, observando los cambios sobre temperatura cutánea, gasometría sanguínea y pletismografía se registraron cambios definidos de la temperatura, con presiones no más elevadas de 20 mm de Hg, situación en la cual también aumenta en un 25% la diferencia en el consumo arterio-venoso de O<sub>2</sub> y la pletismografía demuestra reducción del caudal sanguíneo. Con presiones locales de 30 mm Hg el caudal sanguíneo disminuiría en un 25% y con presiones de 10 mm Hg, en un 10%.

Se sugieren como probables causas de esta reducción del caudal sanguíneo, la disminución de la gradiente entre las presiones venosa y arterial o la reducción del calibre de los pequeños vasos en el área comprimida causando un aumento de la resistencia a la circulación. — *B. Moia*.

*ARTERIOSCLEROSIS EN LA INFANCIA. (Arteriosclerosis in infancy).* W. A. Hause y G. J. Antell. "Arch. Path.", 1947, 44, 82.

Se refiere la autopsia de un niño de tres meses y medio de edad, en el cual existía severa arteriosclerosis generalizada de tipo Mönckeberg y cuyo deceso se produjo por un infarto de miocardio. — *M. R. Malinow*.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*LIGADURA Y DIVISION DE LA AORTA ABDOMINAL POR EMBOLOS METALICOS DESDE EL CORAZON. OBSERVACIONES POST-OPERATORIAS DE LA CIRCULACION EN LAS EXTREMIDADES. (Ligation and division of the abdominal aorta for metallic embolus from the heart. Postoperative observations of the circulation in the extremities).* F. W. Coper, Jr., M. H. Harris y J. W. Kahn. "Ann. Surg.", 1948, 127, 1.

Los autores revisan la literatura y encuentran 36 casos de ligadura total o parcial de la aorta abdominal con 12 casos exitosos.

Refieren un caso de ligadura y escisión de una porción de la aorta abdominal para extraer un émbolo metálico partido del corazón. En los miembros inferiores existía un vasoespasmo acentuado que cedió con la intervención. Después de dicha operación, las extremidades inferiores respondieron normalmente a los cambios ambientales. Una circulación colateral se desarrolló rápidamente con aumento en la tolerancia al ejercicio. No se efectuaron intervenciones del simpático por ser consideradas innecesarias. — *M. Manguel.*

*ESTUDIOS SOBRE ANTICOAGULANTES. (Further studies on the anticoagulants).* C. Reich y W. Eisenmenger. "Am. J. Med. Sc.", 1948, 215, 617.

Relatan los resultados obtenidos en aproximadamente 300 casos que separan en 4 grupos: a) Pacientes recientemente operados en los que los usan profilácticamente. b) Pacientes con trombosis venosa. c) Episodios embólicos, casi siempre de pulmón. d) Trombosis coronaria.

Utilizan heparina y dicumarol.

La heparina la administran por vía endovenosa ya sea diluída, 10 mgrs. en 500 cc. de solución salina, gota a gota, o sin diluir 50 a 100 mgrs. cada 4 a 6 horas, o por vía subcutánea 200 a 400 mgrs. cada 48 hs.

Controlan con frecuentes tiempos de coagulación y tratan de que sea 3 veces superior al normal.

El dicumarol lo utilizan a la dosis de 300 mgrs., previo dosaje del tiempo de protombina, y una vez que este se eleva al doble continúan con 200 mgrs. diarios.

En el grupo *a* de 200 casos de los cuales el 50 % eran mujeres con operaciones pélvicas no hubo ningún caso de fiebitis o embolias de pulmón.

En el grupo *b* incluyen 45 casos de flebitis profunda y superficial. En ninguno de ellos hubo embolia de pulmón.

En el grupo *c* incluyen 30 casos de los cuales 26 eran embolias de pulmón, mejorando 24 y falleciendo sólo 2.

Por último tratan 24 casos de infarto de los cuales fallecieron 4, sin que tuvieran complicaciones embólicas ya sea originados en venas periféricas o en trombos murales. — *E. A. Otero.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*TROMBOSIS COMO COMPLICACION DE ENFERMEDADES INTERNAS.*  
(*Thrombosis as a complication of internal diseases*). S. Rallner. "Arch. Int. Med." 1948, 81, 126.

Dicen estos autores que fuera de los casos observados en personas de edad y con larga permanencia en la cama, la trombosis puede ser vista en casos de neumonía, bronconeumonía, enfermedades cardíacas y anemia.

Recuerdan que si en un neumónico, la temperatura no regresa a la normal, fuera del derrame pleural hay que pensar en la trombosis especialmente pelviana y embolias pulmonares como causa del estado febril.

Aconsejan en todos los neumónicos cuya temperatura no se ha normalizado con los antibióticos, usar anticoagulantes. La temperatura se normaliza en 2 ó 3 días.

La técnica aconsejada es la que sigue: durante los 2 ó 3 primeros días 100 a 125 mgrs. de heparina 3 ó 4 veces por día junto con dicumarol. Luego se sigue con esta droga hasta que el índice de protombina alcance y se mantenga en 30 %. Al mismo tiempo movilización del paciente en cama, luego masajes. El dicumarol se sigue hasta levantar al paciente. Se usó heparina en un caso de anuria por hemólisis post-transfusional. A las 2 horas desapareció la anuria. Indican también esa droga con efedrina en enfermos con bronquitis fibrinosa. La efedrina obra sobre el espasmo bronquial y la heparina evita el depósito bronquial de fibrina. — *M. Manguel.*

*TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA COARTACION AORTICA.* R. E. Gross. "El Día Médico", 1948, 20, 1242.

Hace ciertas consideraciones sobre el pronóstico de los enfermos con esta anomalía. La insuficiencia cardíaca en el período de nacimiento tiene gran tendencia a producirse si el corazón mismo presenta malformaciones graves. Si vive más allá de la infancia presenta un futuro incierto. Después de hacer una investigación amplia de los que viven más de dos años, llega a ciertas generalidades referente al pronóstico. Es más común en el hombre que en la mujer, y los distribuye en cuatro grupos de número semejante:

En el primer cuarto, a los que tienen larga vida, sin ninguna sintomatología. En el segundo cuarto, los que murieron súbitamente por rupturas de la aorta. Esta complicación es más común en el tercer decenio de la vida. En el tercer cuarto, incluye los que murieron por una infección sobreagregada por streptococcus viridans: complicación que fué más común durante la 2ª y 3ª década; y en el último cuarto comprende los que han muerto por un estado hipertensivo, por fallas cardíacas o hemorragia intra craneal.

El 40 % aproximadamente de estos enfermos mueren entre los 15 y los 30 años. Hace 10 años que se iniciaron en laboratorio las tentativas para estudiar los procedimientos para actuar sobre la aorta torácica. Llega a la con sutura con seda fina de ambos extremos, en forma continua y con puntos de clusión que el mejor método de suturas, después de resecar 1 ó 2 cms., es la



## ANÁLISIS DE REVISTAS

colchonero, y en forma tal que la íntima de un extremo toque con la íntima del otro, dejándolos evertidos.

El método de la unión plano por plano, que es el empleado por Crafford, sigue de disrupción o curación pobre, según su experiencia.

Hace una somera explicación del método a seguir para la operación. Debe inmovilizarse un segmento aórtico de 8 a 10 cms. de largo, hay que proceder con extrema delicadeza por el peligro de las hemorragias, ya que existe en general una pérdida considerable de sangre, y se previene el shock transfundiendo sangre según la cantidad que se va perdiendo. De una serie de 40 casos entre 7 y 31 años de edad el conducto torácico no fué lesionado en ningún caso. En 5 solamente se hizo exploración y de los 35 restantes en que se llevó a cabo la extirpación, murieron 5. En 5 existía un bloqueo completo y en el resto había una abertura de sólo 1 a 3 milímetros de diámetro. De todos los enfermos que han sobrevivido en sólo uno, no hubo alivio de la hipertensión. En todos los demás hubo mejoría evidente.

Por debajo de 6 ó 7 años, la aorta es demasiado pequeña para trabajar con facilidad y por encima de 25 a 30 años el vaso puede estar esclerótico por encima de la obstrucción, o sino adelgazado por debajo. Cree que la edad óptima para la operación es de 10 a 20 años.

La operación exige largo tiempo y es dificultosa y exorta a los que se dedican a ello, practicar las maniobras en cadáveres humanos o en animales vivos antes de emprender la operación en seres humanos. — *A. J. Alvarez.*

*ANASTOMOSIS AORTICO-PULMONAR EN LA ESTENOSIS PULMONAR CONGENITA. RELATO DE 45 CASOS. (Aortic pulmonary anastomosis in congenital pulmonary stenosis. Report of forty five cases). W. J. Prottis y S. Gibson. "J.A.M.A." 1948, 137, 343.*

Aconsejan una operación que se diferencia de la de Blalock y Taussig en que se usa la aorta misma y no una de sus ramas. En 45 casos se efectuó la anastomosis y otros 3 fueron explorados. 48 tenían diagnóstico preoperatorio de enfermedad de Fallot.

Consideran a la radiografía como el recurso principal de diagnóstico. La ventana pulmonar agrandada es un signo valioso. Antes de operar debe establecerse la situación del arco aórtico pues de ese mismo lado será abordada la aorta.

En 4 casos se diagnosticó atresia tricuspídea; siendo importante el encontrar un aumento del arco inferior izquierdo (del ventrículo izquierdo) y la falta de lleno del ventrículo derecho, con desviación del eje eléctrico a la izquierda.

Respecto a la mejoría post-operatoria, lo más notable fué la gran tolerancia al ejercicio y en algunos casos la desaparición del hipocratismo digital y la poliglobulia. — *M. Manguel.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*LOS DISTINTOS SINDROMES CLINICOS PRODUCIDOS POR EL ANEURISMA DISECANTE* (*The Varied Clininal Syndromes produced by Dissecting Aneurysm*). S. Baer y H. L. Goldburgh "Am. Heart J.", 1948, 35, 198.

Sobre 44 casos de aneurisma disecante de la aorta, de los cuales en 11 se hizo el diagnóstico ante-mortem, el 67 % eran hombres, en su mayoría entre los 50 y 60 años de edad. Aunque el dolor abdominal o torácico es habitualmente un signo prominente, no se lo registró en el 55 % de los casos. La irradiación del dolor depende en cierta parte de la dirección de la disecación y de los diversos órganos comprometidos, por ello la secuencia de los acontecimientos en el progreso e irradiación del dolor tiene importancia diagnóstica. Lo mismo vale para la disnea y los síntomas neurológicos. Se destaca el valor de los hallazgos físicos, en especial del hemotórax, soplo diastólico de insuficiencia aórtica y los cuadros neurológicos bizarros. De acuerdo con el compromiso de los distintos órganos se los puede dividir en 5 síndromes: cardiovascular, pulmonar, cerebral, gastrointestinal o renal. — *B. Moia.*

## TERAPEUTICA

*EL DICUMAROL EN LA OCLUSION CORONARIA AGUDA CON INFARTO DE MIOCARDIO.* (*Dicumarol therapy in acute coronary occlusion with myocardial infarction*). M. Mc Call, "Am. J. Med. Sc.", 1948, 215, 612.

Utiliza el autor dicumarol como único anticoagulante en 71 casos de infarto de miocardio. Lo administra en dosis alrededor de los 200 mgrs. tratando que el tiempo de protombina oscile entre 30 y 45 segundos, efectuando determinaciones diarias.

Las complicaciones hemorrágicas son infrecuentes y fácilmente controladas con bisulfito de menadión.

Debido a la baja frecuencia de fenómenos trombo-embólicos, uno sólo en los 71 casos, se justifica el uso continuado de la droga. — *E. A. Otero.*

*LA COMBINACION HEPARINA-DICUMAROL EN EL TRATAMIENTO DEL INFARTO DE MIOCARDIO.* (*Combined Heparin-Dicumarol Therapy of Myocardial Infaction*) H. I. Glueck, V. Strauss, J. S. Pearson y J. Moguire "Am. Heart J.", 1948, 35, 260.

Los pacientes iniciaron su tratamiento dentro de las 24 horas de iniciados los síntomas, previa determinación del tiempo de protrombina, recibiendo 200 mg. orales de dicumarina y 300 mg. de heparina, endovenosa gota a gota. Esta se suspendió, cuando la concentración de protrombina se reducía a un 20-30 % de lo normal, manteniendo estas cifras con dicumarol por boca. En los 25 tratados no pareció aumentar los riesgos y por el contrario, mientras que murió el 32 % de los 25 controles sólo sucedió lo mismo en el 12 % de los tratados. La autopsia de estos no mostró la existencia de trombosis mural ni embolismo. — *B. Moia.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*LA ACCION ANTIREUMATICA DEL GENTISATO DE SODIO. (The anti-rheumatic effect of sodium gentisate).* K. Meyer y C. Ragain. *Science*, 1948, 108, 281.

El gentisato de sodio, un producto de la oxidación biológica del salicilato de sodio, tiene la propiedad de inhibir in vitro la acción de la hialuronidasa. La administración de la referida sal a pacientes reumáticos produjo la desaparición de los signos infecciosos y tóxicos en la misma medida que el salicilato de sodio. Se sugiere que la acción de esta droga se efectúa a través de la formación de gentisato de sodio. — *M. R. Matinow.*

*TRATAMIENTO CON PENICILINA DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA.* A. C. Taquini y B. B. Lozada. "Medicina". 1947, 7, 417.

Refieren los resultados obtenidos en 7 pacientes tratados con esa droga. Consideran que la penicilina es muy eficaz en los casos producidos por el estreptococo viridans. El hemocultivo sería el medio más eficaz para seguir la evolución de estos enfermos. En cambio el volumen del bazo fué ajeno a la evolución y la temperatura puede ser influenciada por factores ajenos a la enfermedad.

Se inició el tratamiento con 500.000 unidades diarias y si el hemocultivo se negativizó, se continuó con esa dosis 4 semanas. Si el hemocultivo siguió siendo positivo, se aumentaban las dosis de penicilina hasta llegar a la que negativizó el cultivo y se mantuvo la misma cantidad por lo menos 3 semanas. Todos los casos menos uno curaron clínica y bacteriológicamente.

El fracaso en el primer caso se considera atribuible a la dosis insuficiente de penicilina y al tratamiento incorrectamente aplicado. La sensibilidad del germen a la droga fué determinada por el método de Mohs y Madison. — *M. Manguel.*

*REACCIONES FATALES POR LA ADMINISTRACION ENDOVENOSA DE AMINOFILINA. RELATO DE TRES CASOS (Fatal reactions to intravenous administration of aminophylline. Report of three cases).* E. Bresnick, W. K. Woodard y C. B. Sageman. "J. A. M. A.", 1948, 136, 397.

Refieren tres casos, cuyo deceso es atribuible a esa droga. Todos tenían alteración coronaria o miocárdica y la muerte pareció debida a paro cardíaco o fibrilación auricular. La dosis de la medicación carece de importancia; no así la velocidad de la inyección.

Recuerdan la semejanza con la fibrilación ventricular por diurético mercuriales. — *M. Manguel.*

*PENICILINA EN LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUB-AGUDA (Penicillin therapy in subacute bacterial endocarditis).* B. M. Wagner. "Am. J. Med. Sc.", 1948, 215, 84.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

El trabajo analiza 521 casos de endocarditis bacteriana tratados con penicilina. Mejorías clínicas fueron observadas en 371 casos (71,3 %), 95 casos (13,2 %) mejoraron al principio pero la enfermedad recurrió y murieron en los 3 ó 4 meses.

En el resto, 55 casos (10,5 %) fracasó la terapéutica desde el comienzo. Recalcan la importancia de la sensibilidad bacteriana "in vitro" a la penicilina y del dosaje del nivel de penicilina en plasma. — *E. A. Otero.*

*OSTEOPOROSIS OCURRIDA DURANTE LA TERAPEUTICA CON TIOCIANATO DE POTASIO EN LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (Osteoporosis occurring during potassium thiocyanate therapy for hypertensive disease).* J. J. Hinchey, E. A. Hines y R. K. Ghormley. "Am. J. Med. Sc.", 1948, 215, 548.

Artralgias con osteoporosis fué observado en el 2 % de pacientes tratados con tiocianato por su hipertensión. No observaron estos hechos en más de 5.000 hipertensos no tratados con esta droga. Consideran por ello que la droga no debe ser administrada a hipertensos con osteoporosis senil u osteítis deformante, y a aquellos que presentan fracturas. — *E. A. Otero.*

*EL USO DE LA VITAMINA E EN LAS CARDIOPATIAS (The use of vitamin E in heart disease).* S. Baer, W. I. Heine y D. B. Gelfond. "Am. J. Med. Sc.", 1948, 215, 542.

El resultado fué absolutamente negativo, en los pacientes a quienes administraron 300 a 400 mgrs. diarios de vitamina E portadores de insuficiencia cardíaca congestiva (11 casos), angor de esfuerzo (5 casos), cardiopatía hipertensiva y arterioesclerótica (6 casos). Ninguno de los 22 pacientes mejoró ni se observó efectos sobre el ortodiagrama y electrocardiograma. — *E. A. Otero.*