

## ANALISIS DE REVISTAS

### FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

*EVALUACION DEL TRABAJO CARDIACO*, (*The evaluation of the work of the heart*), J. W. Remington y W. F. Hamilton. "Am. J. Physiol.", 1947, 150, 292.

Un análisis teórico de las curvas de presión y de intensidad aórticas, eyección cardíaca, etc. permite a los autores estimar el trabajo cinético del corazón en un 2% del total, excepto cuando el volumen sistólico es anormalmente grande o la presión diastólica anormalmente baja. — *M. R. Malinow.*

*ANALISIS DE LOS CAMBIOS EN EL CONTORNO DEL PULSO FEMORAL DURANTE EL SHOCK HEMORRAGICO*, (*An analysis of changes in the contour of the femoral arterial pulse during hemorrhagic shock*), R. S. Alexander y E. A. Webb. "Am. J. Physiol.", 1947, 150, 272.

Los cambios que se suceden en la forma del pulso femoral de perros en shock hemorrágico son explicados como debidos a distintas sumaciones de ondas transmitidas y reflejadas, éstas últimas siendo diferentes según se originen en territorios con vasoconstricción o con vasodilatación. — *M. R. Malinow.*

*EL USO DE ACETILCOLINA EN LA DETERMINACION OBJETIVA DEL TIEMPO DE CIRCULACION Y EL FRACCIONAMIENTO DEL LECHO VASCULAR ATRAVESADO*, (*The use of acetylcholine in the objective determination of circulation time and the fractionation of the vascular bed traversed*), M. Wilburne, J. G. Schlichter, M. Grosman y F. Cisneros. "Am. J. Physiol.", 1947, 150, 504.

Empleando 1 a 25 mg. de acetilcolina endovenosos en perros sin anestesiar, el tiempo de circulación entre las venas de los miembros superiores y el nódulo sinusal fué de 6.7 seg. (4.0 a 9.5 seg.). El end-point fué la inhibición transitoria del nódulo sinusal o del tejido de conducción auriculo-ventricular. El promedio de tiempo circulación en perros anestesiados, empleando dicho criterio, fué desde la vena cava superior, 6.7, del ventrículo derecho 6.0; de la arteria pulmonar, 5.2, desde el ventrículo izquierdo 1.8 y desde la base de la aorta 1. seg. — *M. R. Malinow.*

### PATOLOGIA

*CANCER DEL BRONQUIO DERECHO CON PROPAGACION A LA AURICULA DERECHA. DIAGNOSTICO CLINICO POR EL RITMO NODAL PASIVO EN EL ELECTROCARDIOGRAMA*, (*Cancer de la bronche droite avec propagation a l'oreillette droite. Diagnostic clinique par le rythme nodal passif a l'electrocardiogramme*), I. Mahaim y G. Gander. "Helvetica Medica Acta", 1947, 14, 95.

Se refiere un caso de cáncer bronquial propagado a la aurícula derecha por vía transpericárdica y en el cual el estudio anatómopatológico demostró una destrucción completa del nódulo sinusal. El enfermo presentó en vida un ritmo nodal

pasivo y ocasionales accesos de flutter. Los autores insisten sobre el valor del ritmo nodal como un signo de invasión neoplásica de la aurícula con destrucción del nódulo de Keith y Flack. — *F. F. Battle.*

**HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN LA LEUCEMIA**, (*Electrocardiographic findings in leukemia*), S. F. Aronson y E. Leroy. "Blood", 1947, 2, 356.

Se estudian 8 enfermos con leucemia, de los cuales 5 estaban en insuficiencia cardíaca. El electrocardiograma de 6 de ellos era definitivamente anormal, siendo el de los dos restantes "borderline". Dichas alteraciones se atribuyen, lo mismo que la insuficiencia cardíaca, a los infiltrados leucémicos del miocardio, que son frecuentes (34%) en esta clase de hemopatía, y pueden simular otras lesiones miocárdicas. Las modificaciones electrocardiográficas no constituyen una configuración definida de valor diagnóstico, sino que consisten en modificaciones especialmente de ST y T como se ven en numerosas otras causas de daño miocárdico. — *F. F. Battle.*

**LAS CUATRO CARDIOPATIAS CONGENITAS CON CIANOSIS MAS IMPORTANTES DE CONSIDERAR EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL FALLOT**, (*Four important congenital cardiac condition causing cyanosis to be differentiated from the tetralogy of Fallot*), F. Alexander y P. D. White. "Ann. of Int. Med.", 1947, 27, 64.

*Atresia tricuspídea*: Puede ser sospechada por: 1º) cianosis desde el nacimiento debido a insuficiente oxigenación de la sangre, debido al shunt y al éxtasis periférico; 2º) desviación del eje eléctrico a la izquierda (es la única cardiopatía congénita con cianosis precoz y persistente que desvía el eje a la izquierda). El Fallot cuando se acompaña de dextrocardia da desviación del eje a la izquierda pero a diferencia de la atresia tricuspídea la onda P está invertida; 3º) aumento de las cavidades izquierdas con disminución del cono de la pulmonar y del VD, visible radiográficamente en especial en O.A.D.; 4º) policitemia con dedos en palillo de tambor; 5º) soplo sistólico audible en especial en el 2º y 3º espacio intercostal izquierdo, debido al defecto del tabique interventricular según algunos y a la persistencia del conducto según otros; 6º) asociación frecuente con defectos compensadores como la persistencia del conducto arterioso, defectos del septum y transposición de los grandes vasos.

Estos pacientes sólo pueden vivir en presencia de otros defectos congénitos compensadores del mismo; el más compatible con una sobrevida larga es la transposición de los grandes vasos.

Aconsejan proceder a la intervención quirúrgica si el paciente llega a los 4 ó 5 años de edad.

*Complejo de Eisenmeger*: Consta de dextroposición aórtica, hipertrofia del VD, septum con persistencia de orificio y arteria pulmonar normal o dilatada, este último detalle lo diferencia del Fallot.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

Los síntomas que ponen en la huella diagnóstica son: 1º) saliencia del cono de la pulmonar y franca danza hiliar; 2º) desviación del eje eléctrico a la derecha; 3º) soplo sistólico variable especialmente mesoesternal en el 3er. espacio; 4º) menos cianosis y menos dedos en palillo de tambor que en el Fallot; 5º) por momentos ronquera debido a la compresión del recurrente por el cono de la pulmonar dilatado.

La cirugía está contraindicada.

*Transposición de los grandes vasos:* Puede ser sospechada por la acumulación de una serie de datos: 1º) retardo del desarrollo, 2º) cianosis y disnea de aparición muy precoz; 3º) crisis de desmayos, policitemia, soplos sistólicos variables; 4º) agrandamiento a los rayos X de ambos ventrículos o del derecho solamente; 5º) desviación del eje eléctrico a la derecha.

*Corazón bilocular:* De diagnóstico clínico casi imposible, sus síntomas más conspicuos son; la cianosis que siempre aparece si la vida se prolonga por algunos meses y el soplo sistólico que se escucha en toda la región precordial; el electrocardiograma revela una desviación del eje a la izquierda. Con el angiocardiógrama y el sondaje cardíaco con dosaje de los gases en las diversas cavidades quizás podría efectuarse el diagnóstico aunque todavía no existe experiencia al respecto. — I. L. Luchina.

*EL CORAZON EN LA ENFERMEDAD DE STEINERT, (Le coeur dans la maladie de Steinert), L. Rimbaud, H. Serre y P. Passouant. "Arch. des mal. du coeur", 1947, 40, 37.*

Presentan los autores 3 casos de enfermedad de Steinert que se acompañan de trastornos cardiovasculares, que se manifiestan por: hipotensión y modificaciones electrocardiográficas no características (bradicardia sinusal, alargamiento del PR, aumento de duración del QRS, desnivelamiento del S-T o inversión de T, etc.). Dicen tener comprobación necrósica de daño cardíaco (degeneración vacuolar del sarcoplasma e hipertrofia de los núcleos). — A. García.

*EVALUACION CLINICA DEL DAÑO VASCULAR EN LA DIABETES MELLITUS, (Clinical evaluation of vascular damage in diabetes mellitus), H. Dolger. "J.A.M.A.", 1947, 134, 1289.*

Más bien la duración de la diabetes mellitus que el método de tratamiento es el factor más importante en el desarrollo de cambios degenerativos. Si él vive lo suficiente desarrollará una u otra forma de enfermedad vascular. Ya anteriormente cierto autor dijo que no había visto ninguna autopsia de un diabético con más de cinco años de enfermedad que estuviera libre de arterioesclerosis sea cual fuese su edad.

Pacientes diabéticos por más de 20 años examinados regularmente, ninguno de ellos escapó a la hemorragia retiniana sea cual fuese la edad en que se hubiese iniciado la diabetes, su severidad o el tratamiento instituido.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

La retinopatía presagia la degeneración vascular progresiva. Cincuenta por ciento de los pacientes mostraba hipertensión y albuminuria en el momento de las primeras hemorragias retinianas.

El tratamiento actual de la diabetes no impide el daño vascular acelerado que es en realidad un fenómeno asociado y no una complicación. — J. Skibinsky.

*INFORME DE LA CLINICA CARDIOLOGICA DEL BOSTON LYING-IN HOSPITAL DURANTE LOS PRIMEROS 25 AÑOS, (Report from the cardiac clinic of the Boston Lying-in Hospital for the first twenty-five years), B. E. Hamilton. "Am. Heart J.", 1947, 33, 662.*

En el lapso mencionado hubo 1.335 embarazos en cardíacas (18% del total) y la muerte materna fué de 3.9%, contra 20% que era antes de la instalación de la clínica.

El 93% tenía cardiopatía reumática, el 5.2% congénita y el 1.8% miscelánea (3 casos de sífilis, tirocardias, pericarditis aguda, etc.).

En las reumáticas favorables\* (signos mínimos de cardiopatía reumática, capaz de desarrollar moderada actividad sin insuficiencia cardíaca y sin otras complicaciones de por sí peligrosas) hubo en los últimos 10 años 2% de mortalidad materna y 8.6% fetal, contra 18% y 31%, respectivamente, en las no favorables.

En las pacientes menores de 23 años hay 10 veces más probabilidad de recurrencia reumática que en las mayores.

Las causas de muerte materna fueron para las cardíacas favorables y no favorables, respectivamente: insuficiencia cardíaca 12% y 64%; endocarditis bacteriana 35% y 7%; embolismo 16% y 13%; miscelánea (sepsis 'toxemias', hemorragia, neumonía, apendicitis aguda) 37% y 16%.

La mortalidad materna en cardiopatías congénitas fué 2.9%. Las con persistencia del ductus, ligado o no, cursaron muy bien el embarazo. Ninguna coartación aórtica se murió. Los defectos del tabique tuvieron serios accidentes después del parto y una murió. Un caso de Fallot con severa cianosis, sobrevivió 6 embarazos con accidentes en puerperio y sólo un niño vivo.

Hay casos de estenosis mitral que sin causa aparente desarrollan en forma abrupta severa congestión pulmonar, a menudo, con hemoptisis muy copiosas. La interrupción del embarazo hace cesar siempre estos ataques o reduce su frecuencia y severidad.

Actualmente hay 3 nuevos problemas: el embarazo en la mujer con Fallot operado; el embarazo en casos de endocarditis bacteriana curada (de 11 casos de esta índole, todos sobrevivieron un embarazo); el tratamiento de la endocarditis bacteriana durante el embarazo con penicilina (aparentemente de 17 casos sólo murieron durante el embarazo 6, o sea el 35%). — B. Moia.

## ARRITMIAS

*LA INFLUENCIA DE LOS OBSTACULOS ARTIFICIALES EN EL FLUTTER AURICULAR EXPERIMENTAL*, A. Rosenblueth y J. García Ramos. "Arch. Inst. Card. México", 1947, 16, 1.

Definiendo el flutter de acuerdo con la teoría de los movimientos de circo, este tipo de actividad cardíaca sólo excepcionalmente puede ser iniciado por la estimulación eléctrica de las aurículas normales del gato y del perro. Por el contrario, si se bloquea en el perro reversible (cocaína) o irreversiblemente (machacamiento) la conducción en el puente auricular entre los crificios de las dos cavas, el flutter puede ser iniciado fácilmente y persiste hasta que es extinguido por estímulos eléctricos adicionales. Se subraya la importancia técnica de esta preparación para el estudio del flutter.

La actividad en cuestión no se origina en el pacc-maker. Es rítmica y regular. Su frecuencia es mayor que la de los latidos normales pero menor que la que se puede observar en otras condiciones experimentales. Esta frecuencia es ligeramente acelerada por estimulaciones del vago y por inyecciones de adrenalina que tienen una acción típica importante sobre la frecuencia de los latidos. Estas características son explicadas satisfactoriamente por la teoría de los movimientos de circo. De acuerdo con la teoría, el aumento del perímetro del obstáculo constituido por las dos cavas disminuye proporcionalmente la frecuencia del flutter. También de acuerdo con la teoría, solamente puede producirse el flutter si el obstáculo está totalmente circundado por tejido auricular intacto. — *Autores.*

*ESTUDIO DE UN CASO DE BLOQUEO DE RAMA INTERMITENTE*, (*Etude d'un cas de bloc de branche intermittente*), M. Segger y H. Denolin. "Arch. des maladies du coeur et des vaisseaux", 1947, 40, 132.

Los autores describen el caso de un sujeto, sin antecedentes patológicos y con examen clínico y radiológico normal que presenta en forma intermitente y en directa relación con la frecuencia cardíaca un bloqueo de rama tipo común.

Muestran trazados electrocardiográficos, mecánicos y fonocardiográficos, que prueban fehacientemente el hecho, y lo atribuyen a un alargamiento del período refractario absoluto de la rama izquierda del haz de His. — *A. García.*

*EL SIGNO DE LA DESIGUALDAD DE LOS RUIDOS ARTERIALES EN LA TAQUICARDIA PAROXISTICA VENTRICULAR*, (*Le signe de l'inégalité des bruits artériels dans la tachycardie paroxystique ventriculaire*), C. Lian, J. J. Welte, F. Siguiet y A. Sarrazin. "Arch. d. mal. du coeur", 1947, 40, 140.

Destacan los autores que en la taquicardia paroxística ventricular, es posible poner de manifiesto una desigualdad franca de los ruidos arteriales a nivel de la humoral, al realizar la determinación de la tensión arterial. Sostienen que este signo es más franco y se presta mejor para el diagnóstico que el del aumento de intensidad intermitente del 1er. ruido cardíaco (Cossio y Levine). y que la des-

## ANÁLISIS DE REVISTAS

igualdad intermitente de la amplitud del pulso radial (Lian y Facquet), siendo su patogenia la misma que la de estos signos. En el diagnóstico diferencial debe tenerse en cuenta los cambios respiratorios y el pulso alterante.

Prueban sus afirmaciones con trazados electrocardiográficos y de ruidos cardíacos y arteriales. Destacan asimismo, el éxito obtenido para yugular la crisis paroxística con una solución de homopavina-subtosan, crisis que había resistido a inyecciones enovenosas sucesivas de quinidina de 25, 50 y 75 mgrs., a una infiltración estelar de novocaína, y a una inyección subcutánea y otra endovenosa de homopavina. — *A. García.*

**TAQUICARDIA PAROXISTICA VENTRICULAR CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN UN ENFERMO SIN ENFERMEDAD ORGANICA, (*Paroxysmal ventricular tachycardia with acute left ventricular failure in a patient with no evidence of organic heart disease*), M. Stein y R. E. Driscoll. "Ann. of Int. Med.", 1947, 26, 769.**

Se presenta el caso de un adulto de 18 años de edad, con antecedentes de crisis de palpitations desde los 15 años y con hábitos alcohólicos. Ingresa al hospital con 200 de pulso y sin fenómenos de insuficiencia y una hora después, a pesar de una dosis alta de barbitúricos inyectados previamente hace un edema agudo de pulmón, con pulso incontable y por momentos irregular. Adecuadamente tratado, la crisis de taquicardia cedió poco tiempo después del edema agudo y los electrocardiogramas y exámenes posteriores no pudieron revelar ninguna lesión orgánica de corazón. La taquicardia paroxística ventricular es generalmente de causa orgánica y Williams y Ellis sobre 36 casos encuentran 35 con lesión orgánica evidente, en ellos la taquicardia tiene un valor pronóstico ensombrecedor. Elliot y Fenn describen un caso de taquicardia funcional con muerte por insuficiencia cardíaca. Se demuestra palpablemente en este caso como la taquicardia de por sí es capaz de llevar el edema agudo en un miocardio previamente sano. — *I. L. Luchina.*

## INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

**EL TITULO DE LAS ANTRESTREPTOLISINAS EN EL DIAGNOSTICO DE LAS CARDITIS DE OSCURA ETIOLOGIA, (*Antistreptolysin title as a diagnostic aid in carditis of obscure etiology*), N. Reitman. "Ann. Int. Med.", 1947, 26, 774.**

Se sabe que el estreptococo hemolítico es capaz de producir diversas alteraciones cardíacas, desde endocarditis y pancarditis a simples defectos de conducción aurículo-ventricular. Cuando se acompaña de poliartritis migratriz, epístaxis, eritema nudoso o marginado y dolores vagos en abdomen, el cuadro es catalogado como fiebre reumática, pero cuando no sucede así, el diagnóstico aislado de la carditis resulta difícil.

Todo demostró que la infección con estreptococos hemolíticos es capaz de producir un título muy elevado de anticuerpos, el mismo puede ser muy duradero,

## ANÁLISIS DE REVISTAS

prolongándose por meses y aún años después que la infección estreptocócica fuera activa. Se encuentra una respuesta similar en la escarlatina, erisipela, amigdalitis aguda y fiebre reumática. No existe por el contrario en la blenorragia, ni en las artritis reumatoideas. Se presenta un caso con manifestaciones de carditis que se expresaba con soplos, alargamiento del PR, apagamiento de los ruidos y en un electro con escapes nodales debido al retardo de la conducción, en un paciente de 15 años de edad sin ninguna otra manifestación focal y que curó perfectamente.

Los títulos de anticuerpos estaban altos y progresivamente se elevaron entre la primera y segunda determinación. Se plantea la conveniencia de dosar las antestreptolisinas en todos los casos de carditis de causa desconocida sobre todo antes de diagnosticar una miocarditis de Fiedler.

Se puntualiza que el alargamiento del PR en el reumatismo y en las infecciones por estrepto hemolítico no se debe aisladamente a un defecto de la conducción, sino que en gran parte son de acción vagal no por exagerada liberación de acetilcolina local, sino por falta de acetilcoesterinasa debido al Ph ácido de la fibra miocárdica durante las infecciones, opuesto al Ph alcalino, que es el medio más óptimo para una rápida destrucción del fermento. — *I. L. Luchina.*

**INFLUENCIA DEL VOLUMEN GLOBULAR EN LA SEDIMENTACION GLOBULAR Y SUS APLICACIONES EN LA SELECCION DE TECNICAS MAS EXACTAS**, J. Robles Gil. "Arch. Inst. Cardiol. México", 1947, 16, 55.

La disminución experimental del volumen globular de la sangre conduce a una aceleración de la sedimentación globular. El aumento experimental del hematocrito retarda la caída corpuscular. La existencia de anemia en la sangre de los enfermos es un factor que influye en la prueba de la sedimentación globular, acelerándola. La producción de anemia experimental no parece alterar la sedimentación a través de modificaciones en las proteínas sanguíneas. Es necesario hacer una corrección de acuerdo con la anemia en la determinación de la sedimentación globular. El método de Rourke parece ser de mayor exactitud que los otros, sobre todo para el conocimiento de ligeras actividades de los procesos reumáticos. — *Autor.*

**LA VALVULOPATIA REUMATICA**, R. Armas Cruz y M. Besoain Santander. "Rev. Méd. Chile", 1947, 75, 439.

Se estudian, en una sección de medicina interna, 73 casos fatales, no seleccionados, de vicios valvulares de tipo reumático; los que representan el 10,8% de las muertes ocurridas en ella.

El promedio de edad de muerte fué  $37,8 \pm 1,6$  años, y hubo un ligero predominio de mujeres, pero no significativo.

El 69,8% de los pacientes había tenido un cuadro clínico de enfermedad reumática o de alguno de sus equivalentes. Desde la ocurrencia de tal hecho hasta la muerte transcurrió un período de tiempo promedio de  $12,4 \pm 2,3$  años.

Clinicamente hay un predominio de las lesiones mitrales. En la necropsia, el predominio es de las poli-valvulares. La mitral estuvo lesionada en el 94,5% del

## ANÁLISIS DE REVISTAS

total de casos; las sigmoideas aórticas, en el 53,5%, y la tricúspide, en el 24,7%; no se observaron lesiones de las sigmoideas pulmonares. La mitral estuvo lesionada en una proporción semejante en ambos sexos, mientras las sigmoideas aórticas lo fueron más frecuentemente en el sexo masculino y la tricúspide, a la inversa, en el sexo femenino. La estenosis mitral, ya sea la forma pura o la asociada a insuficiencia de la válvula, se observó en el 6,7% de los hombres y en el 48,8% de las mujeres.

La insuficiencia cardíaca fué un hecho frecuente en esta serie; y desde el comienzo de ella hasta la muerte, en los casos sin endocarditis sépticas, transcurrió un lapso promedio de 2 años 7 meses.

Las endocarditis bacterianas se observaron; la lenta, en el 39,8% y la aguda, en el 5,5%. Ambas fueron significativamente más frecuentes en el hombre que en la mujer.

La mayoría de los hombres (60%) murieron a causa de endocarditis bacterianas sub-agudas, mientras en la mujer esa complicación se observó sólo en el 25,5%. La insuficiencia cardíaca fué la causa de muerte más frecuente (53,6%) en la mujer y en el hombre se la observó sólo en el 20%. — *Autores.*

**ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA CURADA CON MUERTE SECUNDARIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA, (Healed subacute bacterial endocarditis, with secondary death for Heart Failure), A. H. Henigman y J. R. Karns. "Ann. of Int. Med.", 1947, 26, 704.**

Si bien los resultados de la penicilinoterapia en las endocarditis subagudas son buenos, el pronóstico posterior de esos pacientes no parece ser tal. Entre las complicaciones posteriores son dignas de mención especialmente la insuficiencia cardíaca congestiva, de la cual ya se han publicado con los presentes 8 casos con comprobación necrópsica. Merecen citarse también, arritmias diversas y accidentes coronarios. White ha puntualizado, que la insuficiencia cardíaca, no es común como causa de muerte en la endocarditis activa y rara vez la miocarditis infecciosa agregada a la lesión activa de endocardio es capaz por sí sola de conducir a la asistolia. No se puede pensar por otra parte, que las lesiones que previamente existían (endocarditis reumáticas, etc.) y que a menudo eran inaparentes, pocos meses después de la curación serían capaces de conducir a la insuficiencia miocárdica.

Por lo demás, la retracción esclerosa de las válvulas afectadas por el proceso endocárdico después de la curación, conduce a graves lesiones valvulares, que sí son capaces de explicar por su sola presencia la producción de una asistolia. Concluyen los autores recalcando la importancia del diagnóstico precoz de las endocarditis bacterianas a fin de instituir el tratamiento con la penicilina antes de que las lesiones sean tan extensas que su retracción cicatricial a posteriori cree valvulopatías graves. — *I. L. Luchina.*



## PRESION ARTERIAL Y VASOS

**PRESENCIA DE UN PRINCIPIO PRESOR EN EL PLASMA DE GATOS INYECTADOS CON EXTRACTO DE RIÑON**, (*Recovery of a pressor principle from the blood plasma of cats given kidney extracts*), O. M. Helmer y R. E. Shippy. "Am. J. Physiol.", 1947, 150, 353.

Extractos renales inyectados endovenosamente a gatos nefrectomizados indujeron la presencia de un principio presor, aparentemente de origen renal pero distinto a la renina. — *M. R. Malinow.*

**LA INFLUENCIA DE PEQUEÑOS PERIODOS DE ANOXIA AGUDA INDUCIDA SOBRE LA PRESION DE LA ARTERIA PULMONAR EN EL HOMBRE**, (*The influence of short periods of induced acute anoxia upon pulmonary artery pressures in man*), H. L. Mothey, A. Cournand, L. Werko, A. Himmelstein y D. Doesdale. "Am. J. Physiol.", 1947, 150, 315.

Haciendo respirar O<sub>2</sub> al 10% a sujetos sin insuficiencia cardíaca, durante cortos períodos (10 minutos) y por el método de la cateterización cardíaca se observó un aumento de la presión en la arteria pulmonar (control 21/6 mm. Hg, anoxia 35/13 mm. Hg) sin mayores cambios en la presión sistémica. La resistencia pulmonar era casi el doble durante la anoxia. — *M. R. Malinow.*

**HIPERTENSION ARTERIAL INFANTIL CAUSADA POR FEOCROMOCITOMAS**, (*Hypertension in children caused by pheochromocytoma*), C. Harrison Snyder y E. Hoge Vick. "Am. J. Dis Child.", 1947, 79, 581.

Las hipertensiones arteriales sostenidas en los niños son excepcionales y obedecen a la coartación de la aorta, acrodinia, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, tumores de cerebro que involucran al hipotálamo, rarísimos casos de hipertensión esencial y a nefropatías congénitas y quirúrgicas. Existen contados casos en la bibliografía mundial de feocromocitomas y paragangliomas que producen hipertensiones arteriales cuyo interés radica en que la afección puede ser curada quirúrgicamente. Estos tumores no son malignos *per se* sino por las consecuencias a que dan lugar debido a la exagerada secreción de adrenalina, son pues tumores funcionantes. Los autores presentan 3 casos ocurridos en niños y citan 84 en total dentro de la casuística mundial, de ellos 45 con comprobación quirúrgica. Sólo en 6 oportunidades el tumor se exteriorizó por debajo de los 13 años, siendo la 1ª, 3ª, 4ª y 5ª década las preferibles para la aparición de la sintomatología.

El síntoma fundamental, es la hipertensión arterial, la que puede ser paroxística o sostenida. En 52 oportunidades fué episódica, en 15 sostenida y en 14 sobre un fondo hipertensivo previo aparecían crisis paroxísticas. La hipertensión por feocromocitomas sólo fué paroxística en uno de los 6 casos infantiles. La crisis paroxística pueden ser muy frecuentes aun dándose varias veces en el día o por el contrario aparecer de tanto en tanto. Se caracterizan porque el paciente aqueja debilidad, inquietud, distensión epigástrica, palpitaciones y cefaleas. Las palpi-

ciones progresan, convirtiéndose en verdaderos mazazos precordiales y la cefalea se hace pulsátil e intolerable. La piel aparece pálida, la cara ansiosa, las pupilas se dilatan y la presión puede sobrepasar los 300 mm. de Hg.; el ataque, que puede durar minutos u horas, al ceder da lugar a una sensación de bienestar, acompañada de sudoración profusa. Algunas veces entre las crisis el enfermo presenta palpitaciones, extremidades frías e hiperhidrosis.

Las retinopatías y las cardiopatías se presentan como las complicaciones más comunes a que da lugar la hipertensión en un cierto número de casos. El tumor fué palpable solamente en un 10% de los casos.

La hiperglucemia, la glucosuria y la tolerancia disminuída a la glucosa pueden darse con cierta frecuencia, aunque a menudo sólo se hacen presentes en el momento del ataque paroxístico. El metabolismo basal se suele encontrar casi siempre elevado. La inducción a la hipertensión paroxística que puede tener valor diagnóstico puede hacerse: 1º por masaje de la región de las suprarrenales; 2º por la hiperventilación; 3º por el cold pressor test y 4º por ciertas drogas como la insulina y la histamina.

Los dosajes de adrenalina que dan la prueba fundamental pueden ser biológicos o químicos; entre los primeros se citan la vasoconstricción de los vasos de la oreja del conejo o de la cola denervada del perro y entre los segundos, la decoloración del azul de metileno. Con propósitos clínicos, los autores utilizan el bloqueo adrenérgico con drogas del grupo benzo-dioxane con resultados brillantes.

Cuando los tumores son de la zona renal, la perineumografía o el rrelleno simultáneo del duodeno y la pelvis renal puede hacer el diagnóstico, pero existen caso necrósicos de paragangliomas mediastinales o del órgano de Zucerkandl.

El único tratamiento es el quirúrgico; de 52 casos operados 45 curaron. La mortalidad quirúrgica es del 22%. La mejor terapéutica profiláctica de la elevada mortalidad quirúrgica es el diagnóstico precoz.

Las demás medidas usadas son paliativas, comenzando por la radioterapia y siguiendó por la ergotamina, el calcio y las drogas que bloquean al simpático. — *I. L. Luchina.*

## TERAPEUTICA

**CONCEPTO DE LA ACCION DIGITALICA.** R. Méndez. "Arch. Inst. Cardiol. México", 1947, 16, 83.

La Angelicalactona, lactona sintética idéntica a la que entra en la fórmula de la digitoxina, posee todos los efectos digitálicos, pero es incapaz de mejorar la insuficiencia cardíaca inducida en el preparado corazón-pulmonar de Starling, por la inyección de Nembutal o acción del tiempo. Se sugiere que no se atribuya acción digitálic a un preparado que no posee esta propiedad. — *B. Moia.*

**DOS CASOS DE CARDIOTIROTOXICOSIS INDUCIDA TERAPEUTICAMENTE.** (*Report of two cases of induced cardiotoxicosis*). Rogers. "Ann. of Int. Med.", 1947, 26, 914.

Se presentan dos casos de cardiotoxicosis con fibrilación auricular; en ambos la supresión de la ingestión del medicamento dió por resultado la des-

aparición de la fibrilación. Ambas pacientes estaban tomando desde hacía muchos meses polvo desecado de tiroides en dosis aproximadas a 50 cg. diarios. En un caso la tiroides fué responsable de la fibrilación auricular con trombosis cardíaca, embolia cerebral e insuficiencia cardíaca de la paciente y en la otra la tirotoxicosis se superponía a una cardiopatía coronaria. Recalca el autor que la tirotoxicosis inducida con repercusión cardíaca es más probable en las mujeres y en los ancianos, donde por ende se debe tener más cautela en la administración de estos productos.

La tirotoxicosis puede ser factor primario o accesorio de la sintomatología cardíaca. — *I. L. Luchina.*

**EFECTO DEL OXIGENO, DE LA SANGRIA Y DE LA DIGITAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CONSECUTIVA A ENFERMEDAD DE LOS PULMONES, (Effects of oxygen, venesection and digitalis in chronic heart failure from disease of the lungs), S. Howarth, J. Mc Michael y E. P. Sharpey-Shafer. "Clin. Sci.", 1947, 6, 187.**

Se hicieron estudios de la circulación en 14 casos de enfisema y en otros 3 casos de enfermedad pulmonar crónica con presión auricular derecha elevada. Los casos mencionados encuadraban en dos grupos: A) con presión arterial normal; B) con presión sistólica por debajo de 90 mm. Hg. y con pronóstico inmediato grave.

En el grupo A el volumen minuto estaba aumentado; en el grupo B, habitualmente disminuído. La presión media en el ventrículo derecho estaba aumentada en los 5 casos del grupo A en que se midió. El aumento del trabajo cardíaco en forma crónica puede explicar ejemplos ocasionales de agrandamiento ventricular izquierdo.

En algunos casos se observaron saturaciones de O<sub>2</sub> arterial por debajo de 50 por ciento. La administración de O<sub>2</sub> elevó la saturación de O<sub>2</sub> arterial, la presión sanguínea y, habitualmente, provocó una pequeña caída del volumen minuto.

Cuando se bajó la presión en la aurícula derecha por sangría o por digoxina endovenosa, el volumen minuto habitualmente disminuyó. En 3 casos graves el volumen minuto aumentó. La presión sanguínea puede subir después de la digoxina aunque el volumen minuto descienda.

Los casos del grupo A difieren de los sujetos con insuficiencia cardíaca del tipo con volumen minuto bajo (cardiopatías hipertensiva, coronaria y valvular) en que el volumen minuto en reposo está aumentado y en que la respuesta a un descenso de la presión venosa de lleno es, habitualmente, una disminución del volumen minuto. En estas respuestas se parecen a los casos de anemia grave. Las medidas terapéuticas que disminuyen la presión venosa (sangría y digitalización) son, por tanto, armas habitualmente peligrosas. La permanencia prolongada en una carpa de oxígeno, el tratamiento de cualquier infección respiratoria y la depresión de la actividad tiroidea por el tiouracilo, son las medidas más apropiadas para prolongar la vida. — *J. R. E. Suárez.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

**MARCADA DISMINUCION DE LA CANTIDAD DE SANGRE RESIDUAL DEL CORAZON EN UN CASO DE INSUFICIENCIA CARDIACA DESPUES DE TRES SEMANAS DE TERAPEUTICA ENDOVENOSA POR CEDILANID,** (*Augesprochene abnahme der restblutmenge des herzens in einem fall von herzinsuffiziens nach dreiwöchiger intravenöser Cedilanidtherapie*), G. Nylin. "Cardiología", 1947, 11, 353.

En un caso de insuficiencia cardíaca grave con ritmo sinusal regular, el volumen cardíaco se redujo de 1920 c.c. a 1120 c.c. por la administración endovenosa de 13 mgs. de Cedilanid en el transcurso de tres semanas. La presión venosa fué reducida simultáneamente de 28 a 6 cms. A causa de una digitalización insuficiente con Cedilanid por vía oral, al cabo de un mes, el corazón presentaba otra vez, signos de insuficiencia. Una inyección endovenosa única de 2,4 mgs. de Cedilanid, causó una reducción de 320 c.c. en el volumen cardíaco y una caída de la presión venosa de 14 cms. a 4 cms. en el transcurso de 24 horas. — *L. E. del Zar.*