

ANALISIS DE REVISTAS

PATOLOGIA

EL FREMITO CAROTIDEO, (The carotid shudder), W. Evans y D. Lewes. "Brit. Heart J.", 1945, 7, 171.

En 9 enfermos con estenosis e insuficiencia aórticas, asociadas, observaron que en el vértice del amplio latido aórtico, se nota un estremecimiento o vibración que dura sólo un momento. Aunque no existe en todos los casos de esta asociación, su hallazgo es índice seguro de su presencia. — *B. Moia.*

ALGUNAS OBSERVACIONES REFERENTES A LOS SOPLOS CARDIACOS Y A SU MODO DE TRASMISION, S. A. Levine, "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 2, 150.

La velocidad de la sangre en las cavidades cardíacas y en los grandes vasos es un factor importante en la producción de soplos y en la determinación de su intensidad. Ella es la responsable de la aparición de soplos sistólicos con el ejercicio en sujetos normales y de la percepción de soplos presistólicos en la estenosis mitral incipiente, en iguales condiciones. Causa también los soplos sistólicos en estados como la anemia, el hipertiroidismo y la fiebre.

Es inútil en clínica establecer la gradación de la intensidad de los soplos. Para este fin puede designarse como grado uno al soplo más débil, como grado seis al más fuerte (perceptible con estetoscopio ligeramente separado del tórax), y como grados intermediarios a los comprendidos entre ambos extremos.

Los soplos sistólicos de grado tres o mayores acompañan casi siempre a las afecciones orgánicas o a otros estados patológicos. Los soplos sistólicos de grado uno y, a veces, los de grado dos aparecen frecuentemente en sujetos sanos.

Los soplos débiles aunque deriven de una enfermedad cardíaca, pueden desaparecer con la inspiración profunda.

Algunos soplos son perceptibles en la apófisis olecraniana del cúbito, aún con el manguito del tensiómetro inflado por encima de la presión sistólica del paciente. La transmisión de los soplos intensos de la estenosis pulmonar, de la comunicación interventricular, de la insuficiencia y de la estenosis aórticas hacia el codo o las arterias carótidas, prueba que los soplos no se transmiten por la corriente sanguínea, sino que se propagan en todas direcciones desde su punto de origen y son conducidos especialmente bien por el tejido óseo.

Las enseñanzas corrientes sobre propagación de los soplos necesitan una revisión, y en general, el estudio de la naturaleza de los soplos requiere mayores investigaciones. — *Autor.*

ESTUDIO ANATOMOCLINICO ESTADISTICO DE LAS CAUSAS FUNDAMENTALES DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA SECCION HOSPITALARIA DE MEDICINA, H. Alessandri, R. M. Alessandri, R. R. Barahona, F. Cox Lira y R. Florenzano. "Rev. Méd. de Chile", 1946, 74, 77.

En orden de frecuencia en nuestro material, los factores etiopatogénicos de insuficiencia cardíaca más importantes son: enfermedad reumática; enfermedad hipertensiva benigna; arteriosclerosis coronario; lúes cardiovascular; glomérulonefritis difusas; bronquitis crónicas y enfisema pulmonar.

El 29 % de nuestros fallecidos (sobre 1.308 autopsias) pueden ser catalogados como sujetos que antes de morir sufrían de insuficiencia cardíaca congestiva.

De 387 sujetos, 255 presentaban un sólo factor etiopatogénico como causa de su insuficiencia cardíaca (66 %). Los procesos que dan mayor proporción de casos con un solo factor etiológico son: la cardiopatía reumática; las bronconeumopatías crónicas; la lúes cardiovascular; la glomérulonefritis difusa y las afecciones primitivas del miocardio. Los que más raramente dan formas puras son la enfermedad hipertensiva y la arteriosclerosis coronaria; en especial porque ellas muy a menudo se combinan (50 % de arteriosclerosis coronaria en enfermedad hipertensiva y 75 % de enfermedad hipertensiva en arteriosclerosis coronaria).

La frecuencia relativa de los factores de insuficiencia cardíaca en el determinismo de ella es por una parte función de la edad y por otra del sexo. Así, por ejemplo, la enfermedad reumática constituye el 81 % de los factores de insuficiencia cardíaca de la segunda década y sólo el 12 % en la 7ª; la enfermedad hipertensiva está presente en el 16 % de los casos de la 4ª década y en el 72 % de la 7ª; la arteriosclerosis coronaria en el 5 % de la cuarta década y en el 46 % de la 7ª; las lúes en el 8 % de la 3ª década y en el 26 % de la 6ª. Sexo: la frecuencia relativa de los factores de insuficiencia cardíaca es igual para ambos sexos en la enfermedad reumática, la enfermedad hipertensiva, la glomérulonefritis y las afecciones primitivas del miocardio. En cambio el hombre es más afectado por: la arteriosclerosis coronaria (2 veces); la lúes (3 veces más); las bronconeumopatías crónicas (2 veces más).

Si consideramos los mecanismos de acción de los factores de daño cardíaco se ve claramente que la sobrecarga figura como el principal factor patogénico de la insuficiencia cardíaca y entre las diversas modalidades de ella la más importante las constituyen las válvulopatías (55 %) y después la hipertensión arterial (42 %).

Se advierte así que la importancia del papel del daño miocárdico directo está subestimado a consecuencia de nuestro defecto en materia de investigación de las miocarditis reumáticas, las que podrían evaluarse más o menos en un 25 % de los casos.

Así, la participación de la disminución (primitiva o anterior) de la capacidad del miocardio estaría presente 155 veces, en contra de 430 veces en que está presente la sobrecarga, en un total de 387 fallecidos con insuficiencia cardíaca. La compresión del corazón desempeña un papel ínfimo. La causa principal de daño miocárdico primitivo la constituye la arteriosclerosis coronaria (87 casos). — Autores.

ESTUDIOS SOBRE LA ETIOLOGIA Y PATOGENIA DE LA ASTENIA NEUROCIRCULATORIA. III. LAS MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES, (Studies concerning the etiology and pathogenesis of neurocirculatory asthenia. III. The cardiovascular manifestations of neurocirculatory asthenia). M. Friedman, "Am. Heart J.", 1945, 30, 478.

En cincuenta pacientes se estudiaron las manifestaciones cardiovasculares de la astenia neurocirculatoria, encontrándose que el corazón era normal en estruc-

tura, tamaño y función, tanto en reposo como durante el esfuerzo, siempre que no se acompañara de actividad emocional.

En cambio, se observaron cambios en la frecuencia, ritmo y fuerza de las contracciones cardíacas, cuando se producía previa o concomitantemente, excitación del sistema nervioso simpático. Estos fenómenos se observaron tanto cuando la exacerbación del síndrome se producía de manera natural como por la acción de drogas simpaticomiméticas.

Dado que los pacientes con astenia neurocirculatoria no son indebidamente sensitivos a la epinefrina, se deduce que la parte periférica del sistema nervioso simpático no es la que reacciona anormalmente. En cambio, la circunstancia de que las reacciones anormales se observan después de emociones o con el uso de drogas como la cafeína y benzedrina, cuyo efecto principal se ejerce sobre los centros superiores del sistema nervioso central, hace suponer que la excitación del sistema simpático, responsable de los desarreglos circulatorios en la astenia neurocirculatoria, se debe a descargas hipotalámicas. En el mismo sentido habla la presencia de fiebre observada a veces en estos pacientes, todo lo cual da fuerza a la hipótesis de una disfunción hipotalámica. — *B. Moia.*

TINCION VESICULAR (IODOFTALEINA SODICA). EFECTO DE INYECCIONES ENDOVENOSAS SOBRE EL APORTE CORONARIO, PRESION ARTERIAL Y COAGULACION SANGUINEA, (Gallbladder dye [iodophthalein sodium]. Effect of intravenous injections on coronary flow, blood pressure and blood coagulation), F. E. Lawson. "Arch. Int. Med.", 1945, 76, 143.

Comenta dos casos de shock anafiláctico sin oclusión coronaria y dos casos en los que ocurrió una oclusión coronaria después de la administración de iodoftaleína sódica. Administrándola experimentalmente comprueba un aumento del aporte coronario en los perros y una caída tensional en perros y en seres humanos. Esto último puede explicar la ocurrencia del shock en algunos casos y la producción de una trombosis coronaria en pacientes con esclerosis coronaria. — *J. González Videla.*

EXPLORACION FUNCIONAL HEPATICA EN LAS INSUFICIENCIAS CARDIACAS CONGESTIVAS, H. Alessandri, W. Roeschmann, H. Ducci y H. Arias, "Rev. Méd. de Chile", 1946, 74, 10.

En la insuficiencia cardíaca grave, (asistolía) se encuentra en general alteración franca de las pruebas que interrogan el funcionamiento hepático. En las insuficiencias cardíacas discretas y medianas (disistolías e hiposistolías), los resultados son variables. En la mayoría, las pruebas de funcionamiento hepático son normales. En las insuficiencias cardíacas hipodiastólicas (corazón comprimido) se observa una alteración franca de las pruebas de funcionamiento hepático.

Todos los tests que se mostraron alterados durante la descompensación, se normalizaron al compensarse la insuficiencia, marchando paralelamente con ella, y por lo tanto, son de cierto valor para orientarse sobre las condiciones circulatorias del paciente. El grado de alteración de los diferentes tests no guarda relación

con el grado de la insuficiencia cardíaca ni con el aumento de tamaño del hígado. Del estudio comparativo de los diferentes tests empleados (ver cuadro resumen), se desprende que de las estudiadas es la prueba de la bromosulfalina la que más regularmente se presenta alterada en presencia de éxtasis hepático circulatorio, ya que en las hiposistolias sólo en dos reveló valores discretamente altos y en cambio en los enfermos con asistolía, el 91,6 % presentó cifras patológicas. En segundo lugar, colocamos la determinación de la bilirrubinemia, pero anotamos que es menos sensible que la bromosulfaleína, ya que se presentó dentro de límites normales en el 38,89 % de los pacientes en asistolía. El test del urobilinógeno *urinario no marchó paralelo con la evolución que siguió la insuficiencia cardíaca*, los valores más altos no se observaron cuando el enfermo estaba en plena asistolía, sino cuando estaba en vías de compensación, lo que tal vez podría explicarse por la mejoría de reabsorción intestinal. El 30,5 % de los enfermos en asistolía presentó urobilinogenuria patológica que es normalizó cuando se compensó el enfermo.

El test de Takata-Ara dió reacción positiva en el 16,6 % de los enfermos en asistolía. No es un test que tenga interés en el estudio de los enfermos cardíacos. Podría, quizás ayudar en el diagnóstico diferencial entre hígado cardíaco puro y el asociado a cirrosis hepática. En el hígado cardíaco la reacción positiva de Takata-Ara se hace negativa en caso de mejoría. Tampoco el test de precipitación cefalina-colesterol nos parece que refleje precozmente las alteraciones sufridas por el hígado en la insuficiencia cardíaca. Comparando todos los tests con la presión venosa vemos que, aunque hay una relación más o menos estrecha entre ellos, ésta no es matemática. El bromuro de calcio, en cambio, no ha marchado siempre paralelo con los tests de insuficiencia hepática y creemos que se debe además de otras causas a que el bromuro de calcio es una prueba subjetiva y por lo tanto está sujeta a variaciones personales. — *Autores.*

ESTENOSIS PULMONAR CON TABIQUE INTERVENTRICULAR INTACTO, (*Pulmonary stenosis with intact interventricular septum*), J. H. Currens, T. D. Kinney y P. D. White, "Am. Heart J.", 1945, 30, 491.

Se describen 11 casos de estenosis de las válvulas pulmonares, con tabique interventricular intacto, aunque en 5 había persistencia del agujero interauricular de grado variable (comprobación necroscópica). En 10, la estenosis era tan cerrada como para originar hipertrofia ventricular derecha de mayor o menor magnitud. Se registra como hecho bastante acaracterístico una acentuada desviación del eje eléctrico a la derecha. La insuficiencia cardíaca fué la causa de la muerte sólo en cinco, de los cuales tres presentaron cirrosis hepática. Por lo tanto, esta enfermedad debe colocarse al lado de la pericarditis constrictiva, como afección cardíaca capaz de producir intensa congestión hepática. Existía cianosis intensa en dos casos, mediana en dos y ligera en cuatro; todos los casos con foramen oval patente (menos uno con pequeña abertura) tenían cianosis, 2 intensa, 1 moderada y 1 ligera. Todos tenían soplo sistólico y solamente dos dilatación radiológica de la arteria pulmonar, no existiendo ésta aún en casos con acentuada estenosis. En los dos casos citados había persistencia del foramen oval.

La edad varió de 11 a 43 años, registrándose tres lactantes de 5 meses, ninguno de los cuales murió de insuficiencia cardíaca, lo que demuestra que la estenosis pulmonar es habitualmente compatible con larga sobrevida hasta que en la 3ª o 4ª década sobreviene la insuficiencia cardíaca.

En cuanto a etiología, recuerdan la importancia de las fiebres exantemáticas de la madre durante el embarazo. — *B. Moia*.

SINDROME CLINICO EN PACIENTES CON EMBOLIA PULMONAR, (Clinical syndrome in patients with pulmonary embolism), E. L. Sagall, J. Bornstein y L. Wolff. "Arch. Int. Med.", 1945, 76, 234.

Analizan el cuadro clínico de 108 casos de embolia pulmonar observados en el Beth Israel Hospital de Boston. En 38 de esos casos se hizo estudio necroscópico, en los 76 restantes el enfermo sobrevivió o el examen postmortem no fué realizado.

En 61 casos hubo evidencia radiológica de infarto pulmonar o alteraciones electrocardiográficas sugestivas de cor pulmonale agudo, en 50 casos existía una causa evidente de embolias, en 9 el cuadro clínico correspondió al de una embolia de pulmón y el origen del émbolo pudo demostrarse.

De los 108 casos, 102, aparte de desarrollar un neto cuadro clínico, satisficieron uno o más de los siguientes criterios: evidencia necrópsica de embolia pulmonar, cuadro electrocardiográfico de cor pulmonale agudo, evidencia radiológica de infarto de pulmón o demostración del probable origen de la embolia. De los restantes 6 casos, 4 correspondían a pacientes por debajo de 40 años, sin antecedentes cardiovasculares, en los que ocurrió una súbita muerte postoperatoria y 2 a casos en los que el diagnóstico se hizo exclusivamente sobre la base del cuadro clínico.

Las manifestaciones clínicas simulaban una pleuresía en 54 casos, neumonía en 59, insuficiencia cardíaca aguda en 43 y afección coronaria en 26; en 42 ocasiones ocurrió colapso vascular, en 11 manifestaciones referibles al sistema nervioso central, en 62 taquicardia súbita, en 3 fiebre de variable duración y en 3 muerte repentina. — *J. González Videla*.

CORAZON PULMONAR CRONICO Y AGUDO, R. Armas Cruz y F. Rojas Villegas, "Rev. Méd. de Chile", 1946, 74, 113.

Creemos interesante enfocar el problema del corazón pulmonar agudo y de su causa más frecuente el infarto pulmonar desde el punto de vista de las posibilidades que hoy se ofrecen para su prevención.

Creemos también que todos los hechos mencionados aconsejan aguzar la preocupación por la pesquisa de este accidente de la embolia pulmonar, cuya frecuencia parece ser mucho mayor que lo sospechado, tanto entre los enfermos cardíacos como también, y en esto queremos insistir, en los postoperados y traumatizados.

Sería interesante, por ejemplo, establecer cuántos fenómenos pulmonares del postoperatorio calificados como neumonías pueden en realidad ser embolias pulmo-

nares. Del mismo modo conviene tener presente en la evolución de toda cardiopatía la posibilidad de este accidente, que puede ser mortal y que, como hemos visto, ofrece hoy día serias posibilidades de ser prevenido.

Creemos que todos estos hechos requieren una mejor investigación para ser definitivamente confirmados y aceptados. Es sobre todo con este objeto que hemos querido plantearlos en esta oportunidad. — *Autores.*

EL AUMENTO DEL VOLUMEN PLASMÁTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: SU CORRELACION CON LA INSUFICIENCIA DERECHA, (The increased plasma volume in cardiac insufficiency: its correlation with right-sided failure), C. A. Perera, "J. Clin. Invest.", 1945, 24, 708.

Se estudiaron comparativamente 8 casos de insuficiencia cardíaca izquierda y 8 de insuficiencia derecha, utilizando el método del azul de Evans. El autor cree que el aumento del volumen plasmático que pudo comprobar asociado a la insuficiencia derecha es debido a la dilatación e ingurgitación del lecho vascular hepático y portal. Las variaciones y la capacidad de reacción de este lecho explicarían la falta de correlación entre el aumento del volumen plasmático y la presión venosa o la velocidad circulatoria. — *A. C. Taquini.*

ALTERACIONES EN LA CONCENTRACION SANGUINEA DURANTE EL EMBARAZO, (Alterations in the concentration of the blood during pregnancy), J. W. Mull y A. H. Bill, "J. Lab. Clin. Med.", 1945, 30, 458.

Encontraron un aumento progresivo del volumen plasmático y por ende de la dilución sanguínea, desde el comienzo del embarazo hasta 5 a 8 semanas antes del parto. De ahí en adelante, se concentra paulatinamente, hasta normalizarse después del parto. — *A. C. Taquini.*

CONVALECENCIA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS. I. ESTUDIOS DE LA CIRCULACION EN POSICION ACOSTADA Y DE PIE, DEL TEMBLOR Y DE UN PLAN DE EJERCICIOS EN CAMA Y LEVANTAMIENTO PRECOZ, (Convalescence from surgical procedures. I. Studies of the circulation lying and standing, of tremor and of a program of bed exercises and early rising), I. Starr y R. L. Mayock, "Am. J. Med. Sc.", 1945, 210, 701.

En 44 pacientes se estudiaron antes y después de una intervención quirúrgica la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el volumen sistólico bajo condiciones standard en las posiciones vertical y horizontal.

En los 25 casos operados de hernia ocurrieron cambios significativos durante el postoperatorio: en la posición horizontal el volumen sistólico disminuyó rápidamente después de la intervención y la presión arterial se redujo posteriormente. En la posición vertical la frecuencia cardíaca aumentó y el volumen sistólico tendió a crecer y la presión arterial a disminuir.

Tras intervenciones quirúrgicas más serias, los cambios sólo variaron en dos aspectos: 1) la administración endovenosa de grandes cantidades de líquido evitó la caída postoperatoria del volumen sistólico o determinó su aumento; 2) si la operación permitía una mejor nutrición del paciente, se contrabalan- ceaban los efectos de la operación per se. — *J. González Videla.*

II. *ESTUDIOS DE VARIAS RESPUESTAS FISIOLÓGICAS A UN EJER- CICIO SUAVE, (II. Studies of various physiological responses to a mild exercise test)*, I. Starr, R. L. Mayock y M. G. Battles, "Am. J. Med. Sc.", 1945, 210, 713.

Los autores determinaron en convalecientes de intervenciones quirúrgicas el consumo de oxígeno y el volumen y frecuencia de respiración antes, durante y después de una prueba standard de suave ejercicio. El volumen sistólico y la frecuencia cardíaca fueron también determinados antes, inmediatamente después y cinco minutos después de la referida prueba.

La medida de la magnitud de los cambios inducidos por el ejercicio no arrojó significativas diferencias que pudieran ser atribuidas a la convalecencia. Pero, respecto a la duración de tales cambios, se observó que el consumo de oxígeno, la respiración y la frecuencia cardíaca retornaron a las cifras obtenidas en reposo más lentamente durante la convalecencia que antes de la operación. — *J. González Videla.*

LESIONES TRAUMÁTICAS DEL CORAZÓN, (Traumatic Injury of the Heart), L. H. Sizgler, "Am. Heart J.", 1945, 30, 459.

Sobre 42 casos con severos traumatismos corporales, la mayoría comprometi- endo el torso, en el 76,2 % se encontraron pruebas clínicas o electrocardiográ- ficas (separadas o conjuntas) de agresión cardíaca. Tales alteraciones aparecieron aún en casos en que el traumatismo no afectó al tórax, siempre que fuera de suficiente intensidad como para producir acentuada injuria corporal. En algunas observaciones, las alteraciones cardíacas fueron ligeras y de escasa duración, en otras severas.

Subjetivamente, cuando hubo síntomas fueron, en general, poco importan- tes y traducidos por dolor precordial y ligera disnea. Al examen se encontraron alteraciones de los ruidos cardíacos, ritmo de galope, frotos pericárdicos y soplos sistólicos. Estos hallazgos fueron fugaces y se presentaron en relativamente pocos casos.

Electrocardiográficamente se observó: cambios del QRS (voltaje) y a veces desviación de eje; elevación, incurvación a concavidad superior del segmento S-T y frecuentes cambios de la onda T (negatividad, aplanamiento y luego vuelta a lo normal). En la mayoría de los casos los cambios no eran específicos. En algunos casos fueron típicos de pericarditis o de localización de la lesión en algunas áreas específicas del corazón.

En casi todos los casos hubo recuperación total; solamente en un caso parecen haber contribuido a la muerte del paciente. De este estudio se deduce

que el compromiso cardíaco es frecuente en las severas lesiones corporales y obliga a su búsqueda sistemática. — *B. Moia.*

ROTURA TRAUMÁTICA DE AMBOS VENTRÍCULOS CARDÍACOS,
(*Traumatic rupture of both ventricles of the heart*), R. W. Monto y P. S. Woodall, "Am. Heart J.", 1945, 30, 519.

Un negro de 21 años quedó apresado por una cadena que le comprimió moderadamente el tórax a nivel de la parte inferior del esternón durante 4 minutos. Murió rápidamente y la autopsia demostró la existencia de rotura de ambos ventrículos por una herida de 11 cm. que se extendía en el tercio inferior y dos tercios superiores de la cara posterior de ambos ventrículos. Había fractura de la 8ª y 9ª costilla derechas, próxima a su inserción vertebral, y además laceración hepática. — *B. Moia.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

OBSERVACIONES SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL EN LA DISTENSION EXPERIMENTAL DE LA VESÍCULA BILIAR, (*Observations on the normal electrocardiogram during experimental distention of the gall-bladder*), S. W. Mac Arthur y H. Wakefield, "J. Lab. Clin. Med.", 1945, 30, 349.

Durante la distensión experimental de la vesícula humana, se observó: 1) Aumento de la frecuencia cardíaca en 4 enfermos; en cambio, en otros 3, no se observó modificación. La aceleración ocurrió inmediatamente de iniciada la distensión; al suprimir ésta, el retorno a la frecuencia normal fué gradual. 2) Aplanamiento de T₂; en ningún caso negatividad de esta onda. 3) Con frecuencia aparecieron extrasístoles. 4) Alargamiento del espacio PR, que desapareció de inmediato al cesar la maniobra por aspiración del contenido. 5) La tracción de la vesícula o del cístico, produjo casi inmediatamente una aceleración cardíaca.

En estas experiencias la frecuencia cardíaca disminuyó espontáneamente al llegar a la anestesia del enfermo, aún antes de comenzar la operación, y tanto si se usara ciclopropano o una mezcla de ciclopropano y etileno. En los enfermos operados que no fueron sometidos a las experiencias no se observó modificación alguna de los trazados.

Mientras se trabajaba en los planos superficiales, no se notó variantes electrocardiográficas, salvo en uno, que aceleró su frecuencia cardíaca al tironear el peritoneo. — *B. Lozada.*

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN LA INSOLACION. RELATO DE DOS CASOS, (*Electrocardiographic changes following heat stroke. Report of 2 cases*), R. Bruce Logue y J. E. Hanson, "Ann. Intern. Med.", 1946, 24, 123.

Un caso de insolación con cuadro clínico típico y que mejoró, presenta al 11º día bradicardia sinusal, inversión de T en todas las derivaciones y aparición de onda W. Estas modificaciones evolucionaron espontáneamente hacia la

mejoría en unos tres meses. Se atribuyen a las hemorragias subendocárdicas y subpericárdicas observadas en sujetos muertos por insolación. La bradicardia podría estar condicionada al aumento de tono vagal propio de la encefalopatía que se produce en estos casos. — *R. J. Suárez.*

EL USO DE LA DERIVACION AUMENTADA DE LA PIERNA IZQUIERDA PARA DIFERENCIAR LA ONDA Q ANORMAL DE LA DERIVACION III, (The use of the augmented unipolar left leg lead in the differentiation of the normal from abnormal Q wave in standard lead III), G. B. Myers y B. G. Oren, "J. Lab. Clin. Med.", 1945, 30, 347.

Se estudiaron 25 sujetos con infartos de cara posterior y 25 en los que se había descartado dicho infarto. De los primeros, 22 presentaron Q profunda en AVF; en cambio de los últimos, sólo 3 la tenían. Concluyen recalando la importancia de la unipolar aumentada de la pierna izquierda en el diagnóstico diferencial del significado de las ondas Q. — *R. J. Suárez.*

UN METODO ELECTROCARDIOGRAFICO CUANTITATIVO, (A quantitative electrocardiographic method), H. E. S. Pearson y L. M. Gerlis, "Brit. Heart J.", 1945, 7, 173.

Proponen calcular la dirección y magnitud del eje eléctrico relacionando las derivaciones standard con 3 sagitales obtenidas colocando los electrodos en el manubrio esternal, 4ª vértebra torácica y pierna izquierda, con los terminales del brazo derecho, brazo izquierdo y pierna izquierda, en dicho orden respectivamente, designando a dichas derivaciones A, B y C.

El vector resultante se deduce de la fórmula $\sqrt{1^2 + A^2 + \left(\frac{I + 2 III}{3}\right)^2}$
 ó $\sqrt{1^2 + A^2 + \left(\frac{A + 2C}{3}\right)^2}$.

En 50 trazados normales su magnitud en milímetros osciló entre 6 y 26 mm. siendo su frecuencia mayor entre 11-15 mm. Por debajo de 10 mm. sólo se registraron dos casos. Los valores no variaron en diferentes oportunidades con distintas frecuencias de pulso.

En 101 enfermos con diversas cardiopatías y distinto grado de disminución de la capacidad funcional, se observó que en el 45 % dicho vector medía menos de 10 mm. siendo los valores tanto más bajos cuanto más severo el grado de incapacidad. — *B. Moia.*

TAQUICARDIA PAROXISMAL Y BLOQUEO CARDIACO 2:1, (Paroxymal tachycardia and 2:1 heart block), M. Campbell, "Brit. Heart. J.", 1945, 7, 183.

El autor discute fundamentalmente la publicación de Evans donde se afirmaba que el bloqueo A-V existe casi como regla en las taquicardias paroxismales y que el aleteo auricular es una taquicardia paroxismal en la que una frecuencia

auricular moderada (200-260) facilita el reconocimiento del bloqueo A-V, mientras que las taquicardias paroxismales comunes son aleteos auriculares en las que la mayor frecuencia auricular (260/500) dificulta el reconocimiento de las ondas bloqueadas y escondidas en los complejos ventriculares.

Revisando su material anterior y agregando nuevos casos con derivaciones precordiales, llega a la conclusión de que el bloqueo existe en más de 1/4 de los casos de taquicardia paroxismal, mientras que puede demostrar su ausencia en alrededor de otro 1/4 de casos, no pudiendo sacarse conclusiones concretas sobre su existencia en la otra mitad. (Por nuestra parte, aún los casos en que se admiten ondas P bloqueadas no son en su mayoría convincentes.)

Confirma Campbell que las taquicardias con bloqueo A-V se ven con mayor facilidad y frecuencia aunque no exclusivamente en los casos de corazones seriamente dañados donde constituye un accidente relativamente terminal.

Es erróneo distinguir el aleteo de la taquicardia auricular sólo por la frecuencia. Además de la falta de período isoelectrico entre las ondas auriculares, el aleteo auricular se distingue de la taquicardia paroxismal por los siguientes hechos: aleteo auricular: raro en corazón no enfermo, se inicia habitualmente después de los 40 años (88 %); los ataques duran mucho y habitualmente la arritmia es definitiva; cambia fácil a fibrilación, sea espontáneamente o por digital, siendo los factores etiológicos similares a los de esta arritmia; es fácil provocar bloqueo 2:1 por digital o compresión senocarótida, la frecuencia ventricular habitual está entre 120/180 (83 %) y 120/170 (76 %). En cambio, en favor de taquicardia paroxismal hablan: corazón normal (por lo menos 53 %) iniciación antes de 40 años (76 %); ataques de breve duración, raramente días, no siendo un ritmo definitivo; no tiene los factores etiológicos de la fibrilación, no se transforma en ella, ni la digital ni la excitación senocarotídea producen fácilmente bloqueo A-V; la frecuencia ventricular oscila entre 140/220 (88 %).

El diagnóstico de taquicardia paroxismal debe incluir fatalmente casos de aleteo. Se debe distinguir electrocardiográficamente: a) aleteo auricular paroxístico, con bloqueo regular (a menudo 2:1, ó mayor) o sin bloqueo; b) taquicardia paroxismal con bloqueo 2:1, separando en lo posible los casos de frecuencia ventricular la mitad de frecuencia auricular común en las taquicardias (160/250) (hallazgo más común en corazones insuficientes después de digitalización), de aquéllos con frecuencia auricular doble de la común (250/500) y frecuencia ventricular habitual en las taquicardias (posiblemente más frecuente en corazones insuficiente como paroxismo terminal); c) taquicardia paroxismal auricular (nodal o supraventricular) sin bloqueo A-V; y d) taquicardia paroxismal ventricular. — B. Moia.

INFARTO DE MIOCARDIO INJERTADO SOBRE UN P-R CORTO CON QRS PROLONGADO, (*Myocardial infarction superimposed on Short P-R, prolonged QRS complex*), P. M. Zoll y D. R. Sacks, "Am. Heart J.", 1945, 30, 527.

Hombre de 41 años que presenta todas las características evolutivas de un infarto de miocardio de cara posterior con P-R corto y QRS ancho; dado que

el enfermo padecía anteriormente de accesos de taquicardia paroxismal, se supone que el P-R corto y QRS ancho existían antes del infarto y no fué originado por él. — *B. Moia.*

INFECCIONES

ETIOLOGIA Y PATOGENIA DE LA FIEBRE REUMÁTICA, (Etiology and pathogenesis of rheumatic fever), L. A. Rantz, P. J. Boisvert y W. W. Spink, "Arch. Int. Med.", 1945, 76, 131.

En 1510 reclutas atendidos entre enero y abril de 1944 a raíz de afecciones del tractus respiratorio se investigó el germen causal de la infección, comprobándose que en 410 casos se trataba del estreptococo hemolítico A, mientras que en los 1100 restantes la infección no fué segura o casi seguramente de origen estreptocócico.

En ninguno de estos 1100 casos sobrevino posteriormente fiebre reumática, la que apareció, en cambio, en 15 de los 410 pacientes con infección a estrepto.

El análisis detallado de los casos sugiere: 1) que la fiebre reumática es inducida invariablemente por infección a estreptococo hemolítico A; 2) que este síndrome no es sino una parte del denominado estado postestreptocócico; 3) que estas manifestaciones clínicas son el resultado de la alterada sensibilidad de los tejidos a productos de estreptococo hemolítico; 4) que repetidas infecciones con diferentes tipos de estreptococo hemolítico pueden ser necesarias para el desarrollo de estos trastornos. — *J. González Videla.*

FIEBRE REUMÁTICA Y AFECCIONES CARDIACAS. ESTUDIOS DE LA EVOLUCION, (Rheumatic fever and heart disease follow-up studies), E. F. Bland y T. Duckett Jones, "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 4, 349.

Del estudio realizado sobre 1.000 enfermos con fiebre reumática y corea, se han obtenido los siguientes resultados: 1. La fiebre reumática produce una mortalidad considerable (20.3 %) durante los primeros 10 años de evolución de la enfermedad. 2. La fiebre reumática que se presenta en forma de ataques repetidos y el considerable aumento en el tamaño del corazón son de mal pronóstico. 3. A pesar de la alta mortalidad citada y del gran número de individuos adultos que quedan incapacitados por el reumatismo cardíaco (13,5 %) aproximadamente dos tercios de los enfermos son capaces de vivir en condiciones ordinarias diez años después del comienzo de la enfermedad. Este dato estimula a someter a los enfermos a todos los cuidados hospitalarios necesarios y a una vigilancia médica sostenida, porque la mayoría de ellos puede gozar así de una vida relativamente normal, de modo que no necesitan modificar su profesión ni tomar otras precauciones semejantes. 4. Las conclusiones anteriores reflejan el comportamiento clínico del reumatismo cardíaco en la región de Boston y no deben generalizarse a otros lugares sin las pruebas necesarias. 5. Debe tenerse en cuenta que la aparición de nuevos métodos para prevenir la repetición de los ataques en la fiebre reumática y el mejoramiento en los medios de protección de los enfermos durante

los períodos de actividad de la fiebre reumática, pueden alterar considerablemente los datos recogidos en este trabajo. 6. Tales resultados representan una indicación modificable por estudios posteriores y por el empleo de mejores métodos para el cuidado y protección de los enfermos, métodos que pueden alterar la historia natural de la fiebre reumática tal como ha sido observada en esta comunicación. — Autores.

CUADRO VASCULAR CARACTERISTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, (Characteristic vascular pattern in patients with rheumatoid arthritis), M. Naide, A. Sayen y B. I. Comroe, "Arch. Int. Med.", 1945, 76, 139.

La ausencia de información objetiva en lo que atañe al grado de tono en los vasos periféricos de pacientes con artritis reumatoidea, impulsó a los autores a estudiar las respuestas vasculares en 15 de esos casos, utilizando el método por ellos descripto.

Catorce de los casos poseían un alto grado de tono vascular basal, el que no pudo determinarse en el caso restante por tener marcadamente afectados los dedos de ambas manos y pies. Las respuestas de la temperatura digital fueron del tipo vasoespástico, advirtiéndose una respuesta "disociada" en los dedos afectados y los indemnes; esto sugirió el diagnóstico precoz de artritis reumatoidea en dos pacientes, lo que pudo corroborarse más tarde con el estudio radiográfico, la eritrosedimentación y el subsiguiente curso clínico.

La existencia del exagerado tono vascular puede explicar ciertos hechos clínicos de la enfermedad: la frecuente presencia de manos y pies fríos, sudoración excesiva, mejoría sintomática con vasodilatadores y, quizás, agravación de la afección por choques emotivos o esfuerzos. — J. González Videla.

MIOCARDITIS AGUDA EN CASOS DE PAROTIDITIS EPIDEMICA, (Acute myocarditis in mumps [epidemic parotiditis]), D. H. Rosenbreg, "Arch. Int. Med.", 1945, 76, 257.

Relata dos casos de fiebre urliana complicada con miocarditis aguda con disociación a-v transitoria. Ello lo impulsó a realizar un estudio e. c. g. en otros 104 casos de fiebre urliana, encontrando alteraciones significativas de compromiso miocárdico en 16 (15,4 %). Tales anomalías comprendieron: en 4 casos onda P bifásica o negativa en una o más derivaciones, en dos prolongación del intervalo PR, en uno bajo voltaje del QRS, en uno QRS invertido en CF4, en dos marcado desnivel positivo de ST en CF4, en uno depresión acentuada de ST en II y III, en todos los casos alteraciones de la onda T (diminuta, bifásica o invertida).

Salvo en un caso, las anomalías electrocardiográficas fueron observadas entre el 5º y 10º día de la enfermedad, en la mayoría, entre el 8º y 9º día; en el caso restante, el trazado anormal se obtuvo recién en el 21º día. En 14 casos las alteraciones retornaron a lo normal en 2 a 35 días, demorando en los otros dos pacientes 3 y 5 meses respectivamente.

En sólo 4 casos hubo manifestaciones clínicas, aparte de los dos casos primeramente considerados; en los restantes, la afección siguió un curso subclínico y fué descubierta solamente por el estudio electrocardiográfico. — J. González Videla.

DIECISIETE CASOS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA TRATADOS CON PENICILINA, F. Giménez Romo, "Arch. Inst. Cardiología de México". 1945, 5, 464.

Se trataron 17 casos de endocarditis bacteriana subaguda con penicilina.

Dos de ellos pueden considerarse como muy probablemente curados, después de tres meses y medio. Cuatro más como probablemente curados. De los cuatro que actualmente están siendo tratados, no es posible aventurar aún ningún juicio de curación.

Se recalca la necesidad de acortar los intervalos de aplicación de la penicilina, de modo de mantener una concentración sanguínea constantemente superior a la sensibilidad del germen in vitro. — *Autor*.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

ENFERMEDAD DE RAYNAUD EN EL SEXO MASCULINO, (*Raynaud's Disease among men*), E. A. Hines y N. A. Christensen "J.A.M.A.", 1945, 129, 1.

En 1925, la frecuencia en hombres y mujeres era igual, ahora, con mayor rigurosidad en el diagnóstico se observa 21 % en hombres contra 79 % en mujeres. Sobre 181 casos masculinos se siguieron 100. La evolución demostró que el diagnóstico era correcto en 34, discutible en 54 e incorrecto en 12. — *B. Moia*.

ARCO AORTICO A LA DERECHA EN EL NIÑO. ESTUDIO GENERAL. VALOR DE LA ANGIOCARDIOGRAFIA, A. Castellanos, R. Pereiras y A. García López, "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 4, 301.

El arco aórtico a la derecha es mucho más frecuente que lo indicado en las estadísticas.

En el niño pequeño es difícil interpretar el esófagograma; también el ortodiagrama y el telecardiograma tienen poco valor, debido al mayor ensanchamiento mediastinal producido por el timo.

En el niño mayor, todos los métodos de diagnóstico clásicos pueden utilizarse como en los adultos.

La angiocardiografía debe practicarse en todos aquellos casos en que se sospeche la existencia de un arco aórtico a la derecha, por suministrar imágenes inconfundibles y patognomónicas. A veces la aortografía retrógrada puede tener ventajas. — *Autores*.

YUGULAR SENIL, T. Ortiz Ramírez, "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 4, 360.

Se presenta un caso de esclerosis senil de la yugular externa derecha.

Esta involución yugular ha producido un estado varicoso que origina ingurgitación yugular. El orificio aponeurótico por donde penetra la yugular al cuello, interviene también en esa ingurgitación. — *Autor*.

PERIARTERITIS NUDOSA. UN CASO CON AUTOPSIA, (Periarteritis nodosa. A case with autopsy), R. N. Washburn y Th. O. Otto, "Am. J. Med. Sc.", 1945, 210, 640.

Comentan un caso de periarteritis nudosa observado en un joven soldado con antecedentes de fiebre de heno, quizás significativo ante el papel que algunos atribuyen a la hipersensibilidad en la etiología de la condición.

La enfermedad evolucionó rápidamente, evidenciando la autopsia lesiones vasculares en diversas vísceras con le aspecto de las correspondientes a un estado precoz de la afección. — *J. González Videla.*

COARTACION Y DISECCION AGUDA DE LA AORTA ASOCIADA CON EMBARAZO, (Coarctation and acute dissection of the aorta associated with pregnancy), Th. D. Kinney, R. E. Sylvester y S. A. Levine, "Am. J. Med. Sc.", 1945, 210, 725.

Relatan el caso de una coartación aórtica complicada con disección aguda de la aorta en una mujer embarazada de 23 años de edad, siendo éste el tercer caso similar de la literatura y el primero en el que el diagnóstico fué hecho antes de la muerte.

La aparición de súbito dolor intenso en garganta y nuca, irradiado a la parte superior del dorso y miembro superior izquierdo hizo pensar en la posibilidad de un accidente vascular. La ausencia de latidos femorales y abdominales, el soplo sistólico basal auscultable también en región interescapular, el descubrimiento de una arteria pulsátil en la región escapulovertebral izquierda y la ausencia de cifras tensionales en las piernas permitieron hacer el diagnóstico de coartación de aorta.

Ocurrida la disección de la aorta, la aparición de un frémito sobre la carótida derecha y el descenso tensional en el miembro superior homólogo indicaron el progreso de la disección hasta que la muerte sobrevino por ruptura en el saco pericárdico. — *J. González Videla.*

LESIONES VASCULARES AGUDAS COMBINADAS DE CEREBRO Y CORAZON. UN ESTUDIO ANATOMO-CLINICO DE 15 CASOS, (Combined acute vascular lesions of brain and heart. A clinical-pathologic study of 15 cases), G. A. Race y J. R. Lisa. "Am. J. Med. Sc.", 1945, 210, 732.

Los autores realizan una revisión de 100 autopsias consecutivas efectuadas en el City Hospital en las cuales se encontró un infarto agudo de miocardio, con o sin trombosis coronaria o un accidente vascular cerebral agudo. Entre tales casos, 15 presentaban lesiones vasculares agudas simultáneas en corazón y cerebro. De estos 15 casos, 9 pertenecían al sexo femenino; el promedio de edad era de 65.4 años. Las lesiones cerebrales fueron de variados caracteres, siendo las más frecuentes las hemorragias petequiales corticales y la hemorragia intracerebral masiva. Las lesiones cardíacas consistieron en seis casos en trombosis coronaria aguda con infarto y en los otros nueve en infarto miocárdico agudo extenso sin trombosis.

La sintomatología fué más frecuentemente de orden neurológico, existiendo 8 casos en los cuales no existían síntomas cardiovasculares.

El diagnóstico clínico correcto de ambas lesiones fué hecho en dos casos y sólo presumido en otros dos. El infarto miocárdico fué correctamente diagnosticado en dos casos y la lesión cerebral en siete.

En otros cinco casos de los 100 analizados, las manifestaciones clínicas llevaron al diagnóstico de accidente cerebral con hemiplejía resultante: en todos ellos se encontró un infarto agudo de miocardio pero ninguna lesión vascular aguda cerebral.

Los hallazgos clínicos no bastan, pues, para establecer la coexistencia de ambas lesiones agudas. Posiblemente, en los últimos casos, la hemiplejía resulte de la anoxemia cerebral temporaria causada por el súbito descenso tensional que usualmente acompaña al infarto de miocardio, apoyando tal modo de pensar la circunstancia de que 4 de los 5 pacientes se hallaban en estado comatoso.

Se deduce asimismo que el infarto de miocardio puede ser enmascarado por la asociación de un accidente vascular agudo cerebral o por signos neurológicos que carecen de expresión anátomo-patológica demostrable.

Por lo tanto, todo caso con evidencias neurológicas de una lesión cerebral será considerado como un caso de oclusión coronaria aguda mientras no se pruebe lo contrario.

La elevada incidencia de neumonía lobar o bronconeumonía como causa de muerte en estos casos, sugiere la conveniencia del uso profiláctico de sulfamidas en pacientes con procesos similares. — *J. González Videla.*

NIVELES DE LA PRESION ARTERIAL EN LA HIPERTENSION ARTERIAL, (Range of blood pressure in hypertension), R. Gubner, F. Silverstone y H. E. Ungerleider, "J. A. M. A.", 1946, 130, 325.

Se estudiaron las respuestas tensionales de 35 enfermos, haciendo en 30 comparaciones entre las respuestas hipertensoras al frío y conteniendo la respiración y las depresoras por hiperventilación, compresión sinocarotídea (aisladas y combinadas) y amital sódico.

La máxima elevación tensional fué similar con el "cold pressor test" y conteniendo la respiración (211/130 y 208/133). El efecto depresor mínimo fué similar entre la compresión sinocarotídea, el amital sódico y la combinación de las dos maniobras (151/97 y 157/94).

En los sujetos que no pueden hacer apnea prolongada se puede hacer inhalar amoníaco.

Estas pruebas permiten poner de manifiesto el efecto máximo de los componentes neurogénicos o vasomotores en la hipertensión arterial. En las primeras etapas de la hipertensión humana la presión basal (determinada fundamentalmente por el mecanismo humoral renal) es normal, lo que quiere decir que el desequilibrio tensional inicial se debe sobre todo, en gran parte, a influencias psicosomáticas sobre los centros nerviosos. De ello se desprendería que el mecanismo humoral no inicia la hipertensión, aunque posteriormente, como consecuencia de la arterioesclerosis e isquemia renal, desempeña un papel cada vez más importante, al cual se debe agregar, para acentuar la hipertensión, la hipertrofia de la media muscular de las arteriolas. — *B. Moia.*

TERAPEUTICA

EL USO DE LA PAPAVERINA EN LAS AFECCIONES CORONARIAS,
(*The use of papaverine in coronary artery disease*), L. W. Swanson, "J. Lab. clin. Med.", 1945, 30, 376.

En 12 enfermos, 8 con infartos de miocardio y 4 con angina de pecho sin infarto se administró papaverina por boca a la dosis de 0.10 grs. 4 veces por día, por tiempos variables, llegándose en un caso hasta los 4 meses.

En 11 casos hubo franca mejoría, a pesar de que eran enfermos en los que el tratamiento corriente no había dado resultados. — *B. Lozada*.

¿ESTA INDICADA LA DIGITAL EN EL INFARTO DE MIOCARDIO?,
(*Is digitalis indicated in myocardial infarction?*), J. M. Askey y O. Neurath,
"J. A. M. A.", 1945, 128, 1016.

Sobre 1247 casos de infarto de miocardio 84 tenían fibrilación (48 con y 36 sin insuficiencia cardíaca); de los 84 se administró a 44 digital sola, a 12 digital con quinidina y al resto quinidina sola o ninguna droga.

En los digitalizados el número de muertos por síncope (fibrilación ventricular) o rotura cardíaca no fué mayor que en los no digitalizados; en cambio, las muertes por embolia fueron mucho más numerosas en los digitalizados, salvo en los sin insuficiencia cardíaca en que no hubo variantes.

Se discute el porqué del mayor número de embolias producidas por la digital en los casos de infarto de miocardio con fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca, destacando que ese es el verdadero peligro que contraíndica el uso de la digital en tales casos de infarto.

DIURETICOS MERCURIALES. INTOLERANCIA REVELADA POR SENSIBILIDAD CUTANEA, (*Mercurial diuretics. Intolerance as shown by skin sensitivity*), A. Burrows y W. Stokes, "Brit. Heart J.", 1945, 7, 161.

Se describen nueve casos de reacciones cutáneas a dosis terapéuticas de diurético mercurial. El eritema cutáneo con prurito denota moderada sensibilidad cutánea; si se insiste con la droga puede originar otras complicaciones viscerales (en un caso nefritis aguda y estomatitis).

Parece haber un umbral de concentración sanguínea por encima del cual se desarrollan signos alérgicos y el cual puede variar de individuo a individuo. La acumulación de la droga se manifiesta por dosificación excesiva, escasa diuresis, e insuficiencia renal.

La prueba del parche cutáneo es útil para determinar la sensibilidad cutánea, sobre todo cuando se sospecha acumulación o se desea continuar el tratamiento después de una complicación cutánea. En estos casos, pasado el accidente se puede a veces reiniciar el tratamiento con dosis adecuadas. — *B. Moia*.

LOS EFECTOS DE LA EMETINA SOBRE EL CORAZON, (The effects of emetine on the heart), J. D. Cottrell y G. H. Hayward, "Brit. Heart J.", 1945, 7, 168.

Sobre 32 soldados tratados con emetina, en 25 hubo inversión de T en una o más derivaciones, y en 12 alargamiento del P-R en 0.02 a 0.04 seg. De 8 casos tratados con iodobismutato de emetina, 7 mostraron alteraciones similares. El E. C. G. se normalizó después de 8-12 días de terminado el tratamiento. No hubo cambios significativos de la presión arterial y pulso. — *B. Moia.*

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL, (The surgical treatment of arterial hypertension), M. M. Peet y W. M. Isberg, "J. A. M. A.", 1946, 130, 467.

Desde noviembre de 1933 hasta diciembre de 1940 se hicieron 578 simpactomías bilaterales supradiafragmáticas con ganglionectomía simpática dorsal baja.

De los 578 hipertensos operados se pudo seguir la evolución en 437. De ellos el 52 % mujeres; el 20 % tenía presión arterial superior a 270/155 y el 73 % a 210/125; el 92 % tenía más de 30 años de edad, encontrándose el 48 % en la quinta década; el 26 % tenía hipertensión maligna; de los con hipertensión benigna, el 36 % tenía cardiopatía orgánica, el 12 % accidentes cerebrales previos y el 9 % insuficiencia renal. En realidad, el 82 % de estos hipertensos tenía un serio compromiso orgánico previo a la intervención.

La mortalidad operatoria fué del 3.6 %. El total de sobrevivientes de 5 a 11 años después de la operación fué del 57.5 %. De los 181 muertos 91 tenía hipertensión maligna o sea que murió el 81 % de este grupo. El 1/3 de los hipertensos con compromiso cardíaco, cerebral o renal también murió; en cambio, los 5 con hipertensión ligera y el 95 % de los 72 hipertensos sin complicaciones viscerales siguió con vida.

Murió el 56 % de los hombres y el 30 % de las mujeres; la edad no influyó. En realidad, lo que más influye sobre la sobrevida es el grado de la hipertensión arterial con sus compromisos viscerales.

El 20.3 % de los sobrevivientes normalizó su presión arterial; el 26 % redujo más de 80 mm. de max. y 25 mm. de Mn.; 35 % más redujo 40 mm. y 15 mm.; el 18.7 % no mostró cambios o la presión subió. De los que murieron antes de los 5 años, muchos habían tenido también descensos tensionales favorables.

De los pacientes del grupo 2 (sin complicaciones viscerales) el 77.2 % mantenía la presión normal o sensiblemente reducida; lo mismo aconteció en el 48 % de los cardíacos, 52.8 % de los cerebrales y 58.4 % de los renales, mientras que tal beneficio sólo alcanzó al 16 % de los malignos.

Los hipertensos con fondo de ojo normal no mostraron cambios; de los 30 con arterioesclerosis retiniana, el 83.3 % no se modificó y el 10 % empeoró; de los 88 con angioespasmo, mejoró el 82 % y empeoró 1; de los 21 con hipertensión maligna y edema de papila se examinaron 17 y en todos el edema de papila había desaparecido.

ANÁLISIS DE REVISTAS

De los casos con E. C. G. normal empeoró el 7 %; de los anormales, mejoró el 52.7 % y empeoró el 5.3 %. Si el corazón estaba grande se redujo en 52 % y aumentó en 4.2 %.

De los 48 sobrevivientes del grupo con accidentes cerebrales en 43 no hubo recidivas.

La función renal normal empeoró en 17 % y la alterada mejoró en 36.4 % y empeoró en 11 %. La sintomatología de la hipertensión sufrió en general gran mejoría. El promedio de vida parece haberse alargado.

En síntesis: los "signos de progresión y actividad de la enfermedad hipertensiva constituye una indicación para el tratamiento quirúrgico". — *B. Moia*.

TRABAJO DEL CORAZON AISLADO BAJO LA ACCION DE LA OUBALINA, DIGITALINA, DIGILANIDOS, ESCILARINA, NUCLEOSIDOS, ADRENALINA, EFEDRINA, METRAZOL Y NIKETAMIDA, F. Guerra, "Arch. Inst. Cardiología de México", 1945, 4, 366.

El trabajo del corazón aislado de la rana en insuficiencia relativa aumenta bajo la acción de la oubaína, digitalina, escilarina, digilánidos, adrenalina, y nucleósidos del músculo esquelético; disminuye con el metrazol, efedrina, y nicketamida. — *Autor*.