

## ANALISIS DE REVISTAS

### FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA.

*EFECTO DEL EJERCICIO SOBRE EL VOLUMEN MINUTO CARDIACO Y PRESION ARTERIAL PULMONAR EN PERSONAS NORMALES Y EN PACIENTES CON CARDIOPATIAS Y ENFISEMIA PLMONAR (Effect of exercise on cardiac output and pulmonary arterial pressure in normal persons and in patients with cardiovascular disease and pulmonary emphysema).* J. B. Hickam y W. H. Cargill. "J. Clin. Investigation", 1948, 27, 10.

Se hicieron determinaciones de volumen minuto según el principio de Fick y de presión arterial intrapulmonar, en reposo y durante la realización de un pequeño ejercicio en 8 sujetos sin afección cardiovascular, 8 casos de insuficiencia cardíaca congestiva, 7 de estrechez mitral y 5 de enfisema pulmonar.

En los controles, el ejercicio aumentó el volumen minuto cardíaco y la diferencia arteriovenosa de  $O_2$ , en mayor grado aquél que éste. En cambio en los insuficientes cardíacos, el volumen minuto casi no se modificó, aumentando considerablemente la diferencia arteriovenosa de  $O_2$ .

Se considera como adecuada respuesta al ejercicio la que no aumenta demasiado la diferencia arteriovenosa de  $O_2$ .

En los casos de insuficiencia ventricular izquierda, la presión intrapulmonar fué supranormal en reposo y aumentó más aún durante el ejercicio. Exactamente iguales resultados mostraron los casos de estrechez mitral y los de enfisema pulmonar avanzado. — *M. Rosenbaum.*

*EL CAUDAL CIRCULATORIO RENAL Y REABSORCION Y SECRECION DE SODIO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (Renal plasma flow and sodium reabsorption and excretion in congestive heart failure).* R. Mokotoff, G. Ross y L. Leiter. "J. Clin. Investigation". 1948, 27, 1.

De acuerdo con los clearances del para-aminohipurato de sodio y del manitol, los autores encuentran una reducción del caudal circulatorio renal a  $1/3$  y de la velocidad de filtración a  $2/3$  de lo normal como promedio en 17 casos de insuficiencia cardíaca.

La reabsorción tubular de sodio no ofrece modificaciones con relación a los controles. Por lo tanto, la disminución en la secreción del sodio en la insuficiencia cardíaca debe atribuirse a la menor velocidad de filtración. Estos resultados están de acuerdo con los de Merrill, que encuentra una reducción del caudal renal a un 20 % y de la velocidad de filtración a un 33 % en casos en insuficiencia congestiva crónica, y ambos apoyan el criterio de Warren y Stead, que atribuyen a una deficiencia en el funcionamiento renal por disminución del out-put cardíaco la retención de la sal y agua, la hipervolemia y el aumento del líquido extracelular, el aumento de la presión venosa y los edemas que caracterizan a la insuficiencia cardíaca congestiva. — *M. Rosenbaum.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

**EFECTOS DEL EJERCICIO SOBRE EL CAUDAL CIRCULATORIO RENAL Y VELOCIDAD DE FILTRACION EN SUJETOS NORMALES Y EN CARDIACOS** (*The effect of exercise on the renal plasma flow and filtration rate of normal and cardiac subjects*). A. J. Merrill y W. H. Cargill. "J. Clin. Investigation". 1948, 27, 272.

Los pacientes con insuficiencia cardíaca en reposo, mostraron habitualmente una disminución franca del volumen minuto cardíaco, del caudal renal, y de la velocidad de filtración por debajo de 70 a 80 cc. por minuto. En cambio los cardíacos que sólo forman edemas con la actividad habitual, mostraron en reposo una velocidad de filtración mayor que 70 cc. por minuto. Durante un ejercicio discreto, en 6 entre 10 de estos últimos la velocidad de filtración disminuyó a menos de 70 cc. por minuto, cifra que los autores consideran "nivel crítico".

En ningún control se observó resultados similares, aunque en varios de estos hubo disminución franca del caudal circulatorio renal durante el ejercicio. — M. Rosenbaum.

**EL EFECTO DE LA ANESTESIA RAQUIDEA SOBRE LA ISQUEMIA RENAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA** (*The effect of spinal anesthesia on the renal ischemia in congestive heart failure*). R. Mokotoff y G. Ross. "J. Clin. Investigation". 1948, 27, 335.

Se determinó el caudal circulatorio renal (clearance del paramino-hipurato sódico) y la velocidad de filtración glomerular (clearance del manitol) en 11 pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, antes y después de anestesia raquídea hecha entre 3ª y 4ª vértebras lumbares. No hubo diferencias significativas.

De acuerdo con estos resultados, la isquemia renal con constricción de las arteriolas eferentes que los mismos autores han comprobado en la insuficiencia cardíaca congestiva no son producidas a través del simpático. Es favorecida indirectamente la explicación humoral de dicho mecanismo, basada en las comprobaciones de Merrill que encontró aumento de renina en la sangre venosa renal en 8 entre 11 casos de insuficiencia cardíaca. — M. Rosenbaum.

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIA.

**OBSERVACIONES DE PRODUCCION DE ADHERENCIAS PERICARDICAS Y LIGADURAS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS** (*Observations on production of pericardial adhesions and ligation of coronary arteries*). A. W. Boone y D. S. Hubell. "Surg. Gynecol. & Obs." 1948, 87, 9.

Los autores realizaron estudios experimentales que dividieron en tres grupos: 1) formación de adherencia, 2) efectos de estas adherencias y 3) efecto de las mismas con oclusión coronaria.

Emplearon ratas blancas e inyectaron en el saco pericárdico a través de toracotomía, 6 substancias diferentes y también se usaron soluciones diversas de

13 detergentes. En un cerdo se introdujo en el pericardio una solución al 5 % de oleato de monoetanolamina. Este último reveló ser el más eficaz y el menos tóxico.

Las adherencias son fibrinosas entre los 7 a 10 días, luego fibrosas pero avasculares. Estas adherencias no parecen aumentar la eficiencia física de las ratas determinada por el tiempo de andar o por la presión venosa y los electrocardiogramas en perros durante uno o cuatro meses de observación. La ligadura de la coronaria descendente anterior produce infarto en las ratas con disminución de su eficiencia física que no mejoró con la inyección intrapericárdica de sustancias destinadas a originar adherencias.

En perros la ligadura de la coronaria produjo infarto y ligera insuficiencia cardíaca que no se alivió con las adherencias pericárdicas ni se aceleró en su recuperación. — *M. Manguel.*

**ESTENOSIS AORTICA CALCICA Y ENFERMEDAD CORONARIA** (*Calcereous aortic stenosis and coronary artery disease*). M. J. Horan y A. R. Barnes. "Am. J. Med. Sc." 1948, 215, 451.

Estudian 100 casos de enfermedad cálcica de la válvula aórtica y su relación con la esclerosis coronaria. En los 100 casos existía cierto grado de esclerosis coronaria pero, su intensidad estaba en relación inversa con el grado de estenosis aórtica provocado por la enfermedad cálcica. 29 % de los pacientes eran hipertensos, 20 % tenían infarto de miocardio. Muerte súbita se observó en el 18 % de los casos. — *E. A. Otero.*

**INFARTO DE MIOCARDIO, RESULTADO DE LA ADMINISTRACION ENDOVENOSA DE SOLUCION HIPERTONICA DE CLORURO DE SODIO, EN PACIENTES CON ARTERIOESCLEROSIS OBLIGANTE DE LOS MIEMBROS INFERIORES** (*Myocardial infarction resulting from intravenous administration of hypertonic solution of sodium chloride to patients with arteriosclerosis obliterans of the lower extremities*). J. R. Borst y E. J. W. Holleman. "Acta Med. Scandinav.", 1948, 130, 26.

Los autores relatan el desarrollo de infarto de miocardio en tres pacientes de arterioesclerosis obliterante de los miembros inferiores, tratados con inyecciones endovenosas de cloruro de sodio al 5 %. La relación causal entre la terapéutica y el infarto consecutivo fué indiscutible en un caso y muy probable en los otros dos.

Consideran que las inyecciones de cloruro de sodio hipertónico estan contraindicadas no sólo en enfermos en insuficiencia cardíaca congestiva, sino también en los que padecen de enfermedad coronaria, arterioesclerosis, hipertensión y en todos aquellos pacientes que tienen más de cincuenta años de edad.

En los enfermos en insuficiencia coronaria latente, la administración rápida de cloruro de sodio intravenoso puede probablemente precipitar un estado de insuficiencia coronaria aguda el que puede conducir a un infarto de miocardio. — *L. E. del Zar.*

**PERFORACION DEL SEPTO VENTRICULAR INFARTADO. RELATO DE DOS CASOS, UNO DIAGNOSTICADO ANTE-MORTEN** (*Perforation of the infarcted inter ventricular septum. Report of two cases, one diagnosed ante mortem*). N. O. Fowler y R. B. Fayley. "Am. J. Med. Sc.", 1948, 215, 541.

Revistan los casos conocidos en la literatura, 56 en total, 25 de los cuales fueron diagnosticados en vida. El diagnóstico debe ser sospechado en todo paciente con infarto de miocardio que presenta repentinamente soplo y frémito sistólicos. Puede ser confundido con la ruptura de un músculo papilar en un infarto de miocardio pero en éstos el soplo es más intenso y cerca de la punta y hay insuficiencia cardíaca izquierda más que derecha. — E. A. Otero.

### ARRITMIAS.

**BLOQUEO AURICULO-VENTRICULAR PARCIAL Y ULCERA DUODENAL** (*Partial A-V block and duodenal ulcer*). G. Björck, O. Göhle y C. Westman. "Acta Med. Scandinav.", 1948, 130, 167.

Los autores relatan dos casos de úlcera duodenal, con trastornos de la conducción aurículo-ventricular. En el primer caso, un joven de 14 años de edad, el bloqueo del simpático con ergotamina, originaba una gran actividad vagal; la posición de pie, determinaba una reacción ortostática severa que los autores consideran como evidencia de la coexistencia de hipersimpaticotonía.

En el segundo caso un hombre de 26 años, se registró en decúbito dorsal un bloqueo aurículo-ventricular de grado I, con un tiempo de conducción A-V de 0,27 a 0,28 segundos, el bloqueo desaparecía completamente en la posición de pie.

Los autores creen que la causa de la úlcera duodenal y de las modificaciones de la conducción A-V, es el aumento del tono vagal y recomiendan explorar electrocardiográficamente a todos los pacientes ulcerosos, con el objeto de determinar si la úlcera es una enfermedad local o la expresión a nivel del estómago de una hiperparasimpaticotonía generalizada. — L. E. del Zar.

**ESTUDIO MORFOLOGICO DEL SISTEMA DE CONDUCCION. V. PATOGENIA DEL BLOQUEO CARDIACO Y DEL BLOQUEO DE RAMA** (*A morphologic study of the cardiac conduction system. V. The pathogenesis of heart block and bundle branch block*). D. J. Glomset y R. F. Birge. "Arch. Pathol.", 1948, 45, 135.

Para los autores los conocimientos con respecto a la conducción se hallan, como estaban antes de Harvey con respecto a la circulación. Afirman que no existe seno auricular en el hombre, mono rhesus, gato y caballo; que tampoco existe en el corazón del hombre, perro y mono rhesus nódulo aurículo ventricular, asimismo no encuentran haz intraventricular en el hombre, perro y mono, en cambio en el gato, oveja y el caballo existe una banda ventricular compuesta por fibras nerviosas y musculares en proporción semejante. En la presente comu-

## ANÁLISIS DE REVISTAS

nicación analizaron 76 casos de disturbios de la conducción de otros autores y 28 propias obteniendo los siguientes resultados. En el 90 % de bloqueo A. V. había lesiones suficientemente extensas en la parte superior del miocardio del septo, hallando lesiones similares en el 70 a 80 % de los casos con bloqueo de rama, lesiones estas que explicaban los disturbios de la conducción sufrido durante la vida. Las lesiones halladas en los ventrículos u otros lugares no podrían ser la causa de tales disturbios. En los casos que no hallaron lesión en la parte superior del septo sería debido a cambios fisiológicos no reconocidos por los actuales métodos o a lesiones del sistema nervioso intrínseco del corazón.—  
*E. A. Otero.*

### INFECCIOSAS.

*ESTUDIOS SOBRE LA PATOGENIA DE LA FIEBRE REUMÁTICA. EL TÍTULO DE ANTIESTREPTOLISINA EN TONSILITIS AGUDA Y FIEBRE REUMÁTICA (Studies in the pathogenesis of rheumatic fever. The antistreptolysin titre in acute tonsillitis and rheumatic fever).* S. Wimslad, H. Malmvos y O. Willander. "Acta Med. Scandinav.", 1947, 196, 533.

Los autores estudian 71 casos con tonsilitis o faringitis aguda. Investigan el título de la antiestreptolisina (A. S. L.) durante la infección y la convalecencia, hallando títulos elevados en 56 casos, 52 de los cuales mostraron valores que excedían las 200 u. internacionales.

El 82 % de los que presentaban estas altas tasas de A. S. L. portaban infecciones por el estrepto hemolítico demostrada por el cultivo del medio faucial. Complicaciones reumáticas se observaron en 14 pacientes, en 12 de los cuales el título inicial fué de 140 o más u. internacionales.

Creer los autores que la complicación reumática ocurre en pacientes que han tenido reciente infección estreptocócica y en los cuales el título de A. S. L. no ha retornado a los valores normales. La eritrosedimentación fué más alta en los casos que presentaron complicaciones y permaneció más tiempo elevados que en los casos no complicados.—*E. A. Otero.*

*LA NEUMO-PLEURO PERICARDITIS REUMÁTICA.* F. C. Arrillaga y L. de Soldati. "Semana Med.", 1948, 55, 368.

Analizan las historias de 5 casos de enfermas reumáticas entre 12 y 28 años con lesiones pleuropulmonares. La enfermedad se produjo especialmente en la primavera y siempre con derrame pericárdico. El proceso fué corticopleural, y siempre de base derecha y en 3 casos también en base izquierda y con exudado inflamatorio.

La afección fué recidivante, prolongada y cediendo especialmente al piramidón. Siempre hubo tos, disnea y taquicardia.

El piramidón entre 1.20 y 2 g. por día tiene valor de prueba terapéutica en los casos sulfo-penicilinoresistentes de los jóvenes con enfermedad sospechosa de ser reumática.—*M. Manguel.*

**CAMBIOS MIOCARDICOS EN DIFTERIA FATAL. RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS EN 221 CASOS** (*Myocardial changes in fatal diphtheria. A summary of observations in 221 cases*). J. Gove. "Am. J. Med. Sc.", 1948, 215, 257.

En el 70 % de las autopsias realizadas se encontraron signos de miocarditis. Signos y síntomas cardiovasculares presentaron casi todos ellos pero en grado variable, sin que en muchos se sospechara la miocarditis antes de la muerte. Electrocardiogramas se le hicieron a sólo 52, por tener signos cardiovasculares, presentando todos anormalidades.

Macroscópicamente los hechos más salientes fueron palidez, flacidez y dilatación del corazón. En el examen microscópico de los fallecidos antes de la tercer semana se encontró focos de degeneración hialina y granulosa e infiltrados interf. sciculares compuestos por histiocitos, linfocitos, etc. Alrededor de la tercer semana observaron signos de desintegración y miolisis. Más adelante la fibrosis reemplazó al músculo perdido.

Los estudios clínicos muestran una frecuencia menor de miocarditis que los efectuados en la autopsia.

La patogenia de la lesión es la fijación de la toxina, debiéndose administrar antitoxina en forma precoz. — E. A. Otero.

## PRESION ARTERIAL Y VASOS.

**EL EFECTO PRESOR INMEDIATO DEL ACETATO DE DESOXICORTICOSTERINA** (*The immediate pressor effect of desoxycorticosterone acetate*). M. L. Goldman y H. A. Schroeder. "Science", 1948, 107, 272.

La inyección endovenosa de 5 mg. de DOCA produjo elevación inmediata de la presión arterial en sujetos hipertensos pero no en sujetos normales. — M. R. Malinow.

**VARIACIONES DE LA PRESION ARTERIAL EN RESPUESTA A LA ADMINISTRACION REPETIDA DE TETRAETILAMONIO** (*Variations in the blood pressure response to repeated administration of tetraethyl ammonium chloride*). J. E. Levinson, M. F. Reiser y E. B. Ferris. "J. Clin. Investigation", 1948, 27, 154.

La inyección diaria endovenosa de 4 cc. de TEAC. durante 7 a 15 días, en 6 pacientes hipertensos demostró en todos los casos marcadas fluctuaciones en la magnitud de la respuesta hipotensora de un día al otro. No existe relación alguna entre altura tensional y grado de efectividad de la droga.

La administración repetida del medicamento no disminuyó la intensidad de su efecto depresor. — M. Rosenbaum.

*COLD PRESSOR TEST Y SU SIGNIFICACION EN RELACION CON LOS MECANISMOS NEUROGENICO Y HUMORAL DE LA HIPERTENSION (The nature of the cold pressor test and its significance in relation to neurogenic and humoral mechanisms in hypertension).* M. F. Reiser y E. B. Ferris. "J. Clin. Investigation", 1948, 27, 156.

En 20 hipertensos se controló la respuesta presora al frío antes y después de la administración endovenosa de 3 a 5 cc. (300 a 500 mgr.) de cloruro de tetraetilamonio (TEAC). En 14 casos, hubo una disminución tensional importante, entre los 2 y 3 minutos que siguieron a la inyección. En los 6 restantes hubo por el contrario un discreto aumento que alcanzó su nivel máximo a los 30 segundos y se prolongó 1 a 1½ minutos.

En todos los casos, la respuesta presora al frío fué anulada cuando se la investigó a los 2 y 3 minutos de la inyección de TEAC, lo que demuestra el mecanismo neurógeno del cold pressor test.

Los autores creen que, un mecanismo humoral explica los casos en que el TEAC no disminuye la tensión arterial a pesar de lo cual anula la respuesta presora al frío.

La anestesia raquídea a nivel de la 4ª vértebra dorsal anuló la respuesta presora en 6 de 7 casos. En cambio, cuando la anestesia se hizo a nivel de la 7ª u 8ª vértebra dorsal en 5 casos, la respuesta fué parcialmente positiva en 4 y del todo en uno. Esto establece una relación entre la extensión de lecho vascular sujeta a control vasomotor y la reactividad al cold pressor test. —M. Rosenbaum.

*MEDIONECCROSIS QUISTICA DE LA AORTA (Cistic medionecrosis of the aorta).* D. Manguer y H. F. Mc Kenzie. "Arch. Path.", 1947, 44, 485.

Relatan el caso de un joven de 20 años en la primer admisión, en la cual la degeneración quística de la media da lugar a un gran aneurisma fusiforme del cayado aórtico, haciéndose el diagnóstico de "tumor de mediastino, probable timoma", falleciendo 30 meses más tarde de una masiva hemorragia intrapericárdica que ese originó en una pequeña formación en la pared del aneurisma. —E. A. Otero.

*FUNCION RENAL EN LA INSUFICIENCIA ADRENAL (Kidney function in adrenal insufficiency).* C. Waterhouse y E. H. Keutmann. "J. Clin. Investigation", 1948, 27, 372.

En 13 casos de insuficiencia suprarenal primitiva y secundaria (9 casos de enfermedad de Addison y 4 de insuficiencia hipofisaria) se estudia la velocidad de filtración glomerular (clearance del manitol) y el caudal circulatorio renal y capacidad de secreción tubular máxima (con ácido paraminohipúrico). En todas las determinaciones se demostró una disminución de la velocidad de filtración glomerular y del caudal circulatorio renal, por debajo de los valores límites normales mínimos; y una disminución en la secreción tubular en todos los pacientes de sexo masculino.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

Esta disminución de la capacidad funcional renal no guardó relación alguna con la presión arterial de los sujetos estudiados, lo cual excluye la hipotensión arterial en la interpretación patogénica del hecho. Tampoco puede atribuirse a hipovolemia y deshidratación, pues en todos los casos se trataba de enfermos compensados terapéuticamente. — *M. Rosenbaum.*

**PERIARTERITIS NUDOSA. UN RELATO DE DOS CASOS, UNO CON REFERENCIA ESPECIAL A FACTORES DE SENSIBILIZACION** (*Periarteritis nodosa. A report of two cases, one with special reference to sensitivity factors*). A. W. Contratto. "Arch. Int. Med.", 1947, 80, 567.

Se refieren dos casos, uno fatal y el otro en un paciente que vive y se encuentra en buenas condiciones. Se recuerda que la sintomatología es proteiforme pues depende de los órganos afectados. Es por eso que muchos de los síntomas considerados como cardinales pueden faltar. En los casos presentados, se destaca la aceleración de la eritrosedimentación con normalidad de todos los otros exámenes clínicos y de laboratorio.

También se recuerda la importancia diagnóstica de la biopsia de nódulos subcutáneos o de un trozo de músculo y de la laparatomía.

En cuanto a la etiología, se siguen los conceptos modernos y así en uno de los casos se cree que es una respuesta alérgica a una tuberculosis ganglionar activa. — *M. Manguel.*

**EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFERICAS CON ISOTOPOS RADIOACTIVOS (PRIMERA PARTE)** (*The study of peripheral vascular disease with radioactive isotopes*) I. D. C. Elkin, F. W. Cooper Jr., R. H. Rohrer, W. B. Miller Jr., P. C. Shea Jr., y E. W. Dennis. "Surg., Gynec. & Obst.", 1948, 87, 1.

Los autores trataron de estudiar la fisiología circulatoria de los miembros mediante el sodio radioactivo 24 que tiene un término medio de vida de 14,8 horas y no es selectivamente absorbido por ningún tejido siendo fácilmente eliminado y no es tóxico.

Se utilizaron dos métodos: uno empleando la vía endovenosa e inyectando 5 cc. de la solución que contenía de uno a doscientos microcuries del sodio radioactivo y otro por vía intramuscular con dosis de 20 microcuries.

Con el primer procedimiento fueron examinados 90 individuos de los cuales 60 no tenían afección vascular. Los resultados dependieron más de las dosis inyectadas que de la constitución, edad, sexo de los individuos. Los resultados en personas normales varían tanto que indican la poca aplicabilidad de este método para determinar la presencia o no de alteraciones circulatorias.

Con la inyección intramuscular parece deducirse que es un procedimiento útil para medir el caudal sanguíneo efectivo para los músculos y aparentemente la rapidez de su desaparición depende del volumen del caudal de sangre. — *M. Manguel.*



**PANARTERITIS AGUDA EN PERSONAS ALÉRGICAS** (*Acute panarteritis in allergic persons*). J. B. Miale, K. H. Doege y M. Pichl. "Arch. Int. Med.", 1947, 80, 791.

Refieren dos casos de arteritis aguda con atopía neta. Uno, sólo fué diagnosticado en la necropsia, en cambio el otro lo fué en vida y se recuperó.

Los autores llaman la atención sobre la importancia de la hipersensibilidad y creen que en el futuro se hará más frecuentemente el diagnóstico en vida y se podrá ser de utilidad para el paciente, en especial si el antígeno es exógeno. — *M. Manguel.*

**VENOGRAFIA ABDOMINAL** (*Abdominal venography*). P. L. Fariñas. "Am. J. Roentgenol.", 1947, 58, 599.

Trata de la venografía de la cava inferior e ilíacas. Se inyectan 40 cc. de diodrast en la safena a nivel del 1/3 medio del muslo y se obtienen 2 placas; la primera al inyectar 30 a 35 cc. del líquido opaco y la segunda inmediatamente después. Para crear hipertensión de la cava inferior se hace compresión epigástrica inflando un balón y así se logra visualizar también la ilíaca interna y la base de las venas renales y hepáticas.

Las indicaciones de este método son: 1) posibilidad de obstrucción o trombosis de la cava inferior. 2) tumores de abdomen especialmente renales y 3) hipertensión portal con posibilidad de anastomosis porto cava. — *M. Manguel.*

**UNA TECNICA PARA BLOQUEAR LOS NERVIOS DEL SENO CAROTIDEO** (*A technic for blocking the carotid sinus nerves*). J. Pick y H. Wertheim. "Ann. Surg.", 1948, 127, 144.

Describen un método para el diagnóstico y pronóstico de la hiperactividad del reflejo del seno carotideo. La técnica referida tiene bases anatómicas, clínicas y radiológicas.

Según los autores los peligros del procedimiento son escasos y entre ellos los más frecuentes, si bien pasajeros son la ronquera y el síndrome de Claudio Bernard-Horner. — *M. Manguel.*

**UN CASO DE TUMOR GLOMICO CON COMPROMISO PRIMARIO DE HUESO** (*A case of glomus tumor with primary involvement of bone*). R. Lattes y D. C. Bull. "Ann. Surg.", 1948, 127, 187.

Describen un tumor glómico cuya particularidad reside en su localización ósea, en la última falange de un dedo. Es el segundo caso referido en la literatura. Discuten brevemente la patogenia de ese tumor originado en una zona donde no existen normalmente glomus neuromioarteriales y creen que puede identificarse con el hemangiopericitoma de Zimmerman y así ambos tipos de células pueden representar elementos musculares lisos modificados de las paredes de los vasos o bien ambos nacen de una célula común indiferenciada. — *M. Manguel.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

**LA DIFERENCIACION DE TUMOR MEDIASTINAL Y ANEURISMA POR ANGIOCARDIOGRAFIA** (*The differentiation of mediastinal tumor and aneurysm by angiocardiology*). M. L. Sussman., "Am. J. Roentgenol.", 1947, 58, 584.

El autor utiliza ese método como procedimiento diferencial. Inyecta 40 a 50 cc. de la solución en la vena del pliegue del codo y obtiene 5 placas a los 2, 4, 5, 6, y 7 segundos de efectuada la inyección.

La arteria pulmonar, la aorta y las cámaras cardíacas son visualizadas regularmente. En todos los casos con tumores del mediastino anterior el método fué practicado en forma rutinaria.

Una dificultad para el éxito del diagnóstico de aneurisma se presenta, si el saco está lleno de coágulos o si el cuello del mismo es muy estrecho pero en esos casos la aorta y o la pulmonar pueden evidenciar alteraciones en sus límites que sugerirán la naturaleza del tumor. La dificultad de llenarse el saco si el cuello es muy estrecho, explica el fracaso de la angiocardiografía para diagnosticar el aneurisma disecante. Los tumores mediastínicos no alteran la integridad de los grandes vasos excepto por compresión o desplazamiento o en el caso de infiltración maligna de los elementos vasculares. — *M. Manguel.*

**ANEURISMA DISECANTE. RELATOS DE 10 CASOS Y CORRELACION ENTRE LOS HALLAZGOS CLINICOS Y ANATOMO PATOLOGICOS** (*Dissecting aneurysm. A presentation of ten case reports a correlation of clinical and pathological findings*). A. S. Warren y A. L. Mc Quown. "Am. J. Med. Sc.", 1948, 251, 209.

Relatan 10 casos de aneurisma disecante haciendo un detallado estudio clínico, discutiendo la importancia etiológica de la arteroesclerosis, sífilis y la necrosis quística de la media. Clasifican las formas clínicas según la localización y relación con los síntomas en 8 grupos con manifestaciones circulatorias en: 1) corazón; 2) cerebro; 3) pulmones; 4) extremidades superiores; 5) médula espinal; 6) tracto gastrointestinal; 7) vías genitourinarias y 8) extremidades inferiores. — *E. A. Otero.*

### TERAPEUTICA.

**VALVULOTOMIA AORTICA. METODOS EXPERIMENTALES Y PRIMEROS RESULTADOS** (*Aortic valvulotomy. Experimental methods and early results*). H. G. Smithy, H. R. Pratt-Thomas y H. P. Deyerle. "Surg., Gynec. & Obst.", 1948, 86, 513.

Refieren los resultados obtenidos en perros mediante un valvulótomo especial, empleando la vía transventricular izquierda. El procedimiento es muy superior al que sigue la vía transaórtica.

Recuerdan que las alteraciones del ritmo en la operación podrían ser evitadas con sulfato de quinidina o con procaína local. La operación es también aplicable a los enfermos con estenosis mitral. — *M. Manguel.*

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

*Dr. T. SLONINSKY.* — Método para la investigación de la fragilidad capilar periférica ..... 265

*Dr. T. SLONINSKY.* — La fragilidad capilar en los hipertensos ..... 274

*Dr. C. GENTILE.* — Dextrocardia congénita aislada sin inversión de las cavidades cardíacas asociada a hipertrofia ventricular izquierda e infarto de miocardio anterospetal ..... 286

TEMAS DE ACTUALIDAD

*Dr. M. R. MALINOW.* — Composición antigénica del estreptococo hemolítico ..... 298

ANALISIS DE REVISTAS ..... 307

REVISTA DE LIBROS ..... 323

**INSULINA "FARMACO"**

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

- 100 unidades en 5 cm<sup>3</sup>
- 200 unidades en 5 cm<sup>3</sup>
- 200 unidades en 10 cm<sup>3</sup>
- 400 unidades en 5 cm<sup>3</sup>
- 1000 unidades en 50 cm<sup>3</sup>

**Protamina Zinc Insulina "Fármaco"**

- 200 unidades en 5 cm<sup>3</sup>
- 400 unidades en 5 cm<sup>3</sup>

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