

ANALISIS DE REVISTAS

PATOLOGIA

RESPIRACION Y CIRCULACION EN PACIENTES CON OBSTRUCCION DE LA VENA CAVA SUPERIOR: FACTORES CEREBRALES DE DISNEA Y ORTOPNEA, (*Respiration and circulation in patients with obstruction of the superior vena cava: cerebral factors in dyspnea and orthopnea*), M. D. Altschule, A. Iglauer y N. Zamcheck. "Arch. Int. Med.", 1945, 75, 24.

Estudian cinco pacientes del sexo masculino con obstrucción de la vena cava superior consecutiva a linfoma mediastinal, enfermedad de Hodgkin mediastinica, metástasis carcinomatosa o aneurisma sifilítico de la aorta; nuevos estudios realizáronse en tres de estos pacientes después que la obstrucción desapareciera espontáneamente o a consecuencia de aplicaciones de radioterapia.

Cuando existían síntomas respiratorios, la frecuencia de los movimientos respiratorios osciló entre 19 y 35, reducida francamente después de la desaparición de las mencionadas manifestaciones. El volumen minuto respiratorio varió entre 7.72 y 13.3 lts., oscilando sus valores entre 5.86 y 7.2 lts. una vez ocurrida la mejoría. La cantidad de anhídrido carbónico en el aire alveolar fué respectivamente de 4.01 a 5.1 % y 5.18 a 5.55 %. La saturación de oxígeno de la sangre arterial fué de 92 a 94 %, hubieran o no síntomas respiratorios. La capacidad vital importaba 900 a 2500 c.c. y no varió o sólo aumentó suavemente cuando sobrevino la mejoría. La presión venosa en la vena antecubital varió entre 23 y 27 c.c. de agua y descendió a lo normal cuando desapareció el síndrome obstructivo. La velocidad circulativa brazo-lengua importó 25 a 35 segundos, pero se redujo a lo normal en los dos pacientes que mejoraron por la radioterapia, no modificándose en el que la mejoría ocurrió en forma espontánea. Cuando los síntomas respiratorios estaban presentes, la diferencia arterio-venosa estaba aumentada en las extremidades superiores, pero retrocedió a lo normal cuando regresaron los síntomas aludidos.

De los resultados consignados se deduce que: a) no es exacto el aserto de Lian de que la velocidad circulatoria es normal en la obstrucción de la vena cava superior; b) la disminución de la velocidad circulatoria puede depender no sólo del retardo de la circulación sino también del trayecto mayor a recorrer por el desarrollo de la circulación colateral; c) la cianosis es consecuencia de la marcada prominencia de las venas cutáneas, acentuada en ocasiones por el gran desprendimiento de oxígeno en la red capilar como resultado del éxtasis; d) el edema no es sólo consecuencia de la hipertensión venosa, pues su presentación intermitente o su ausencia absoluta en algunos casos sugiere que la anoxia por éxtasis puede ser un factor; e) una de las causas de hiperventilación y disnea en el síndrome es el retardo circulatorio que lleva al éxtasis tisular en el centro respiratorio.

Es de hacer notar que la mayor parte de las conclusiones a que se llega en el presente trabajo no hacen sino confirmar las sostenidas por Arrillaga y Taquini en 1934. — *J. González Videla.*

OBSERVACIONES SOBRE EL TAMAÑO CARDIACO DE LOS NATIVOS QUE VIVEN EN ALTURAS ELEVADAS, (Observations on the Heart Size of Natives Living at High Altitudes), A. J. Kerwin. "Am. Heart J.", 1944, 28, 69.

En nativos Peruvianos de rama india (según investigaciones realizadas en Oroya, Perú), viviendo a alturas entre 3.000 y 4.500 mts., el diámetro transversal y el área frontal, en el estudio radiológico, mostraron un aumento del 11,5 y 16,9 %, respectivamente con referencia a los valores calculados normales para personas de raza blanca a nivel del mar. No se observó, sin embargo, un agrandamiento progresivo con la edad. Se sugiere que este agrandamiento puede ser una variedad de los cambios de adaptación a prolongadas exposiciones a baja presión de O₂. — B. Moia.

EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE LA PERSISTENCIA DEL CANAL ARTERIAL, (The preoperative Diagnosis of Patent Ductus Arteriosus), M. J. Shapiro. "J. A. M. A.", 1944, 126, 934.

Se estudiaron 62 casos (47 mujeres, 15 hombres). En el último examen la edad era: 0-10: 28; 10-20: 27; 20-30: 10; 30-40: 4; 40-50: 1; 50-60: 2. El E. C. G. fué normal en 52, tipo izquierdo en 5, tipo derecho en 1 y otros cambios en 5. Estado nutritivo: normal, 33; hipodesarrollo, 23; obesos, 6. Soplo en maquinaria: 61, no soplo: 1. Frémito: 53; no frémito: 9. Presión del pulso normal: 14; aumentada: 48. Rayos X: agrandamiento cardíaco ausente, 22; ligero, 21; moderado, 15; pronunciado, 4; dilatación de la arteria pulmonar, ausente, 10; ligera 36; moderada, 15; pronunciada, 1; dilatación de las ramas de la pulmonar, ausente, 36; ligera, 13; moderada, 12; pronunciada, 1. Verificación operatoria, 19; post mortem (3 operados), 7; error: 0.

No se debe operar si no hay soplo en maquinaria, salvo excepciones; o si hay cianosis con dedos en palillo de tambor o acentuados cambios electrocardiográficos. En síntesis, las características diagnósticas son: soplo en maquinaria, frémito en área pulmonar, dilatación de la arteria y de los vasos pulmonares, agrandamiento cardíaco, aumento de la presión del pulso, retardo de crecimiento, ausencia de cianosis; e.c.g. normal, historia de cardiopatía desde la niñez. — B. Moia.

ESTUDIOS CARDIOVASCULARES EN 100 CASOS DE DIABETES MELLITUS OBSERVADOS DURANTE 10 O MAS AÑOS, (Diabetes mellitus as observed in 100 cases for 10 or more years. II. Cardiac studies), J. Edeiken. "Am. J. Med. Sc.", 1945, 209, 8.

Analiza un grupo de 100 pacientes portadores de diabetes desde, por lo menos diez años y tratados con dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasa. La edad variaba entre 14 y 75 años, pero para la mayoría de los casos oscilaba entre 50 y 70. Pertenecían al sexo femenino 76 pacientes y a la raza negra solamente siete.

En 45 casos no existía sintomatología cardiovascular. Las quejas más comunes y su frecuencia fueron: astenia y fatiga (27 %), palpitaciones (13 %), dis-

nea de esfuerzo (7 %) y disnea paroxística (4 %). En 38 pacientes existía hipertensión, en 8 angina de pecho y en 8 edema maleolar, explicable en 4 casos, al menos en parte, por marcadas varicosidades. En 4 pacientes los antecedentes o el e.c.g. sugerían una oclusión coronaria, pero sólo un caso revelaba alteraciones electrocardiográficas definidas. El ortodiagrama evidenció agrandamiento cardíaco en 10 de los 38 casos con hipertensión y en 16 del grupo total. En 24 pacientes la aorta era anormal (dilatada, elongada o calcificada). En 55 casos el e.c.g. era normal, salvo desviación a la izquierda del eje eléctrico o extrasístoles, en 2 casos mostraba bloqueo de rama, en 4 groseros trastornos de conducción intraventricular, en 23 melladuras del QRS en dos o más derivaciones, en 5 inversión o bifasismo de T₁, en 5 negatividad de T en CR₅, en 6 onda T bifásica o negativa en una o más derivaciones precordiales.

La incidencia de hipertensión no dependió aparentemente de la duración, control o severidad de la diabetes. En ninguno de los 38 casos con hipertensión existía una curva de sobrecarga de trabajo del ventrículo izquierdo. La baja incidencia de anomalías cardiovasculares en los pacientes por debajo de 50 años comparada con los estudios similares en la bibliografía sobre una dieta rica en grasas y pobre en hidratos de carbono es una evidencia sugestiva del valor de la dieta inversa para reducir la ocurrencia de anomalías cardiovasculares prematuras.

J. González Videla.

GLOMERULOESCLEROSIS INTERCAPILAR, (*Intercapillary glomerulosclerosis*), T. C. Laipply, O. Eitzen y F. P. Dutra. "Arch. Int. Med.", 1944, 74, 354.

La glomeruloesclerosis intercapilar se caracteriza por una hialinización focal del tejido conjuntivo intercapilar renal. Es una lesión muy común en diabéticos y rara en sujetos sin diabetes. Es más específica que la hialinización de los islotes pancreáticos como indicación de diabetes mellitus. A causa de su alta incidencia y carácter definido es el criterio más valioso para el diagnóstico post-mortem de la diabetes mellitus. No hay relación entre el grado de su desarrollo y la antigüedad o grado de la diabetes. No está necesariamente asociada con hipertensión, albuminuria, esclerosis arterial o renal, uremia o nefrosis. — *J. González Videla.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

ELECTROCARDIOGRAMAS EN LOS CUALES LA DESVIACION MAYOR SE DIRIGE HACIA ABAJO EN LAS DERIVACIONES STANDARD, (*Electrocardiograms in which the Main Ventricular deflections are directed downward in the Standard Leads*). E. Goldberger y S. P. Schwartz "Am. Heart J.", 1945, 29, 62.

Electrocardiogramas con estas características pueden observarse en: 1) acentuada desviación del eje eléctrico a la derecha, con S profunda en las 3 derivaciones y Q₁ ocasional; 2) infartos anteriores con acentuada desviación del eje a izquierda mostrando Q₁ y S₂ y S₃ profundas; 3) infartos posteriores con acentuada desviación del eje a la derecha y Q₂ y Q₃ profundas; 4) combinaciones de 2 y 3, con Q₁, Q₂ y Q₃.

Cuando el cuadro electrocardiográfico obedece total o parcialmente a un cambio en el eje longitudinal del corazón, la derivación del brazo derecho muestra una desviación QR difásica. En cambio, cuando existe un daño miocárdico extenso y no cambios en el eje longitudinal del corazón la desviación del brazo derecho muestra una desviación R (+). — *B. Moia.*

DIFERENCIACION DE LOS CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS PRODUCIDOS EN EL PERRO POR LA OCLUSION TRANSITORIA PROLONGADA DE UNA ARTERIA CORONARIA DE LOS PRODUCIDOS POR LA PERICARDITIS POSTOPERATORIA, (Differentiation of the Electrocardiographic Changes Produced in the Dog by Prolonged Temporary Occlusion of a Coronary Artery from those Produced by Postoperative Pericarditis), R. H. Bayley y J. S. La Due. "Am. Heart J.", 1944, 28, 233.

No hay diferencias electrocardiográficas entre los cambios que aparecen por la isquemia-injuria ventricular local aguda (oclusión coronaria transitoria) y los originados por la pericarditis post-operatoria. Los primeros aparecen inmediatamente de producida la oclusión y desaparecen dentro de los 30 minutos de cesada la oclusión. Los segundos aparecen después de 7 ó más horas de la intervención. En las investigaciones experimentales sobre oclusión coronaria transitoria, los cambios que aparecen en o después del primer día de la operación son causados por la pericarditis post-operatoria. Los cambios electrocardiográficos producidos por la oclusión coronaria transitoria son causados por los efectos eléctricos engendrados en el miocardio irrigado por la arteria ocluida, en cambio los de la pericarditis son engendrados por el miocardio adyacente a la epicarditis operatoria originada al disecar la arteria y por las suturas usadas para cerrar el saco pericárdico. Las diferencias que surgen con las observaciones de otros autores, se deben a que éstos han usado exclusivamente derivaciones de los miembros, mientras Bayley y La Due usan electrodos directos desde la superficie lesionada, o correspondiente al vaso obstruido. Con este trabajo los aa. insisten sobre los conceptos mencionados ya en trabajos anteriores, esto es, que la oclusión coronaria transitoria produce cambios electrocardiográficos de muy breve duración, una vez restablecida la circulación coronaria por cese de la obstrucción y que los que aparecen tardíamente se deben a la pericarditis. — *B. Moia.*

PERICARDIO

DEFECTOS PERICARDICOS CONGENITOS, (Congenital Pericardial Defects).

S. Sunderland y J. Wright Smith. "Brit. Heart J.", 1944, 6, 167.

Un niño de 2 años y 2 meses después de jugar con otro niño de mayor edad siente malestar, se pone inquieto, vomita y muere 14 horas después. La autopsia muestra una hernia de corazón a través del borde libre, fibroso, de una extensa falta de pericardio. El segundo caso es un viejo de 61 años que muere de bronconeumoría y en el que la autopsia muestra ausencia casi total del pericardio. De acuerdo con Southworth y Stevenson, cuando existe un amplio defecto pericárdico se podrá sospechar por: 1) desplazamiento no explicable del corazón a la izquierda, sobre todo si, 2) hay movilidad cardíaca anormal; 3) inexplicable agrandamiento cardíaco, aunque su ausencia no es significativa. Se hacen consideraciones clínicas y patogénicas. — *B. Moia.*

UN CASO DE PERICARDITIS TUBERCULOSA, (A case of tuberculous Pericarditis). A. M. Barrett y L. Cole "Brit. Heart J.", 1944, 6, 185.

Se describe un caso de pericarditis tuberculosa que murió con los síntomas y signos de insuficiencia cardíaca congestiva. Por medicaciones de presión y volumen del líquido pericárdico post-mortem, se llega a la conclusión de que la presión del derrame no podrá dificultar el lleno diastólico, siempre que se tuviera una presión venosa de por lo menos 10 cm. de agua. Como en el caso actual, la presión venosa excedió esa cifra, se atribuye la insuficiencia cardíaca al engrosamiento del pericardio visceral. — B. Moia.

INFECCIOSAS

FRECUENCIA DE LAS RECIDIVAS EN LA FIEBRE REUMÁTICA, (Recurrence Rates in Rheumatic Fever). M. G. Wilson y L. Lubschez. "J.A.M.A.", 1944, 126, 477.

Utilizando la experiencia del año de vida-una persona, como unidad, se estudiaron las condiciones de 499 reumáticos de 4 a 25 años de edad, a través de 5.677 años de vida-persona. Se encontró que el término medio de riesgo para una recidiva mayor de fiebre reumática varía del 25.0 % entre 4 a 13 años, al 8.6 % entre 14 y 16 años, para reducirse a la notable cifra de 3.7 % entre 17 y 25 años. El término medio para jóvenes entre 4 y 16 años es de 20.6 %. La posibilidad de recidiva de un ataque de este tipo es de 20.6 % después del año que sigue a un ataque, pero se reduce al 10.7 % si han transcurrido dos años del ataque sin recidiva y al 6.6 % si han transcurrido 3 años. El riesgo de recidiva durante el año inmediato a un ataque mayor es de 38.7 % comparado con 11.2 % en el año inmediato a uno libre de recidivas.

Por lo tanto, cuanto más se acerca a los 25 años la edad del paciente y cuanto más años libres de recidiva pasan, menor es la probabilidad de tener una recidiva reumática.

La frecuencia de recidivas no es influenciada por el número de ataques anteriores, ni difiere en los pacientes que sufren de artritis o córea con o sin carditis activa; no se modifica en los distintos años calendarios estudiados desde 1924 a 1935; no influyen tampoco las condiciones favorables o desfavorables de medio ambiente en que vive el niño.

Este trabajo es extraordinariamente interesante porque demuestra las escasas posibilidades que tiene un adulto de presentar una manifestación, especialmente carditis, reumática activa, máxime si han transcurrido muchos años sin recidiva evidente. — B. Moia.

EL DIAGNOSTICO DE LA FIEBRE REUMÁTICA, (The Diagnosis of Rheumatic Fever). T. Duckett Jones. "J.A.M.A.", 1944, 126, 481.

El a. sugiere limitar el diagnóstico a los pacientes que presentan manifestaciones clínicas evidentes: 1) Alguna combinación de manifestaciones mayores (carditis, artralgia, corea, nódulos y una historia comprobada de fiebre reumática previa); 2) La combinación de por lo menos, una manifestación mayor con dos o más

menores (fiebre, dolores abdominales o precordiales, eritema marginatum, epistaxis, cambios pulmonares y alteraciones de laboratorio); 3) La presencia de cardiopatía reumática aumenta el significado diagnóstico de las manifestaciones menores, si no existe otra causa para las mismas.

Creemos de interés reseñar los elementos de juicio del laboratorio: Alteraciones electrocardiográficas, anemia microcítica (severa sólo en un reducido número de pacientes), leucocitosis y aumento de velocidad de sedimentación de los eritrocitos, que a veces puede ser normal cuando coexiste con insuficiencia cardíaca. — *B. Moia.*

OBSERVACIONES SOBRE 250 CASOS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA, (ESTREPTOCOCICA) ESTUDIADOS Y TRATADOS ENTRE 1927 y 1939, (Notes on 250 Cases of Subacute Bacterial (streptococcal) Endocarditis studied and Treated between 1927 and 1939). S. R. Kelson y P. D. White. "Ann. Intern. Med.", 1945, 22, 40.

Doscientos cincuenta casos con hemocultivos positivos para el estreptoco no hemolítico (alfa, viridans, o gama, anhemolítico). La relación de hemocultivos positivos con respecto al total de hemocultivos practicados fué 66.8 % desde 1927 a 1932 y de 78.8 % desde 1933 hasta 1938. Predominó el sexo masculino 2:1. Predominó la tercera y cuarta década de la vida; la edad media fué 31.8 años (desde 2 y $\frac{1}{2}$ años a 78 años); la media en la mujer fué 25.7 años contra 35.2 en el hombre. En el 89.6 % existía cardiopatía reumática previa. No se puede eliminar la posibilidad de un corazón previamente sano. Compromiso mitral sólo, habitualmente insuficiencia, existió en 42.9 % del grupo reumático. Valvulopatía aórtica en el 58 %, predominando la insuficiencia con o sin estenosis, y sólo en dos casos estenosis sola; concomitantemente había en 74 de los 106 casos de insuficiencia aórtica, soplos diastólicos mitrales. En 5.2 % había una afección congénita. 5 de persistencia del canal arterial y 5 % de comunicación interventricular.

El factor desencadenante más común fué la extracción dentaria o algún otro tratamiento dentario, al parecer uno de cada cuatro casos. Se insiste, por lo tanto, en evitar extracciones o tratamientos cruentos en casos de afección valvulares reumáticas o cardiopatías congénitas, sino se toman las debidas precauciones.

Clínicamente había: soplos en 99.2 %, hemorragias petequiales en 86.5 %, esplenomegalia palpable en 59 %, hematuria en 49 %, dedos en palillo de tambor en 46.7 % y escalofríos en 40.5 %. No es de regla encontrar todas estas manifestaciones en el mismo individuo: así esplenomegalia, petequias y dedos en palillo de tambor se encontraron juntos sólo en 13.1 %.

El diagnóstico diferencial debe hacerse habitualmente con múltiples y diversas enfermedades febriles; pero se debe pensar siempre en ella cuando un paciente con soplo cardíaco empieza a tener fiebre y malestar.

La fiebre reumática activa puede coexistir con la endocarditis bacteriana, pudiendo esta reactivar aquélla, así como iniciarse durante el curso de una fiebre reumática en actividad.

En presencia de soplo diastólico mitral se diagnosticó muy a menudo estenosis mitral, pero la autopsia reveló la existencia de dilatación ventricular izquierda o

vegetaciones valvulares sin estenosis, la que sólo existió realmente en 3 de los 19 casos diagnosticados clínicamente como estenosis mitral, 10 con y 9 sin insuficiencia aórtica.

El curso pudo seguirse en 246 de los 250; todos murieron por la endocarditis, salvo uno que murió por carditis reumática activa. El término medio de duración fué de 5.9 meses (7 meses para las mujeres y 5.3 para los hombres). El que vivió más fué 19 meses. Todos los tratamientos fracasaron. — *B. Moia*.

EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA CON PENICILINA, (The Treatment of Subacute Bacterial Endocarditis with Penicilin). M. M. Dawson y T. H. Hunter. "J.A.M.A.", 1945, 127, 129.

Relatan 20 casos, 5 de los cuales ya publicados. Se asoció con heparina. Se usaron dosis variables según la resistencia del caso, que llegaron en ocasiones hasta 21.000.000 en 42 días y aun hasta 36.700.000. Diariamente se llegó a dar 500.000 U. En todos los casos el hemocultivo evidenció estreptococo viridans o indiferenciado. Como standard se eligió 200.000 U. diarias por tres semanas. Quince enfermos están clínica y bacteriológicamente curados. Dos están bien mientras se hace la penicilina, pero las manifestaciones vuelven cuando se la interrumpe. Tres murieron de embolia cerebral, 2 con infección activa y uno aparentemente inactivo. En 7 casos adicionales no se usó heparina y los resultados fueron prácticamente iguales. Parece ser que la inyección gota a gota intramuscular es superior a la endovenosa. — *B. Moia*.

NOTAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS ENDOCARDITIS BACTERIANAS SUBAGUDAS ENCONTRADAS EN 88 CASOS EN EL MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL DURANTE EL PERIODO DE SEIS AÑOS DESDE 1939 a 1944 (INCLUSIVE), (Notes on the Treatment of Subacute Bacterial Endocarditis encountered in 88 cases at the Massachusetts General Hospital during the Six Year Period 1939 to 1944) (inclusive). P. D. White, M. W. Mathews y E. Evans. "Ann. Intern. Med.", 1945, 22, 61.

El diagnóstico se confirmó por hemocultivo en vida en 94.3 % y en el resto post-mortem. De los primeros todos tenían por lo menos tres hemocultivos positivos. En 76 casos fué el estreptococo alfa hemolítico, en 2 el estafilococo albus, en 6 el estreptococo no hemolítico y el fecalis en uno, y en 2 el H. Influenza. Setenta y siete fueron tratados con sulfamidas, de los cuales 5 se curaron con certeza 5; la opinión que cuanto más ligera la infección y más precoz el tratamiento, mejor es el pronóstico sólo se confirma parcialmente.

Las sulfamidas y en especial la sufapiridina, tuvieron efecto antipirético más o menos transitorio en el 68.8 % de los 77 casos tratados. De esta serie, 17 casos recibió heparina (3 de los curados la recibieron, 2 no); 5 recibió dicumarina sin beneficio.

Desde enero de 1944 se han tratado 9 casos con penicilina. Dos murieron, uno de hemorragia cerebral durante el tratamiento y el otro de fiebre reumática

después de completada la terapéutica, aparentemente bacteriológicamente curado. Uno está clínicamente libre de infección pero sufre de insuficiencia cardíaca congestiva. Uno, después de necesitar una segunda serie de inyecciones, tiene ahora febrícula, pero puede ser fiebre reumática. Un caso recidivó y fué dominado con penicilina y sulfadiazine; 4 casos están aparentemente bien, 3 clínicamente y bacteriológicamente curados desde 7 semanas, 5 y 8 meses; uno recidivó y está bien desde dos meses de esa recidiva curada con penicilina. Por lo tanto 67 % de esta serie de 9 casos curó tal vez definitivamente con penicilina. — *B. Moia*.

ENDOCARDITIS VEGETANTE CAUSADA POR BACTERIAS SUPERIORES Y HONGOS, (Vegetative Endocarditis Caused by Higher Bacteria and Fungi). P. R. Beamer, E. H. Reinhard y I. I. Goodof. "Am. Heart J.", 1945, 29, 99.

Se describen dos casos muy bien estudiados, uno en el cual tanto la sangre obtenida después de la autopsia, directamente en el corazón, como en las vegetaciones de las válvulas mitral y aórtica y los cortes histológicos mostraron la presencia del *Actinomyces graminis*. El enfermo había tenido lesiones cutáneas no identificadas. En el otro, solamente los cortes histológicos post mortem revelaron la presencia de *Histoplasma capsulatum*. En ambos, los hemocultivos en vida fueron negativos para estos gérmenes. En el último existía insuficiencia aórtica sífilítica. Después de una revisión de los casos publicados en la literatura, en los cuales el agente etiológico fué o bien una *Monilia* o *Actinomyces*, *Leptothrix*, *Erysipelothrix* o *Histoplasma*, los aa. llegan a las siguientes conclusiones: estas endocarditis predominan en el hombre, y en la mayoría, por encima de los 35 años de edad; en los casos personales había aumento de las proteínas del suero, con inversión de la relación albúmina-globulina; cuando existen signos o síntomas de endocarditis vegetante, los hemocultivos negativos, deben hacer suponer la existencia de un agente causal menos común. — *B. Moia*.

ENDOCARDITIS NEUMOCOCCICA, (Pneumococcic endocarditis). C. M. Tingley. "Arch. Int. Med.", 1945, 75, 82.

Realiza un estudio estadístico y clínico de 16 pacientes con endocarditis neumocócica. Trece de estos casos contaban con examen necrópsico, representando el 0.25 % de 5.503 autopsias consecutivas; de éstas, 118 revelaban una neumonía lobar y 36 una endocarditis bacteriana aguda.

En el presente estudio, las masas neumocócicas estaban confinadas a las válvulas aórticas en el 54 %, a la mitral en el 23 % y a la tricúspide en el 7 %; en los dos pacientes restantes las lesiones interesaban a la vez las válvulas aórticas y tricúspide.

En el 46 % de los casos existían evidencias histológicas o clínicas de una afección valvular pre-existente.

La edad varió entre 27 y 84 años, promediando 50 años. Doce de los pacientes pertenecían al sexo masculino. En 12 casos la endocarditis neumocócica siguió a una neumonía lobar, en dos había una meningitis asociada, en uno la afección se inició con otitis media aguda y mastoiditis, los tres restantes no presentaron puerta de entrada evidente.

En cinco casos apareció una púrpura durante el curso de la afección, esplenomegalia en cinco, dedos hipocráticos en uno, anemia hipocrómica y leucocitosis prácticamente en todos los casos, hematuria microscópica en tres e insuficiencia aórtica en once.

La enfermedad fué en general rápidamente fatal y el tratamiento no redituó en ningún caso beneficio alguno. — *J. González Videla.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS.

INFLUENCIA DE LA EDAD SOBRE LA RESPUESTA PRESORA A LA PRUEBA PRESORA DEL FRIO, (Influence of Age upon Blood Pressure Response to the Cold-Pressore Test). H. I. Russek y B. L. Zohman. "Am. Heart J.", 1945, 29, 113.

La prueba se realizó sobre 350 marineros mercantes, entre 40 y 69 años. De ellos, 240 tenía cifras tensionales menores de 140/85 y el resto excedía de esas cifras no sobrepasando nunca, sin embargo, 160/100. Ya los aa. habían observado anteriormente que individuos que a una determinada edad no eran hiperreactores, podían dar posteriormente pruebas positivas, al aumentar en edad, lo cual demuestra que la hiperreacción no es siempre una característica hereditaria y de toda la vida, estrechamente relacionada con una historia familiar de hipertensión, como quieren Hines y Brown. En el presente estudio se ve que en los no hipertensos (por debajo de 140/85), los hiperreactores aumentan notablemente con la edad del paciente, desde 24.7% entre 40-49 años a 56.7% entre 60-69 años. En cambio, en el grupo por encima de 140/85, las cifras son prácticamente iguales desde 66.7 a 75.8% para las mismas edades. De ello parece deducirse que hay un progresivo aumento de la irritabilidad del mecanismo vasomotor con la edad, efecto este resultante o asociado a los cambios del envejecimiento. Como en los sujetos no hipertensos la frecuencia de la hiperreacción aumenta con la edad, se sugiere que esta respuesta es fisiológica en las últimas décadas de la vida. La hiperreacción es más común entre los prehipertensos que entre los no hipertensos pero a medida que se avanza en edad estas diferencias disminuyen. La alta frecuencia de la hiperreacción en individuos viejos, no hipertensos, indica que tal respuesta no puede ser considerada como un testimonio específico para la existencia de hipertensión latente o en potencia a dicha edad. — *B. Moia.*

LA PRESION ARTERIAL CASUAL Y BASAL, (Casual and basal Blood Pressures). F. H. Smirk, "Bdit. Heart. J.", 1944, 6, 176.

La presión casual es la que presenta el paciente en el primer examen realizado sin preparación previa. La presión basal es la cifra mínima que se obtiene después de sucesivas mediciones realizadas durante ½ hora, después de un reposo previo de ½ hora en condiciones basales. La diferencia entre esta cifra y la de la casual, da la presión suplementaria, es decir, la parte de la presión casual elevada como resultado de la actividad física, mental y especialmente emocional del sujeto. Tanto en el hipertenso como en el normotenso la presión basal es nota-

blemente constante para cada individuo en particular. En cambio, la presión suplementaria es muy variable; ambas presiones —basal y suplementaria— no guardan ninguna relación entre sí, tanto en el hipertenso como en el normotenso. Puede haber presión basal alta con suplementaria baja y viceversa. En los hipertensos, la mayor presión suplementaria es responsable de una proporción algo mayor de hipertensiones casuales. — *B. Moia.*

LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL. ETIOPATOGENIA Y ASPECTOS PSICOSOMATICOS. FRECUENCIA EN LOS ISRAELITAS.

I. Berconsky y J. Neuman, "La Semana Médica", 1945, 52, 707.

1) Los factores etiológicos más importantes de la hipertensión arterial denominada esencial, son: la predisposición hereditaria constitucional y los estados emocionales crónicos, tales como la ansiedad o los sentimientos de hostilidad largamente reprimidos.

2) Estos factores psíquicos conscientes o inconscientes, al terminar un estado de tensión emocional crónico, provocarían a través de un mecanismo reflejo una vasoconstricción arteriolar generalizada, que constituye la causa patogénica fundamental de la hipertensión arterial.

3) Las alteraciones funcionales y anatómicas del riñón como la del sistema nervioso central comprobadas en la hipertensión arterial esencial, aparecen en las etapas avanzadas de la enfermedad y, por lo tanto, serían la consecuencia de este tipo de hipertensión arterial:

La arterioesclerosis y la isquemia renal consecutiva serían, pues, secundarias y contribuirían a mantener y agravar la hipertensión arterial.

4) Los síntomas subjetivos de la hipertensión arterial esencial por su significado clínico y fisiopatológico corresponden a dos tipos: a) los de naturaleza psíquiconeurótica comprobados en la primera etapa de la enfermedad; b) los que resultan de las alteraciones orgánicas secundarias comprobadas en las etapas avanzadas de la enfermedad.

5) Por los factores emocionales y por las alteraciones orgánicas consecutivas encontradas en la hipertensión arterial esencial, se puede incluir esta enfermedad dentro del grupo de las enfermedades psicósomáticas.

6) La mayor proporción de hipertensión esencial entre los israelitas, a igual que en algunos otros diferentes núcleos de población, se debe a la mayor frecuencia de los factores emocionales en los mismos. — *Autores.*

ASPECTOS RADIOLOGICOS DEL PULMON EN LA HIPERTONIA MALIGNA. M. R. Castex y E. S. Mazzei, "La Prensa Médica Argentina", 1944, 31, 2637.

Hemos hallado en la hipertonia maligna aunque con poca frecuencia imágenes radiológicas pulmonares aún antes de la aparición de síntomas y signos de insuficiencia cardíaca, o bien con ésta, imágenes de mayor sombreado que las que se realizan en el cuadro del pulmón cardíaco típico de los hipertensos. En tales casos de hipertonia maligna, las imágenes pulmonares difieren de las halladas

en el pulmón de la hipertensión con insuficiencia cardíaca pero sin hiperazoemia por la presencia de otros sombreados de congestión y edema crónicos. Imágenes semejantes se han hallado antes de la presencia de signos de insuficiencia cardíaca. En las imágenes radiológicas halladas en el pulmón de la hipertonia maligna, puede tener intervención la hiperazoemia coexistente, constituyendo tal vez parcialmente, una forma de pulmón urémico. El estado de hiperazoemia puede provocar sombras nodulares o por lo menos puede llegar a acentuar el sombreado de la estancación pulmonar crónica cardiogena. Se ha observado además el aumento de las imágenes con el paralelo aumento de la azoemia, y su disminución con la mejoría de ésta. — *Autores.*

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL: EFECTO DE LA ESPLANECTOMIA RADICAL (LUMBODORSAL) SOBRE EL ESTADO HIPERTENSIVO DE 156 PACIENTES SEGUIDOS DE UNO A CINCO AÑOS, (Surgical Treatment of Hypertension: Effect of Radical (Lumbodorsal) Splanchnicectomy on Hypertensive State of 156 Patients Followed one to five Years). R. H. Smithwick, "Arch. Surg.", 1944, 49, 180.

Este artículo es por demás interesante porque reúne la experiencia del hombre que ha hecho estudios más completos sobre el tema en los últimos tiempos. La esplanectomía con este procedimiento es más amplia que con otros ya que incluye la resección de los esplacnics mayores desde los ganglios semilunares hasta el nivel torácico o aún más alto y sección de varios troncos simpáticos. La operación mínima incluye la resección del 10º torácico hasta el primer ganglio lumbar inclusive y la máxima, desde el 6º torácico hasta el tercer lumbar inclusive.

Se observaron desde efectos nulos hasta apreciables descensos tensionales. De acuerdo con las modificaciones post-operatorias de la presión diastólica (sujeto en posición horizontal), se establecen 5 grupos: 1) descenso de 30 mm. o más; 2) de 20 a 29 mm.; 3) de 10 a 20 mm.; 4) hasta 10 mm.; 5) presión arterial más elevada.

Las modificaciones posturales y reacción al frío de la hipertensión demuestran que hay diferencias importantes entre los hipertensos. Los pacientes se dividieron en 3 clases: 1) presión del pulso pequeña, menor que la mitad de la diastólica; 2) presión del pulso igual o hasta 19 mm. mayor que mitad de la diastólica; 3) presión del pulso 20 mm. o más, mayor que la mitad de la diastólica. Los resultados de la operación fueron mejores en el grupo 1 que en el 3, lo cual es útil para predecir los beneficios que se obtendrán con la intervención.

Los efectos favorables sobre el fondo de ojo, electrocardiograma y función renal, así como sobre los síntomas, demuestran que el descenso de presión arterial no es dañino. La operación es notablemente eficaz en los hipertensos con lesiones renales unilaterales. Sin embargo, no se comprobaron diferencias apreciables en los resultados, de hipertensos sin manifiestas lesiones de las arteriolas renales con respecto de aquellos con alteraciones de mayor o menor grado (biopsia renal); de lo que se desprende que el resultado de la operación no depende fundamentalmente del estado de las arteriolas renales o de la existencia de una enfermedad renal conocida, como, por ejemplo, la pielonefritis. Todo está, en cambio, en favor

de que el factor más importante es el estado de la parte vascular visceral extrarrenal y que la simpatectomía haría descender la presión arterial, disminuyendo la resistencia arteriolar en esta área.

Todavía no se puede abrir juicio definitivo en cuanto al tiempo de duración de los beneficios obtenidos. — *B. Moia.*

ANEURISMA TUBERCULOSO DE LA AORTA ABDOMINAL: RELATO DE UN CASO, (Tuberculous aneurysm of the abdominal aorta: report of a case). J. N. Owens y A. A. D. Bass. "Arch. Int. Med.", 1944, 74, 413.

Comentan el caso de una mujer de 72 años de edad que en aparente salud comienza a experimentar dolor en el abdomen superior a la vez que anorexia y constipación. El examen reveló una gran tumoración moderadamente dolorosa, firme y ligeramente móvil en la porción lateral derecha del abdomen. A raíz de haber aparecido súbitamente hipotensión y taquicardia marcadas se le practica una transfusión de plasma, que debe repetirse a los tres días ante un cuadro similar, coincidiendo las manifestaciones de anemia aguda con un aumento de tamaño del tumor abdominal. Fallecida la enferma al poco tiempo, la necropsia demostró la existencia de un gran hematoma perirrenal derecho que desplazaba las vísceras hacia la línea media, un aneurisma tuberculoso de la aorta abdominal con un desgarramiento de un cm. de diámetro y numerosas lesiones tuberculosas focales en pulmones, hígado, bazo, riñones y glándulas suprarrenales. En opinión de los autores, los bacilos de Koch fueron diseminados a través de la corriente sanguínea como resultado de la reactivación en un nódulo linfático hiliar derecho, llegando a la túnica media de la aorta por vía de los vasa vasorum. — *J. González Videla.*

EFFECTOS DEL EMBARAZO SOBRE LA FUNCION RENAL EN MUJERES CON HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE Y CON GLOMERULONEFRITIS DIFUSA CRONICA, (Effect of Pregnancy on Renal Function in Women with Preexisting Essential Hypertension and with Chronic Diffuse Glomerulonephritis). I. Wellen, C. A. Welsh y H. C. Taylor Jr., con la colaboración técnica de A. Rosenthal. "J. Clin. Invest.", 1944, 23, 742.

En 6 hipertensas previas se hicieron estudios de la función renal durante y después del embarazo (por periodos de 1 a 4 años). Tres de estas se habían estudiado en forma similar previamente al embarazo. Dos mujeres con glomerulonefritis difusa crónica que presentaron edema, hipertensión, hematuria y proteinuria durante varios meses antes quedaron embarazadas. En todas las mujeres se observó un aumento del caudal renal durante el embarazo, deducido por comparación en las tres con estudios previos y por la disminución anotada después del parto en todas (diodrast y rojo fenal clearance). La filtración glomerular y la masa excretoria tubular no varió. De ello se deduce que el embarazo por sí, cuando no se complica con la toxemia hipertensiva, no origina deterioro de la función renal en las mujeres con hipertensión arterial esencial previa o con glomerulonefritis difusa crónica. — *B. Moia.*

CLASIFICACIONES DEL FONDO DE OJO ARTERIOSCLEROSO-HIPERTENSIVO EN PACIENTES TRATADOS CON SIMPATECTOMIA, (Classification of Arteriosclerotic-Hypertensive Fundus Oculi in Patients treated with Sympathectomy). J. A. Gans. "Arch. of Ophthm.", 1944, 32, 267.

Se describen 18 hipertensos en distintas etapas sometidos a simpatectomía paravertebral total o subtotal, a la que se agregó gangliectomía estelar para desnervar los vasos retinianos. En los 15 sobrevivientes, la presión arterial sufrió descensos variables e irregulares. En fondo de ojo, desaparecieron las hemorragias, exudados y edema de la papila, cuando existía; pero lo interesante es que los signos agudos, tales como el espasmo vascular y edema neural persistieron a pesar de la desnervación en la gran mayoría de los casos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, sugiere que el grado de esclerosis arteriolar es el signo retiniano de mayor valor pronóstico para presumir los descensos tensionales que originará la simpatectomía, ya que los mejores resultados se obtuvieron en casos con esclerosis arteriolar retiniana mínima. — *B. Moia.*

MODIFICACIONES RESPIRATORIAS Y CIRCULATORIAS EN LOS ANEURISMAS ARTERIOVENOSOS. A. Taquini y J. R. E. Suárez, "Medicina", 1945, 5, 109.

Se estudiaron 5 casos de comunicación arteriovenosa: 4 eran fistulas de origen traumático, 3 a nivel de los vasos femorales y uno en los vasos femorales profundos. El otro era un aneurismo cirsoideo de pierna.

Se encontró una ventilación pulmonar aumentada con disminución de la concentración del anhídrido carbónico en el aire espirado. La tensión del anhídrido carbónico en el aire alveolar, la capacidad vital y el aire residual estaban dentro de cifras normales en los sujetos en quienes se investigó.

El volumen minuto cardíaco estaba francamente aumentado en tres de los cinco sujetos con una diferencia arteriovenosa de oxígeno disminuída.

La presión venosa fué normal en los 3 casos que se determinó.

El volumen sanguíneo total estaba aumentado en forma evidente en los 3 casos que tenían aumento del volumen minuto. La relación plasma-glóbulos fué normal.

En tres sujetos se repitieron algunas determinaciones durante la compresión manual de la arteria femoral. En estas condiciones se encontró una disminución de la frecuencia cardíaca en dos de los enfermos. El volumen minuto en los tres casos permaneció en las mismas cifras que tenía antes de la compresión. La presión venosa aumentó francamente en los tres sujetos. — *Autores.*

EL SINDROME NEUROVASCULAR PRODUCIDO POR LA HIPERABDUCCION DE LOS BRAZOS, (The Neurovascular Syndrome produced by Kyperabduction of the Arms). I. S. Wright, "Am. Heart J.", 1945, 29, 1.

Se emplea el término hiperabducción, aunque no absolutamente correcto, para significar la posición de las extremidades superiores elevadas por encima de la cabeza, tal como se ve frecuentemente en muchos individuos durante el sueño

En 150 hombres jóvenes se estudiaron las variaciones del pulso en el brazo derecho en posición de ángulo recto y elevando el brazo por encima de la cabeza, sea con el enfermo sentado o acostado. La hiperabducción del brazo produjo obliteración del pulso en 83.3% en el brazo derecho y 82% en el brazo izquierdo. Esto se consiguió fácilmente, aún antes de llegar a la hiperabducción total en 62% y 63%, respectivamente. En el resto hubo que hacer maniobras forzadas y mover el brazo hacia atrás y en distintas posiciones.

En esta posición los escalenos se relajan. El grado de desarrollo muscular del miembro no influye en su producción, pero es difícil de obtener en las personas con "articulaciones flojas". Hay dos zonas de estiramiento, tensión y pellizcamiento: a) el punto en el cual los vasos axilares-subclavios y los troncos del plexo braquial pasan por detrás del pectoral menor y de la apófisis coracoide; b) el punto en el cual los vasos subclavios y el plexo braquial pasan entre la clavícula y la primera costilla.

Se describen 5 casos muy demostrativos con lo cual se demuestra que en estas condiciones puede producirse gangrena de los dedos y perturbaciones neurológicas. El tratamiento consiste en corregir la posición viciosa. Cuando domina el síndrome costo clavicular puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.—*B. Moia.*

TERAPEUTICA.

EFECTOS DE LA DESHIDRATACION PRODUCIDA POR LA MERCUPURINA SOBRE EL VOLUMEN PLASMATICO DE LAS PERSONAS NORMALES, (Effect of Deshydration Produced by Mercupurin on the Plasma Volume of Normal Persons). R. H. Lyons, N. I. Avery y S. D. Jacobson. "Am. Heart J.", 1944, 26, 247.

Después de la inyección intravenosa de mercupurina, que produjo invariablemente diuresis, con pérdida de 1.73 a 2.6 kg. de peso corporal, se observó disminución del volumen plasmático término medio de 544 ± 87.7 cc. o $15.7 \pm 2.4\%$ de las determinaciones "control"; hubo un aumento de las proteínas séricas, término medio, $11.5 \pm 2.6\%$ y del hemacrito, $6.9 \pm 1.8\%$. Concomitantemente hubo disminución de la presión venosa y de la presión del pulso. La debilidad, apatía, mareos y lipotimias, observadas a veces, sugieren una disminución del gasto cardíaco. — *B. Moia.*

ACIDO NICOTINICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO, (Nicotinic Acid in the Treatment of Angina Pectoris). W. Stokes. "Brit. Heart J.", 1944, 6, 157.

La administración de ácido nicotínico o nicotinamida a la dosis de 50-100 ó 200 mgs. y 200-400 mgs. diarios, respectivamente, no fué de utilidad clínica ni para prevenir ni curar los ataques de angina de pecho.

Cuando se administran dosis más elevadas de ácido nicotínico capaces de producir el ensojecimiento generalizado de la piel, p. ej., 300 mgs. por boca — se observó que era incapaz de impedir la aparición de las alteraciones electrocardiográficas producidas por el esfuerzo. Los efectos fueron muy inferiores y más molestos que los de la nitroglicerina. — *B. Moia.*

ELEVADA ADMINISTRACION DE FLUIDOS EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA, ESPECIALMENTE DEL EDEMA CARDIACO. II. OBSERVACIONES CLINICAS, (A High Fluid Intake in the Management of Edema, Especially Cardiac Edema. II. Clinical Observations and Data). F. R. Echemm, "Ann. Intern. Med.", 1944, 21, 937.

En "Ann. Intern. Med.", 1942, 17, 952, el mismo autor publicó una dieta denominada neutra y que permitiría la ingestión de notables cantidades de líquidos en el tratamiento de pacientes edematosos. Los elementos fundamentales de esta dieta son: en 24 horas, leche, $\frac{1}{2}$ litro; vegetales 2 platos, huevos 2; pan o cereales, 5 rebanadas o porciones comunes; frutas, 2 porciones, salvo ciruelas y pasas que se pueden tomar a voluntad. No agregar cloruro de sodio ni ninguna sal de sodio. En los casos de edema mediano da 2.000 a 3.000 cc. de agua, en los más acentuados se puede llegar hasta 10 litros diarios. Refiere haber tratado 402 casos con grandes edemas, durante 626 períodos, y en el curso de 8 años. Los casos comprenden lesiones agudas graves del miocardio, afecciones valvulares, vasculopatías generalizadas avanzadas, toxemia eclámptica y preeclámptica; nefritis avanzadas con síndrome nefrótico. No fué obstáculo la presencia de grandes aumentos de presión venosa o hipoproteinemia, así como de edema pulmonar agudo, convulsiones o edema de papila, insostenuria, o acentuada hipocloremia o hiponatremia. En el 94% de los casos se consiguió la desaparición de los edemas. El autor no dice durante cuanto tiempo se puede mantener el paciente con un régimen tan unilateral. — *B. Moia.*

TAQUICARDIA PAROXISTICA EN UN RECIEN NACIDO FRENADA CON PROSTIGMIN INTRAVENOSO, M. J. del Carril, R. Kreutzer e I. Díaz Bobillo, "La Semana Médica", 1944, 51, 981.

1º Se presenta una observación de taquicardia paroxística supraventricular sobrevenida en una niña de 25 días, con insuficiencia cardíaca aguda y colapso periférico concomitante.

2º Se frenó la taquicardia con 6/10 de prostigmin inyectado por vía intravenosa, provocándose al mismo tiempo con esta medicación un shock gravísimo que obligó a recurrir a la respiración artificial. Consideran los autores, por lo tanto, que no se debe sobrepasar por esta vía, la dosis de 4/10 de la ampolla en la época del recién nacido.

3º La radiografía demostró, de un día para el otro, una notable reducción de la silueta cardíaca y del tamaño del hígado, una vez cesada la taquicardia. Concomitantemente el estado general mejoró de inmediato.

4º En los días que se prosiguió la observación no se repitió la taquicardia paroxística, pero en una oportunidad se registraron extrasístoles auriculares inferiores, lo que autoriza a suponer de ese origen a la taquicardia observada. El electrocardiograma demostró la existencia de un bloqueo intraventricular, una vez cesada la taquicardia, que es interpretado por los autores como producto de un cansancio de las ramas del haz de His.

5º Se hacen consideraciones sobre el tratamiento de la taquicardia paroxística en el lactante pequeño y especialmente sobre el benéfico efecto de la digital —se-

ñalado por diversos autores— destacándose que no pudo utilizarse esta medicación en el caso observado, porque la lenta acción de esta droga hacía presumir que no llegaría a tiempo para surtir efecto. — *Autores.*

EL EFECTO DE LA QUINIDINA SOBRE LA MORTALIDAD DE RATAS CON LESION MIOCARDICA EXPERIMENTAL, (The effect of quinidine on the mortality of rats with experimental myocardial injury), W. C. Thomas y T. S. Harrison. "Am. J. Med. Sc.", 1944, 208, 756.

Realizan sus experimentaciones en ratas, en las que producen una lesión miocárdica quemando la superficie ventricular del corazón temporariamente exteriorizado y procurando injuriar idéntica cantidad de tejido en las diferentes ratas. En una serie de animales se administró quinidina por vía intramuscular inmediatamente antes de realizar la lesión miocárdica. En otro grupo mayor de ratas se inyectó quinidina al finalizar la operación, variando la dosis empleada entre 0.0005 y 0.002 gr. Efectuada la injuria miocárdica, los animales recibieron durante tres semanas alimentos que contenían tal cantidad de quinidina que cada rata recibía aproximadamente 0.02 gr. por día.

Durante la intervención aparecieron arritmias en la mayor parte de las ratas: la más comúnmente observada fué una súbita bradicardia que ocurrió cuando el corazón era exteriorizado. Mientras se procedía a lesionar la superficie ventricular ocurrieron en algunos casos taquicardias súbitas de origen aparentemente ventricular: en la mitad de estos casos se produjo una fibrilación ventricular, desaparecida espontáneamente al cabo de 1 a 3 segundos. No se notaron diferencias significativas entre la frecuencia y severidad de estas arritmias desarrolladas en las ratas tratadas con quinidina y las observadas en las ratas controles.

La operación ocasionó seria dificultad respiratoria y algunos animales no respiraron espontáneamente cuando el tórax fué cerrado: la incidencia de esta falla respiratoria fué mucho más alta en las ratas que recibían quinidina que en las del grupo control.

Al final de las tres semanas la mortalidad era de 40.7% en los controles y 60.7% en los animales tratados con quinidina, debiéndose esta diferencia al mayor número de muertes inmediatas a la intervención que ocurrieron en el grupo último.

La administración de quinidina antes de producir la lesión miocárdica aumentó significativamente la mortalidad debido a la menor capacidad de recuperación de la falla respiratoria. — *J. González Videla.*

DIGILANID Y LA TERAPEUTICA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, (Digilanid and the therapy of congestive heart disease), A. B. Rimmerman, "Am. J. Med. Sc.", 1945, 209, 33.

Investiga la acción del digilanid, administrado en relación al peso, en 27 casos de insuficiencia cardíaca congestiva.

En 6 de 9 casos la administración endovenosa produjo una marcada mejoría clínica con retardo de la frecuencia cardíaca; en los otros tres el retardo no fué manifiesto. En la mayoría de los casos la administración de 2 cc. no produjo

un efecto tan súbito o sostenido, siendo de 4 cc. la dosis realmente eficaz clínica y terapéuticamente. La inyección endovenosa requirió alrededor de 3 horas para patentizar el efecto de la droga, volviéndose aparente la acción digitálica al cabo de 2 horas cuando la dosis era de 4 cc. En la mayoría de los casos el efecto de la medicación se extendió a través de las 24 horas subsiguientes.

En los 18 pacientes que recibieron el digilanid por vía oral, todos mostraron más o menos mejoría clínica dentro de un promedio de 4 días. La dosis promedio de saturación fué de 12 $\frac{2}{3}$ mgr., mientras que la dosis oral de mantenimiento fué de 1 mgr. en todos los casos con excepción de uno que requirió $\frac{2}{3}$ mgr.

El digilanid es, pues, un preparado eficaz que posee las ventajas de pureza, estabilidad y exactitud en cuanto a dosis y efecto terapéutico.—*J. González Videla.*

USO PROFILACTICO DEL LANATOSIDO C EN LAS ARRITMIAS AURICULARES PAROXISMALES, (Prophylactic use of Lanatoside C in Auricular Paroxysmal Arrhythmias), R. M. Tandowsky, "Am. Heart J.", 1945, 29, 71.

En 8 enfermos con crisis de fibrilación y aleteo auricular paroxismales, la administración continuada de Lanatosido C, endovenosa durante el ataque y luego por vía oral, una vez cesado éste, consiguió reducir la frecuencia de los ataques de 4.2 a 0.37, usando dosis de 0.5 a 1 mg. diarios. Aparecieron algunas extrasístoles ventriculares durante el tratamiento. — *B. Moia.*

EL LUGAR DE LA FOLIANDRINA DENTRO DEL GRUPO DE LOS GLUCOSIDOS CARDIACOS, (The Place of Foliandrin within the group of cardiac Glucosides), L. E. Schindel y K. Braun, "Brit. Heart J.", 1944, 6, 149.

En el gato, en inyección endovenosa, la foliandrina (aislada del Nerium Oleander) se comporta como el estrofanto porque al revés de la digitoxina (que produce bradicardia con 30% de la dosis mortal e irregularidad cardíaca con el 70%) la foliandrina lo hace con el 15% y 50%, respectivamente. El autor afirma que tiene sobre el estrofanto, la propiedad de desarrollar la totalidad de los efectos cardíacos cuando se administra por boca, pero no demuestra experimentalmente la exacta similitud en el hombre — ya que los experimentos en el gato son sólo por vía endovenosa. — *B. Moia.*