

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

LA MEZCLA DE CELULAS, PLASMA Y T-1824 EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR DE PERROS CON BARBITURICOS. (Mixing of cells, plasma and dye T-1824 in the cardiovascular system of barbitalized dogs.) H. C. Lawson, D. T. Overbey, J. C. Moore y O. W. Shadle. "Am. J. Physiol.", 1947, 151, 282.

Mediante la introducción de glóbulos rojos, plasma y T-1824, se demuestra en perros anestesiados con barbitúricos, que el tiempo de mezcla de estas sustancias introducidas endovenosamente es menor que 5 minutos y que la desaparición del colorante después de este período, es debido a su difusión extravascular. — M. R. Malinow.

DESPLAZAMIENTO DE SANGRE PULMONAR POR RESPIRACION A PRESION, (Displacement of blood from the lungs by pressure breathing). W. O. Fenn, A. B. Otis, H. Rahn, L. E. Chadwick y A. H. Hegnauer. "Am. J. Physiol.", 1947 131, 258.

El peso del cuerpo fué determinado por una balanza especial y las modificaciones sufridas por la mitad inferior fueron registradas mediante un sistema mecánico. Simultáneamente, el caudal sanguíneo de la pierna fué determinado con un pletismógrafo tipo Abramsohn. Cuando el sujeto respiraba bajo una presión de 30 cm. H₂O, 500 cc. de sangre se desplazaban hacia la periferia, al mismo tiempo que se producía una vasoconstricción cutánea. — M. R. Malinow.

EFEECTO DE LA RESPIRACION A PRESION SOBRE EL CAUDAL SANGUINEO DE UN DEDO, (Effect of pressure breathing on blood flow through the finger). W. O. Fenn y L. E. Chadwick. "Am. J. Physiol.", 1947, 131, 270.

Empleando un pequeño pletismógrafo para un dedo de la mano, se demuestra que al respirar aire a 30 cm. H₂O, el caudal sanguíneo a través del dedo disminuye. — M. R. Malinow.

VOLUMEN SANGUINEO EN LA TETRALOGIA DE FALLOT Y OTROS TIPOS DE CARDIOPATIA CONGENITA, (Studies of blood volume in the tetralogy of Fallot and in other types of congenital heart disease). W. Nelson, H. S. Mayerson, J. H. Clark y C. Lyons. "J. Cl. Invest.", 1947, 26, 860.

Se hicieron 22 determinaciones en 7 casos de Fallot, 2 determinaciones en un complejo de Eisenmenger, 2 en una coartación aórtica y una en cada uno de los siguientes casos: 4 defectos septales interventriculares, persistencia del ductus, estrechez pulmonar aislada y estrechez mitral congénita.

El promedio de dichas observaciones muestra en los casos de Fallot una hipervolemia franca debida casi exclusivamente a la policitemia. Los casos de

ANÁLISIS DE REVISTAS

persistencia del ductus y de estrechez mitral mostraron una hipervolemia con relación glóbulos-plasma conservada. El caso de estrechez mitral presentaba signos claros de insuficiencia cardíaca.

En la estrechez pulmonar pura, se observó policitemia sin modificaciones del volumen plasmático.

En el caso de complejo de Eisenmenger, aumento globular y plasmático muy discretos. En el defecto septal interventricular, escaso aumento de volumen plasmático, con volumen globular no modificado.

En el caso de coartación de aorta no hubo modificaciones significativas. En los casos de enfermedad de Fallot, el reposo en cama, y la operación de Blalock (2 casos) redujeron el volumen globular en forma paulatina a cifras normales. —
M. Rosenbaum.

EFECTOS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR DE LIQUIDOS SUMINISTRADOS POR VIA ENDOVENOSA EN EL HOMBRE. V. FUNCION DE LOS CAPILARES CUTANEOS Y DE LOS VASOS LINFATICOS, (Effects on the cardiovascular system of fluids administered intravenously in man. V. function of cutaneous and lymphatic vessels). M. D. Altschule, A. S. Freedberg, M. J. McManus. "Arch. Int. Med.", 1947, 80, 941.

Inyectan por vía endovenosa, en 7 hombres de 16 a 58 años, con sistema cardiovascular sano, una solución isotónica de cloruro de sodio o glucosa al 5 % en cantidad de 1.800 cc. a razón de 60 a 85 cc. por minuto.

Se determinó la presión venosa por el método de Moritz y Tabora y se examinaron los capilares del lecho de la uña con microscopio con un aumento de 100 a 200 veces.

Los capilares previamente a la inyección eran poco visibles y con una circulación lenta. Después de la introducción de 1.000 a 1.800 cc. del líquido, los capilares se hacían más visibles y más anchos, y con una circulación acelerada alcanzando su máximo al finalizar la inyección. Pocos minutos más tarde esas modificaciones retrocedían para desaparecer entre 20 y 40 minutos.

La función linfática por el método de Griffith y colaboradores, mediante pápulas intradérmicas con colorante, efectuadas antes de la introducción de la solución endovenosa reveló un aumento medio de 160 % después de la inyección de esos líquidos en la vena y con prolongaciones irradiadas de una extensión de 6 mms.

El aumento de la circulación linfática cutánea se debe aparentemente a la pérdida de líquido de la circulación. Probablemente esa pérdida es debida a un aumento de la presión de filtración y a una expansión del lecho filtrante. Por otra parte el aumento de la actividad linfática indica que parte del líquido retorna a la circulación. Esto último podría explicar el peligro de edema de pulmón en los nefríticos que tienen una función linfática muy acelerada, al inyectar soluciones o al reabsorberse los edemas. En los cardíacos con edema, la

ANÁLISIS DE REVISTAS

función linfática está alterada y el líquido en los tejidos tiende a retenerse y por eso toleran bien las inyecciones de cloruro de sodio isotónico.

La pérdida de líquido de la circulación después de las inyecciones tiene valor clínico, pues como acumula especialmente en 2 zonas: piel y pulmones, se explica el peligro de desencadenar fenómenos respiratorios. — *M. Manguel.*

EFFECTOS SOBRE EL CORAZON DE FUMAR CIGARRILLOS, (*Effects of smoking cigarets on the heart*). R. L. Levy, J. A. Mathers, A. A. Mueller y J. L. Nickerson. "J.A.M.A.", 1947, 135, 417.

Los autores estudian los efectos de fumar cigarrillos con o sin nicotina en normales y en pacientes con diversas afecciones.

Se determina el volumen minuto, la presión arterial, la frecuencia del pulso y el electrocardiograma antes y luego de fumar 2 cigarrillos.

No hubo diferencia entre las respuestas de ambos grupos de pacientes. En general la presión sistólica y diastólica aumenta y también la frecuencia cardíaca sin modificaciones del volumen minuto. El electrocardiograma se modificó en menos de la mitad de cada grupo, y generalmente disminuyó la altura de la T sin cambios del ST y sin arritmias.

La variabilidad de los efectos en ambos grupos dependió más de la susceptibilidad personal que de la enfermedad presente. No hubo desencadenación de dolor anginoso.

Los autores creen que en los pacientes sin insuficiencia cardíaca, ni etapas agudas de infarto de miocardio o carditis reumática aguda, se puede permitir fumar con moderación por la sensación de satisfacción que ello proporciona. Ello no cuenta para los enfermos con padecimientos vasculares periféricos. —

M. Manguel.

EL EFECTO ANTIDIURETICO DE LA MORFINA Y EL DEMEROL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, (*The antidiuretic effect of morphine and demerol in congestive heart failure*). M. Irené Ferrer y I. Sokoloff. "Am. J. Med. Sc.", 1947, 214, 372.

Estudiando la diuresis mercurial y la influencia de la morfina y el demerol sobre la misma observaron que de 9 casos, en 3 la morfina y en 2 el demerol la disminuían en forma acentuada. La excreción de cloruros fué también reducida.

Estudiando la diuresis mercurial y la influencia de la morfina y el demerol excreción de cloruros y diuresis salina, muy semejantes a la de la hormona antidiurética, creyendo que se deben a la liberación de ésta.

Esta acción de la morfina explicaría en ocasiones la pobreza de algunas diuresis mercuriales. — *E. A. Otero.*

EPINEFRINA EN LA RESUCITACION CARDIACA, (*Epinephrine in cardiac resuscitation*). H. K. Beecher y R. R. Linton. "J.A.M.A.", 1947, 135, 90.

Refieren el caso de un niño de 4½ años con tetralogía de Fallot, quién durante la operación sufrió en 2 oportunidades paro cardíaco.

ANÁLISIS DE REVISTAS

El masaje y la punción del corazón fueron ineficaces, en cambio, la inyección de 0.2 cc. de adrenalina al 1‰ diluída en solución fisiológica hasta 2 cc. en la aurícula derecha, seguida de masaje cardíaco restableció las contracciones del corazón. Luego de la operación el paciente falleció. Creen que en este caso la dosis de adrenalina usada pudo ser excesiva. Además consideran indispensables la respiración artificial en una atmósfera rica en oxígeno y evitar la hipotensión arterial con transfusiones.

Añaden el relato de otro caso que durante una neumonectomía se produce paro cardíaco (en un hombre de 45 años). También aquí la adrenalina pareció ser superior al masaje solo y a los pinchazos del corazón. — *M. Manguel.*

CAMBIOS EN LA INTENSIDAD DE LAS VIBRACIONES CARDIACAS EN RESPUESTA DEL ESFUERZO FISIOLÓGICO, (*Changes in cardiac vibrational intensity in response to physiologic stress*). J. H. Foulger, P. E. Smith y A. J. Fleming. "Am. Heart J.", 1947, 34, 507.

Usan 3 tipos de registro para obtener vibraciones de baja frecuencia aplicando un micrófono a la pared torácica, que puede ser un simple Cardiette Sanborn. Se describe finalmente un método más simplificado que utiliza filtros para vibraciones de baja y alta frecuencia.

La contribución de las frecuencias individuales de la intensidad total varía de manera rítmica durante cada latido por separado y bajo la influencia del ciclo respiratorio, de latido a latido.

La sobrecarga fisiológica, tal como la originada por cambios de postura, ejercicio gradual o acción de tóxicos químicos, cambia la distribución de la intensidad entre las frecuencias, y el grado y dirección de dichos cambios puede ser un índice de la habilidad del sistema cardiovascular para responder al esfuerzo.

El cambio de distribución de la intensidad de las vibraciones sobre las frecuencias durante el latido cardíaco puede relacionarse con el grado de cambio del volumen ventricular y es afectado por los factores fisiológicos que gobiernan la velocidad y extensión de los cambios de volumen ventricular. — *B. Moia.*

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA CIRCULACION DURANTE Y DESPUES DEL TRABAJO DE PARTO, (*Physiologic changes in the circulation during and after obstetric labor*). E. Brown, J. J. Sampson, E. O. Wheeler, B. F. Gundelfinger y J. E. Giansiracusa. "Am. Heart J.", 1947, 34, 311.

Se estudió el comportamiento de la presión venosa y arterial, pulso, capacidad vital, velocidad circulatoria, hématocrito y volumen plasmático y sanguíneo, antes, durante y después del parto (enseguida y en distintas oportunidades después) en 13 puérperas normales y 3 cardíacas con parto vaginal no complicado, y en 2 normales con cesárea antes del trabajo de parto. Los resultados no fueron uniformes, apreciándose las mayores variaciones y dificultades sobre todo en las determinaciones del volumen sanguíneo.

ANÁLISIS DE REVISTAS

La presión venosa durante el trabajo de parto no aumentó. En las que habían recibido drogas ocitócicas se registraron en cambio aumentos hasta de 12 cms. de agua o más, dentro de las 2 horas del parto. En los casos de cesárea se registraron también aumentos más inmediatos, más extensos y más breves.

Ello demuestra que la hipertensión venosa no se debe al aumento de trabajo de parto, y que hay que usar cautelosamente los ocitócicos en el parto de las cardíacas embarazadas, sobre todo si existe "shunts" introcardíacos congénitos. En cuanto al volumen sanguíneo, parece ser que en el parto una significativa cantidad de flúidos abandona el compartimento vascular, mientras que en el 2º y subsiguientes días del puerperio, vuelve al torrente sanguíneo un volumen aún mayor. El equilibrio final con vuelta al volumen pre-embarazo ocurre posiblemente después de estos cambios como consecuencia de la diuresis postparto.

Aunque los resultados consignados no son concluyentes, los cambios hemodinámicos similares a los observados cuando se oblitera una amplia fístula arteriovenosa, sugieren que el útero a término contiene un shunt de importantes proporciones que se oblitera temporariamente durante las contracciones uterinas, preparando así al sistema cardiovascular para su oclusión permanente. Esto explicaría el porqué se tiene la impresión clínica de que las cardíacas con seria afección toleran el parto vaginal tan bien o mejor que la cesárea. — *B. Moia.*

INTERPRETACION DEL ELECTROKIMOGRAMA DE LA ACTIVIDAD DEL

CORAZON Y GRANDES VASOS, (*Interpreting the electrokymogram of heart and great vessel motion*). B. R. Boone, W. Edward Chamberlain, F. G. Gellick, G. C. Henny y M. J. Oppenheimer. "Am. Heart J.", 1947, 34, 560.

Se utiliza una unidad fotoeléctrica en combinación con un electrocardiógrafo. Se registra simultáneamente pulso carotídeo. La hendidura de la unidad fotoeléctrica se coloca perpendicularmente al borde de la parte de la silueta cardíaca, determinada previamente por fluoroscopias que se desea investigar. Dicho punto queda en el centro de hendidura.

La curva obtenida se parece mucho a las curvas de volumen, pero, en realidad, intervienen también los "cambios de posición".

Se puede registrar los movimientos de cualquier parte de la silueta cardiovascular accesible a la fluoroscopia. — *B. Moia.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

LOS TRANSTORNOS DEL VENTRICULOGRAMA EN EL CURSO DEL PULSO LENTO PERMANENTE POR DISOCIACION AURICULO-VENTRICULAR, (*Les troubles du ventriculogramme au cours du puls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire*). M. Mouquin y Cl. Marez. "Arch. d. Mal. du Coeur.", 1947, 40, 8.

Los autores hacen una encuesta sobre 124 enfermos afectados de dicho trastorno, puntualizando lo siguiente:

a) Sin tener en cuenta el alargamiento habitual del espacio QT ni las desviaciones del eje eléctrico, 25 enfermos de los 124, tenían solamente un complejo alrededor de lo normal.

b) Más de la mitad de los casos con ventriculograma anormal (45 sobre 99), tenían imágenes de bloqueo de rama siendo el más frecuente el tipo no común.

c) Los demás casos correspondían a amplitud excesiva y ensanchamiento del QRS de más de 0.12", amplitud excesiva aislada de las ondas, poco voltaje del QRS, depresión del segmento ST, inversión en 1ª y 2ª derivación, aplanamiento de la misma en las 3 derivaciones, o al contrario aumento de su voltaje.

Además se comprobaron anomalías variables polimorfas del ventriculograma dignas de mencionar: 1) disociación A-V intermitente donde las fases a comando único se inscriben como bloqueo de rama común y las fases a doble comando como bloqueo de rama no común. 2) Imágenes de bloqueo de rama a báscula donde el cambio de tipo de bloqueo de rama se produce instantáneamente, por transición con sístoles de tipo intermediario, en seguida de una extrasístole, o de una captura ventricular. 3) Cambio de la forma del ventriculograma cuando le precede una onda P. Estos hechos sugieren la noción de bloqueo de rama funcional. 4) Trazados que muestran la imagen del desorden más completo en cuanto al ritmo y a la morfología de los complejos.

En ninguno de los casos considerados se efectuaron las derivaciones precordiales. — O. Ojea Quintana.

EL DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA, (The electrocardiographic diagnosis of right ventricular hypertrophy). G. B. Myers, H. A. Klein y B. E. Stofer. "Am. Heart J.", 1948, 35, 1.

En 40 casos en los que la autopsia demostró hipertrofia preponderante del ventrículo derecho, se registraron en vida E. C. G. en las derivaciones de los miembros y 6 precordiales (V_1 a V_6); además en 35 se obtuvieron las aV y en 8 las V_{3R} (a la derecha del esternón en el punto correspondiente a C_3).

Los resultados se clasificaron en 3 grupos:

a) En 13 casos configuración característica de V_1 a V_6 ; R anormalmente alta en V_1 en relación con S, y S profunda en V_6 ; tendencia a pequeña Q en V_1 con inversión de T en la misma y a positividad en V_6 ; duración total del QRS menor de 0.12 seg. y distancia desde la iniciación del QRS a la iniciación de la desviación intrínseca en V_1 anormalmente larga (generalmente entre 0.03 y 0.05) y mayor que en V_5 ó V_6 ; ausencia de melladura o doble pico de R en V_1 , excepto en un caso en que no existía bloqueo de rama la existencia de Q seguida de R mellada en todas las derivaciones a la derecha del esternón hablaba en favor de un defecto de conducción en la pared externa del ventrículo derecho. Los hallazgos electrocardiográficos fueron iguales, cualquiera que fuera la causa provocadora del agrandamiento ventricular derecho.

b) Configuración característica en V_{3R} y no en V_1 ó V_2 en un paciente y signos de bloqueo de rama incompleto en V_{3R} y no en V_1 ó V_2 en otro.

c) Configuración presuntiva de hipertrofia ventricular derecha apareció en V_6 y a V_R en 6 enfermos sin signos confirmativos en V_1 ó V_2 . Había S muy profunda en V_6 y R muy alta en a V_R , 4 a 10 veces más que la desviación nega-

ANÁLISIS DE REVISTAS

tiva en dicha derivación. Es probable que si en estos casos se hubiera registrado V_{R3} , fuera confirmativa.

d) En 9 pacientes había bloqueo de rama incompleto establecido por el siguiente criterio: R prominente y mellado o con doble pico en las precordiales derechas con S ausente o pequeña; tiempo desde la iniciación del QRS a la de la desviación intrinsecoide mayor de 0.05 a 0.075 seg.; duración total del QRS menor de 0.12 (entre 0.09 y 0.11 seg.); ausencia de Q en precordiales derechas.

La configuración fué más o menos estereotipada sin relación con la causa originaria.

e) En 3 casos de bloqueo completo de rama derecha con R prominente, muy mellada o bífida, Q ausente y S pequeña en precordiales derechas y QRS mayor de 0.12; ni el bloqueo de rama completo ni el incompleto son patognómicos de hipertrofia derecha.

f) En 7 casos ni las precordiales ni las unipolares fueron características de hipertrofia o de bloqueo de rama.

En un caso existía una R' en V_{3R} y V_1 que se interpreta y discute como originada de la superficie postero-basal del ventrículo izquierdo. La presencia de desviación del eje eléctrico a la derecha en las derivaciones standard con ST déprimido en D_{II} y D_{III} y onda T negativa en las mismas, no es característica diagnóstica de hipertrofia ventricular derecha, pues puede observarse en la ventricular izquierda y en sujetos normales.

Se hace, además una amplia y detallada discusión de los hechos que justifican estos criterios. — B. Moia.

LAS RELACIONES DE T1 Y T3, (The relations of T1 and T3). E. Goldberger. "Am. Heart J.", 1947, 34, 395.

Cuando T1 positiva es menor que T3, la aVL muestra T negativa. Tal hecho puede observarse en normales, sobrecarga izquierda o infarto anterior. En este caso, las precordiales muestran la imagen característica; en los otros o son normales o muestran el tipo de la sobrecarga. Entonces, el diagnóstico diferencial se hace por las precordiales. — B. Moia.

A PROPOSITO DE LAS VARIACIONES DE LA ONDA T, (A propos des variations de l'onde T). Fr. Joly y J. Monié. "Arch. d. Mal. du Cœur.", 1947, 40, 39.

Los autores estudian en 6 casos las variaciones de la onda T; tratándose de sujetos indemnes de lesión cardiovascular, encontrando las siguientes características:

1) Se trataba de individuos entre 37 y 46 años, predominando el sexo femenino. 2) Estaban afectados de distonia neuro vegetativa excesiva. 3) Ninguno tenía el tipo longilíneo y los trastornos funcionales cardiovasculares se manifestaron a partir de los 35 años. 4) Las modificaciones del segmento ST aparecían en el electrocardiograma en posición acostada; en un caso el electrocardiograma en posición acostada al cabo de 6 meses se normalizó pero las modi-

ANÁLISIS DE REVISTAS

ficaciones aparecían en el ortostatismo. 5) En 2 casos las alteraciones de T se encontraban en las 3 derivaciones standard. 6) El ortostatismo no acentuaba más que ligeramente las modificaciones de T y en 1 caso las atenuaba. 7) Dichas modificaciones se inscribieron también en V4, V5, V6 y VF. 8) la depresión del segmento ST aparecía sea en 2ª derivación o sea en V4, V5 y V6. En las unipolares de los miembros el aplanamiento de la onda T se observaba en VF y a veces también en VR. 9) El corazón siempre estaba en posición semi-vertical o vertical. 10) La inyección de ginergeno restablecía la normalidad en todos los trazados.

Los autores subrayan estos hechos, dado que varios otros autores han señalado las variaciones de T en sujetos indemnes de lesión cardiovascular, como presentándose en jóvenes con astenia neurocirculatoria en D3, a menudo en D2 y nunca en D1, paralelas a la taquicardia o apareciendo o acentuándose con el ortostatismo y el esfuerzo y no hallándose cambios en el segmento ST.

Para explicar estos últimos hechos dicen los autores que los cambios de la onda T, serían el resultado de una hipersimpaticotonía debido a que los cambios de T, se acentúan con la taquicardia y no se acompañan de cambios en el segmento ST, son fugaces, la atropina invierte la onda T, en estos individuos y el ginergeno corrige dicha inversión.

Pero en los 6 casos estudiados, no cabe esta explicación, pues la taquicardia no acrecienta la inversión de T; además se producían a veces en decúbito e incluso mejoraban en el ortostatismo, encontrándose también depresión del segmento ST. Por todo esto existiría la posibilidad de que los cambios de la onda T en los 6 casos mencionados sean debidos a trastornos vasomotres. —

O. Ojea Quintana.

ARRITMIAS

BLOQUEO AURICULO-VENTRICULAR COMPLETO EN MIOCARDITIS DIFTERICA. RELATO DE UN CASO CON TRAZADOS ELECTROCARDIOGRAFICOS SERIADOS, (Complete atrioventricular block in diphtheritic myocarditis. Report of a case with serial electrocardiographic tracings).
F. C. Massey y W. J. Walker. "Arch. Int. Med.", 1948, 81, 9.

Revistan la literatura inglesa y recalcan la rareza del reconocimiento de bloqueo parcial A-V hasta los últimos años (debido al *Cornibacterium diphthericum*) y que hay pocos casos referidos con trazados electrocardiográficos seriados.

Refieren un caso de bloqueo A-V completo con arritmias diversas, como extrasistolia ventricular, desplazamiento del marcapaso idioventricular y posteriormente cambios del eje eléctrico para finalizar en una disminución progresiva de la frecuencia ventricular debidos a una difteria maligna.

El examen necroscópico reveló lesiones miocárdicas intensas a predominio ventricular y que explicaban las variaciones registradas en los trazados eléctricos.

La insuficiencia del ventrículo derecho, aparecida días antes de la muerte fué precedida por la aparición de la desviación del eje eléctrico hacia la derecha. —

M. Manguel.

BLOQUEO INTRAVENTRICULAR DERECHO DE FORMA ATÍPICA, (*Bloc intra-ventriculaire droit de forme atypique*). M. Segers y J. Enderle. "Acta Cardiológica", 1947, 2, 263.

Presentan una enferma de 47 años de edad, fibrilada, con insuficiencia mitral y cardíaca, hipertensa. El electrocardiograma muestra complejos ventriculares inconstantes y variables de un momento a otro.

En unos presenta una imagen típica de preponderancia izquierda avanzada con un QRS de 0.11 segundos. En las precordiales se confirma, con un retardo de la onda intrínseca en CF5 (QR = 0,06") y por la ausencia de retardo en CF2 (QR = 0.03"). En otros la duración del QRS llega a 0.15 y presenta un aspecto netamente atípico caracterizado por la existencia en D1 de una larga onda R seguida de una pequeña S. En las precordiales CF5 = QR de 0.06 pero en CF2 el QR es de 0.10.

En conclusión dicen que esta forma rara de bloqueo se debe a su superposición sobre una preponderancia ventricular izquierda. — E. P. Etchegaray.

UN CASO DE INFARTO DE MIOCARDIO POSTERIOR COMENZANDO CON UNA TAQUICARDIA PAROXISTICA VENTRICULAR Y SEGUIDO DE TRANSTORNOS VARIADOS DEL RITMO CON SOBREVIDA PROLONGADA, (*Un cas d'infarctus postérieur du myocarde a début de tachycardie ventriculaire paroxystique suivie de troubles variés du rythme avec survie prolongée*). H. Metzger y R. Herr. (Estrasburgo), "Arch. d. Mal. du Cœur.", 1947, 40, 32.

Los autores describen un caso de infarto de miocardio que se inicia con una taquicardia paroxística ventricular; a los pocos días el enfermo hace una fibrilación auricular con bradicardia y signos electrocardiográficos de infarto de cara posterior; pocos días después un bloqueo A-V 2/1 para retornar paulatinamente al ritmo normal quedando discretos signos electrocardiográficos de infarto de la cara posterior.

Como medicación se empleó ouabaina, quinidina, atropina y analépticos centrales.

Se puntualiza lo siguiente: 1) La variabilidad de los trastornos del ritmo que permiten emitir la hipótesis de varios pequeños infartos y 2) La evolución favorable del caso que contrasta con el tan a menudo final fatal de estas situaciones. — O. Ojea Quintana.

EFECTO DE LA FAGARINA EN LA FIBRILACION AURICULAR, (*Effect of fagarine on auricular fibrillation*). D. Scherf. "Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.", 1948, 67, 59.

La fibrilación auricular, inducida por la inyección de aconitina en la región del nódulo sinusal del perro, fué interrumpida por la administración endovenosa de fagarina. La dosis empleada de esta última droga fué de 0.004 g./Hg. de peso. — M. R. Malinow.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

ESTADO DE LAS ARTERIOLAS EN LA HIPERTENSION ESENCIAL, (The state of the arterioles in essential hypertension). K. A. Evelyn. "Am. J. Med. Sc.", 1947, 214, 312.

El autor hace una revista de los principales trabajos en los cuales se han obtenido datos cuantitativos acerca del estado de las arteriolas en varios órganos y tejidos de pacientes hipertensos.

Las conclusiones son las siguientes: 1) La arterioloesclerosis es un proceso de envejecimiento, semejante a la arterioesclerosis. 2) En ausencia de hipertensión la arterioloesclerosis aumenta con la edad, variando ampliamente, en distintas partes del organismo, así es muy frecuente en el bazo y extremadamente rara en el riñón. 3) En los hipertensos aumenta la frecuencia y la severidad de la arterioloesclerosis en el riñón y otros órganos. En un pequeño porcentaje en todas las estadísticas falta la arterioloesclerosis renal. 4) Ambos procesos, arterioloesclerosis e hipertensión esencial, son primitivos e independientes, pudiendo desarrollarse paralelamente, pero que son capaces de intensificarse uno a otro, en los estados avanzados de su evolución. — E. A. Otero.

HIPERTENSION SOSTENIDA. FACTORES PREDISPONENTES Y CAUSAS DE INCAPACIDAD Y MUERTE, (Sustained hypertension. Predisposing factors and causes of disability and death). R. I. Levy, P. D. White, W. D. Stroud, y Ch. C. Hillman. "J.A.M.A.", 1947, 135, 77.

Realizaron un análisis estadístico de los registros médicos de 22.741 oficiales del ejército de los Estados Unidos, para determinar el significado pronóstico de la hipertensión transitoria, taquicardia pasajera y exceso de peso en el curso de exámenes actuales.

Para determinar la influencia de esos 3 factores se eligieron como índices, la frecuencia del descenso posterior de hipertensión sostenida y el retiro o la muerte con enfermedades renales.

Cada uno de los factores, aumenta la probabilidad del descenso posterior de las eventualidades citadas y más aún si coexisten dos de esos factores. Si se produjo hipertensión sostenida, la causa del retiro del ejército fueron: la hipertensión misma, enfermedades coronarias y alteración cerebral incluyendo hemorragia y trombosis. Esas causas en conjunto sumaron el 84 % de los casos de retiro. Las 2 últimas fueron la causa del 66 % de las muertes. — M. Manguel.

RELACION ENTRE CLORURO DE SODIO E HIPERTENSION, (The relationship of sodium chloride to hypertension). G. A. Perera y D. W. Blood. "J. Cl. Invest.", 1947, 26, 1109.

En 6 pacientes hipertensos no complicados sometidos a regímenes prácticamente desnatrizados (menos de 1 gr. de Cl Na) se observó un descenso tenional discreto, y constante para las determinaciones de presión basal.

ANÁLISIS DE REVISTAS

En 6 hipertensos con un régimen de 15 gr. de Cl Na diarios se comprobó un discreto pero constante aumento tensional, tanto en condiciones basales como habituales. En 5 observaciones, la sustracción del Cl Na de la dieta anuló la acción presora de la desoxicorticosterona, que se inyectó a razón de 10 mgr. diarios durante 10 días seguidos.

Estas experiencias concuerdan con otras similares clínicas de Grollman y con las de Selye en animales acerca de la acción hipertensora de la desoxicorticosterona.

Se recuerda la posibilidad de que la dieta de Kempner no actúe sino a través de este mecanismo. — *M. Rosenbaum.*

EXPERIENCIAS CON EL CLORURO DE TETRAETILAMONIO EN LA HIPERTENSION, (*Experiences with tetraethylammonium chloride in hypertension*). R. H. Lyons, S. W. Hoobler, R. B. Neligh, G. K. Moe, M. M. Peet. "J.A.M.A.", 1948, 136, 608.

Los autores estudian la acción del cloruro de tetraetilamonio en 437 hipertensos y concluyen así:

1) Si la tensión no regresa a cifras normales es un índice que existen otros factores a más de la hipertonía simpática que mantienen la tensión elevada.

2) En el 16 % de 228 pacientes hipertensos la tensión arterial diastólica no pudo ser disminuída en más del 10 % de su valor inicial. En ellos existían asociados con hipertensión cambios degenerativos. En esos casos el tono vasomotor no juega un papel importante en el mantenimiento de la hipertensión.

3) Los 27 pacientes que tuvieron algún descenso en su tensión diastólica 1 año luego de la esplanicectomía respondieron al tetraetilamonio preoperatorio con una disminución mayor del 14 %.

4) Se inyectó la droga en pacientes con un año de evolución de la esplanicectomía observándose que si la tensión había disminuído marcadamente la respuesta estaba marcadamente disminuída y si la operación no había tenido éxito la respuesta era absolutamente negativa.

5) Las cefaleas hipertensivas son a menudo mejoradas por la droga. Concluyen los autores diciendo que la droga en cuestión no puede ser incluída en el tratamiento diario de la hipertensión, siendo actualmente sólo un elemento farmacológico para el estudio de las manifestaciones del sistema nervioso autónomo. — *J. Skibinsky.*

EFEECTO DEL EMBARAZO SOBRE LA HIPERTENSION EXPERIMENTAL, (*Effect of pregnancy on the course of experimental hypertension*). A. Grollman. "Am. J. Physiol.", 1947, 151, 373.

En perras, ratas y conejas se produjo hipertensión mediante la constricción de las arterias renales. Existió una tendencia a la disminución de la presión arterial, durante el embarazo, la que fué inversamente proporcional al tamaño de la especie estudiada. — *M. R. Malinow.*

LA RESISTENCIA RENAL EN LA HIPERTENSION "ESENCIAL". RELACION DEL EFECTO DE LA SIMPATICECTOMIA SOBRE LA PRESION ARTERIAL, (*Renal resistance in "essential" hypertension. Relation to the effect of sympathectomy on blood pressure*). M. Landowne y A. S. Alving. "Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.", 1948, 67, 115.

El valor de la "resistencia renal neta" ($\frac{\text{presión arterial}}{\text{caudal renal}} \times 100$) fué un índice estadísticamente satisfactorio para predecir el efecto de la simpaticectomía sobre la presión arterial. Si el primer valor fué menos que 22 unidades, la operación fué favorable. — M. R. Malinow.

RELACION ENTRE LA TEMPERATURA CORPORAL Y LA PRESION ARTERIAL DEL POLLO, (*A relationship between the body temperature and the blood pressure in the chicken*). S. Rodbard y M. Tolpin. "Am. J. Physiol.", 1947, 151, 509.

La presión arterial de pollos, determinada directamente por punción, descendió al enfriarlos y subió nuevamente al recalentarlos a la temperatura normal. — M. R. Malinow.

HIPOTENSION TRANSITORIA CONSECUTIVA A LA INYECCION ENDOVENOSA RAPIDA DE SOLUCIONES HIPERTONICAS, (*Transient hypotension following rapid intravenous injections of hypertonic solutions*). E. E. Muirhead, R. W. Lackey, C. A. Bunle y J. M. Hill. "Am. J. Physiol.", 1947, 151, 516.

La inyección endovenosa rápida de 1-2 cc./Kg. de peso de soluciones hipertónicas produjo una hipotensión transitoria en perros anestesiados, que no sucedió si la inyección se practicó intraarterialmente. Experiencias indirectas llevan a afirmar a los autores que tal efecto es producido reflejamente al penetrar tales soluciones en las coronarias. — M. R. Malinow.

EL SINDROME DE OBLITERACION TROMBOTICA DE LA BIFURCACION AORTICA, (*The syndrome of thrombotic obliteration of the aortic bifurcation*). R. Leriche y A. Morce. "Ann. Surg.", 1948, 127, 193.

Los autores describen este síndrome, referido por primera vez por Leriche en 1940 y que no debe ser confundido con la embolia de la aorta en "silla de montar" a nivel de su bifurcación iliaca.

Recuerdan que un síntoma frecuente en el hombre es la pérdida de una erección estable por insuficiencia o ausencia de irrigación de los procesos esponjosos. También hay debilidad de los miembros inferiores sin claudicación intermitente, al caminar o aún en posición de pie, seguida de atrofia bilateral de esos miembros. No hay cambios tróficos en la piel o en las uñas pero si se practica una intervención en esos segmentos, como una simpaticectomía periarterial, la

herida cura muy lentamente o no cicatriza. En posición erecta palidez marfílina de los miembros inferiores.

No se encuentra pulso en pierna, muslo ni en los vasos ilíacos. Se percibe la aorta latir, por encima del ombligo. No hay oscilometría en miembros inferiores y cerca del ligamiento de Poupart se percibe un frémito suave.

La Pr es más elevada en los miembros superiores.

Fuera de los hallazgos clínicos —suficientes para el diagnóstico—, se puede practicar la arteriografía aórtica. La trombosis de la aorta puede ser tolerada más o menos bien durante años (5 y 10) pero termina en la gangrena que no es bilateral siempre, ni se inicia bruscamente. La gangrena es seca y extendida. Se debe a la extensión ascendente o descendente de la trombosis aórtica con o sin trombosis venosa periférica.

Como tratamiento preconizan la ganglionectomía lumbar superior para abolir los impulsos vasoconstrictores en las colaterales y troncos debajo de la obstrucción.

Se le ha objetado a este procedimiento, dado el nivel elevado del abordaje, la imposibilidad de examinar la aorta en la zona trombosada y de efectuar la resección del segmento enfermo. La aortectomía con la ganglionectomía bilateral lumbar es la operación de elección.

Finalmente los autores discuten las indicaciones y contraindicaciones de la intervención. — *M. Manguel.*

FEOCROMOCITOMA (PRESENTACION DE UN CASO CON NECROPSIA),
(*Adrenalin producing tumor pheocromocytoma containing 2,300 mg. of adrenalin*). H. H. Muntz, J. O. Rutchey y W. D. Gatch. "Ann. Int. Med.", 1947, 26, 133.

Clinicamente el caso presentado, era el característicamente descripto para el feocromocitoma, con crisis de hipertensión paroxística, palidez, hiperglucemia, aumento del metabolismo basal y pruebas de la histamina, cold pressor test y masaje de zona tumoral positivas.

Los datos interesantes, radicaban en que a pesar de palpase un solo tumor del lado derecho, la suprarrenal opuesta presentaba 2 pequeños nódulos tumorales. La extirpación quirúrgica produjo la muerte de la enferma por manipulación tumoral. En la necropsia se encontró además un carcinoma ignorado en la glándula tiroides, con metástasis en los ganglios del cuello. El dosaje de la adrenalina que contenía el tumor reveló que el total de la misma era de 2.300 mg. cantidad fabulosamente grande comparada con los 1 mg. que según Elliot contiene la suprarrenal humana normal. — *I. L. Luchina.*

ADENOMAS DE LA CORTEZA, (*Adenomas of the adrenal cortex*). R. R. Commons y C. P. Callaway. "Arch. Int. Med.", 1948, 81, 37.

Estos tumores fueron hallados en 216 (o sea 2.86 %) de 7.437 autopsias con examen de las adrenales. Fueron igualmente frecuentes en ambos sexos. Sólo fueron hallados 4 casos en pacientes de menos de 40 años de edad. Aumentó la frecuencia, con el avance de la edad.

ANÁLISIS DE REVISTAS

En un estudio comparativo con exámenes de casos sin adenomas adrenales, se observó que no hay relación con enfermedad hipertensiva, diabetes, agrandamiento cardíaco o cambios gonadales. — *M. Manguel.*

ESCLEROSIS CORONARIA Y ENDANGEITIS OBLITERANTE, (*Sclerose coronaire et endangeite obliterante*). P. H. Rossier, C. Maier y E. Thurlimann. "Acta Cardiologia", 1947, 2, 201.

Hacen un estudio muy completo de estas afecciones con una amplia revisión de trabajos.

Llaman la atención de que el 50 % de los enfermos con endangeitis obliterate presentan electrocardiogramas más o menos patológicos y de que la arteria central de la retina jamás se encuentra afectada. Dan gran importancia a la arteriografía sin descuidar todos los otros métodos de exploración. —

E. P. Etchegaray.

TONOSCILOGRAFIA DESPUES DEL EJERCICIO EN LAS AFECCIONES VASCULARES PERIFERICAS Y COARTACION DE LA AORTA, (*Tonosillo-graphy after exercise in peripheral vascular disease and coarctation of the aorta*). B. Ejrup. "Am. Heart J.", 1948, 35, 41.

Se registra el oscilograma arterial con un manómetro automático que inscribe la curva a lo ancho del papel de modo que pueden hacerse varios registros fáciles de comparar. El registro es automático haciéndose uno nuevo cada medio minuto, durando cada registro alrededor de 20 seg. Durante las pausas el manguito se desinfla de modo que no hay congestión venosa.

Se hacen registros en reposo e inmediatamente después de un esfuerzo en la escalera de Nylin o la bicicleta —ergómetro. Los trazados se toman con el enfermo en posición horizontal.

En los casos normales el ejercicio produce aumento de presión y de las pulsaciones mientras que en los casos de afecciones vasculares periféricas y claudicación intermitente se observa una reacción inversa con disminución de la presión sanguínea y de las pulsaciones en las extremidades afectadas.

En la coartación aórtica la presión arterial no aumenta en los miembros inferiores y las pulsaciones pueden aumentar o disminuir, hechos que desaparecen después de la resección de la zona aórtica estrechada.

Los enfermos con síntomas vagos en las piernas, pero no verdadera claudicación intermitente muestran, salvo raras excepciones, oscilograma normal después del ejercicio. — *B. Moia.*

ESTUDIOS CON FLUORESCENCIA EN DESORDENES VASCULARES PERIFERICOS, (*Fluorescein studies in peripheral vascular disorders*). D. W. Kramer y E. Abramson. "Am. J. Med. Sc.", 1947, 214, 268.

Estudian tiempo circulatorio codo, labios, manos y pies, inyectando 4 cc. de solución de fluoresceína al 20 % en 65 pacientes con enfermedad vascular periférica y en 24 normales.

ANÁLISIS DE REVISTAS

El tiempo promedio codo-labios en el grupo vascular fué 16 segundos y en el no vascular 14.4, el codo-manos 31.2 y 28.5 y el codo-pies 61.4 y 53.4 respectivamente.

Consideran este método superior a otros subjetivos, no presentando trastornos tóxicos siendo el colorante rápidamente eliminado por el riñón. — *E. A. Otero.*

LESIONES VASCULARES DE PULMON EN SILICOSIS Y CAMBIOS PATOLÓGICOS RELACIONADOS, (Pulmonary vascular lesion sin silicosis and related pathologic changes). E. F. Geever. "Am. J. Med. Sc.", 1947, 214, 292.

En este trabajo se puntualizan los cambios vasculares en 43 pacientes afectados de silicosis. Como control se utilizan 43 pacientes sin silicosis de la misma edad.

Los casos fueron separados en 2 grupos: silicosis nodular discreta y silicosis nodular masiva. Los hallazgos más importantes fueron: la invasión de las paredes de los vasos por los nódulos y la infiltración de esas mismas paredes por poivo y tejido de granulación pigmentario. En la silicosis nodular discreta las lesiones fueron halladas en las pequeñas arterias y venas, arteriolas, vénulas y capilares. En la forma nodular masiva fueron halladas en los vasos de todos los tamanos.

La proliferación fibroblástica en todas las capas de la pared del vaso fué la reacción inicial, más tarde sobrevino degeneración de la capa muscular y del tejido elástico. La oclusión por el tejido de granulación fué el resultado final, llegando a la trombosis de grandes arterias en 9 casos.

Las venas y linfáticos sufren procesos patológicos semejantes.

En más del 50 % de los casos se encontró alteraciones del corazón derecho en las autopsias, que estaban de acuerdo con los síntomas hallados clínicamente (disnea, cianosis, edema).

Se describen también cambios patológicos en el parénquima pulmonar (fibrosis, necrosis isquémica y cavitación isquémica). — *E. A. Otero.*

TUMORES DEL CUERPO CAROTIDEO, (Carotid body tumors). W. S. Mac Com. "Ann. Surg.", 1948, 127, 269.

Los autores hacen un breve repaso sobre la función y características de estos tumores concluyendo en la dificultad del diagnóstico preoperatorio. Recuerdan la importancia de la punción aspiradora como biopsia, pero que la escasez del material obtenido impide en general aclarar el grado de benignidad o malignidad de tales tumores.

La mortaliad quirúrgica se debe a que la circulación colateral post-ligadura de la carótida interna o la trombosis de esta arteria producen hemiplejia inmediata o a las 24 a 36 hs. después de la operación.

Consideran por eso que si el tumor es con seguridad benigno, no operar, y vigilarlo permanentemente, excepto en el caso de que produzca signos de compresión.

Si se debe operar, preparar al paciente y usar el test de Matas para saber si hay buena circulación colateral y si es necesario practicar una oclusión parcial del vaso citado antes de la erradicación del tumor.

La heparina post-operatoria podría ser usada para evitar la trombosis de la carótida interna.— *M. Manguel.*

PATOLOGIA

ENFERMEDAD DE VON GIERKE A PREDOMINIO CARDIACO, (Glycogen storage [Von Gierke's] disease predominantly involving the heart). M. Wachstein. "Am. J. Med. Sc.", 1947, 214, 401.

En este caso de Thesaurismosis glicogénica la fosfatasa alcalina fué hallada normal en su distribución y actividad en oposición a los hallazgos de Tannhauser, Soskin y Bonerdalo, que la hallaron disminuída y que dió origen a la teoría que esta enfermedad sería originada por la alteración del sistema de enzimas que facilitan la transformación del glicógeno en dextrosa.— *E. A. Otero.*

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

- Dres. DEMETRIO SODI PALLARES, JORGE SOBERON AGEVEDO y ENNIO C. BARBATO.* — Algunas consideraciones sobre la activación cardíaca 165
- Dres. BLAS MOIA y FERNANDO F. BATLLE.* — Efectos de la inhalación de oxígeno sobre los cambios electrocardiográficos inducidos por el esfuerzo de la angina de pecho 200
- Dres. JOSE E. BURUCUA, FORTUNATO ETALA y PEDRO COSSIO.* — Onda P difásica de más de 2 m.m. en derivación V_1 217

TEMAS DE ACTUALIDAD

- Dres. M. MANGUEL y G. NEER.* — Sobre la etiopatogenia de la periarteritis nudosa 225

ANALISIS DE REVISTAS (p. 233).

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 5 cm³
1000 unidades en 50 cm³

Protamina Zinc Insulina "Fármaco"

200 unidades en 5 cm³
400 unidades en 5 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