

## ANALISIS DE REVISTAS

### SEMIOLOGIA

*LOS EFECTOS DE LA POSTURA SOBRE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA BRAZO-LENGUA, (The Effects of Posture on the Velocity of Blood Flow from Arm. to Tongue), M. Wilburne. "Am. Heart J.", 1942, 24, 816.*

Los estudios de la velocidad circulatoria con el gluconato de calcio, demuestran que, cuando los valores son normales en la posición acostada, aumentan cuando el sujeto pasa a la posición sentada con las piernas colgando. En cambio, cuando están aumentados en la posición acostada, el tiempo de circulación en la posición sentada tiende a ser menor. Esto se atribuiría a las modificaciones en la circulación pulmonar que se producen en los casos de insuficiencia cardíaca, al pasar de la posición acostada a la sentada. — *B. Moia.*

*EL USO DE LA PAPAVERINA COMO UNA MEDIDA OBJETIVA DEL TIEMPO DE CIRCULACION, (The Use of Papaverine as an Objective Measure of the Circulation Time), S. R. Elek y S. D. Solarz. "Am. Heart J.", 1924, 24, 821.*

Inyectando 40 mg (1,25 c.c.) de papaverina hidroclicida, por vía endovenosa, en los sujetos normales se produce, término medio, a los 20,8 segundos una inspiración profunda, siendo las cifras límites normales, 15,4 y 27, segundos. La prueba se puede repetir ya a los 2 ó 5 minutos. Evidencias indirectas sugieren que por este método se puede medir el tiempo de circulación brazo-centro respiratorio. Tiene la ventaja de que siempre que se use papaverina endovenosa con fines terapéuticos se puede hacer una medición de la velocidad circulatoria. — *B. Moia.*

### PATOLOGIA

*PATOGENIA DE LAS MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES EN LA ICTERICIA CONSTITUCIONAL, R. Dassen. "Medicina", 1943, 3, 439.*

Se estudian tres casos de ictericia hemolítica constitucional, con perturbaciones cardiovasculares. Se señala para estas últimas una diferente patogenia. Para el primer caso se establece la acción exclusiva de la anemia; para el el segundo, los fenómenos cardiovasculares se supeditan a una cardiopatía reumática preexistente (enf. mitral e insuficiencia aórtica), y en el tercero, se imputa a la acción sucesiva y combinada de la anemia con la hipoproteinemia más un factor irritativo del pericarpio condicionado por la persistencia del transudado (hidropericardio). — *Autor.*

*CIRROSIS CARDIACA, (Cardiac cirrhosis), C. F. Garvin, "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 515.*

Analiza las historias clínicas y protocolos necrópsicos de 790 adultos en quienes una afección cardíaca fué la principal causa de la muerte. Excluye todos

## ANÁLISIS DE REVISTAS

los casos de cirrosis de Laennec y fibrosis hepática debida a infecciones y en cuenta 35 casos de cirrosis cardíaca pura.

Estos casos correspondieron con predilección a afecciones cardíacas reumáticas o hipertensivas. Solamente siete casos correspondieron a los otros tipos de cardiopatía.

Del análisis de los casos se deduce una tendencia de los pacientes con cirrosis cardíaca a asociarse a múltiples episodios de insuficiencia cardíaca, esplenomegalia, ascitis y en el grupo reumático a la estenosis tricuspídea. El diagnóstico clínico, sin embargo, no puede aún establecerse en todos los casos con absoluta precisión. — *J. González Videla.*

*EL EFECTO DE LA ACUMULACION DE SANGRE EN LAS EXTREMIDADES SOBRE LA PRESION VENOSA DE SUJETOS NORMALES.* (*The effect of the accumulation of blood in the extremities on the venous pressure of normal subjects*), J. V. Warren y E. A. Stead. "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 501.

Con el propósito de determinar si en sujetos normales la acumulación de sangre en las extremidades produce un descenso significativo en la presión venosa, colocan torniquetes en los muslos de seis adultos normales a una presión de 85 mm Hg. Ello determinó una caída de la presión venosa en las venas yugular externa y antecubital que promedió respectivamente 53 y 23 mm de agua. La causa de esta diferencia en la magnitud del descenso tensional venoso radica en que las venas del brazo tienden a colapsarse cuando la presión venosa desciende y cuando sus paredes se han puesto ya en contacto una nueva reducción de la presión venosa proximal no modifica la cifra de presión en el extremo distal de la vena. — *J. González Videla.*

*TRASTORNOS CIRCULATORIOS EN LA HIPERTROFIA DE LA PROSTATA,* (*Circulatory disturbances in prostatic hypertrophy*), M. Mallory, F. Mathers, L. M. Orr y P. R. Kundert. "Ann. Inst. Med.", 1943, 18, 835.

Aunque existan lesiones cardíacas importantes y signos de insuficiencia del corazón, los prostáticos pueden y deben ser operados, porque muchos de ellos resisten el traumatismo operatorio y se benefician de la intervención, no sólo desde el punto de vista urinario sino también del cardiovascular.

A menudo resulta más peligrosa la contemporización, o la limitación intervencionista a la simple talla, que la prostatectomía efectuada previa una preparación cuidadosa, con técnica adecuada y rápida, con buena anestesia y poca pérdida sanguínea, condiciones todas que se completan si el que opera posee manos hábiles y experimentadas. — *M. Joselevich.*

*EL PAPEL DE LA ENFERMEDAD CARDIACA EN LAS PSICOSIS DEL SENIUM,* (*The role of heart disease in the psychoses of the senium*), S. R. Rosen y K. L. Smith. "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 48.

Realizan un cuidadoso estudio del aparato cardiovascular en cuarenta y tres casos de psicosis en la senectud, en los que determinan además los valores de la

presión venosa y de la velocidad circulatoria (brazo-carótida). Doce casos padecían una cardiopatía avanzada y mostraban valores marcadamente patológicos; quince presentaban una cardiopatía mínima con ausencia de sintomatología y dieciséis revelaban un aparato cardiovascular enteramente normal. Estos dos últimos grupos mostraban una presión venosa normal y una velocidad circulatoria ligeramente disminuída. Esto sugiere que las afecciones cardíacas no juegan ningún papel significativo en el gran grupo de las psicosis del senium. — *J. González Videla.*

## ELECTROCARDIOGRAFIA

*EL ELECTROCARDIOGRAMA DESPUES DE UN EJERCICIO UNIFORME COMO PRUEBA FUNCIONAL CARDIACA (The Electrocardiogram after Standard Exercise as a Functional Test of the Heart).* A. M. Master, R. Friedman y S. Dack. "Am. Heart J.", 1942, 24, 777.

Los autores utilizan, para producir el ejercicio, una pequeña escalera de dos escalones con 9 pulgadas de separación entre sí, que el enfermo debe subir y bajar en exactamente uno y uno y medio minutos una cantidad de veces, determinada en relación con la edad, sexo y peso. En los casos en que los resultados fueran negativos se hace efectuar un ejercicio exactamente el doble del anterior. Ambos esfuerzos no provocan modificaciones patológicas en el electrocardiograma de sujetos normales. En cambio, la prueba simple los provoca en el 1/5 de los casos de angina de pecho con E.C.G. normal en reposo y la doble en 2/5, elevándose la proporción de resultados positivos, a la mitad y 2/3, respectivamente, en los casos con E.C.G. anormales en reposo. Los cambios del RS-T y onda T predominaban en DI y DII, desaparecían dentro de los 8 minutos y eran semejantes a los observados durante la anoxemia o la insuficiencia coronaria aguda. Una prueba negativa no excluye la existencia de cardiopatía orgánica. El estudio comparativo con los otros datos clínicos demuestra que esta prueba es una buena medida de la función cardíaca. Solamente se estudiaron enfermos con afecciones coronarias. — *B. Moia.*

*LA CAUSA ANATOMICA DE LOS CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN LA MIOCARDITIS A VIRUS DE LOS CONEJOS. (The Anatomic Cause of Electrocardiographic Changes in Virus Myocarditis of Rabbits).* J. M. Pearce y H. D. Levine. "Am. Heart J.", 1943, 25, 102.

Se inoculó con virus III por vía intratesticular a 25 conejos, comprobándose el desarrollo de una miocarditis histológicamente demostrable en la fase aguda, seguida luego en muchos casos de pequeñas cicatrices. Solo en tres trazados no hubo alteraciones electrocardiográficas características, y por otra parte, sólo en un caso con alteraciones electrocardiográficas no se encontraron lesiones miocárdicas. En 21 animales inoculados por la misma vía con colonias inflamatorias de Andrews, del virus del fibroma Shope, se observaron miocarditis intersticiales fibrosas, sin compromiso muscular y por lo tanto sin alteraciones electrocardiográficas. — *B. Moia.*

*HIPOPLASIA DE LA AORTA SIN TRANSPOSICION CON ESTUDIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS E HISTOPATOLOGICOS DEL SISTEMA DE CONDUCCION* (*Hypoplasia of the Aorta without Transposition with Electrocardiographic and Histopathologic Studies of the Conduction System*). M. Lev y S. T. Killian. "Am. Heart J.", 1942, 24, 794.

Se estudian dos casos de hipoplasia aórtica sin transposición, en recién nacidos, presentando además, hipoplasia auricular y ventricular izquierda, así como de la válvula mitral, persistencia del canal arterial y del foramen ovale, e hipertrofia y dilatación del corazón derecho. Los electrocardiogramas presentaban trastornos en la conducción A-V e intraventricular. Este hecho se relaciona con interrupciones en el sistema de conducción, evidenciadas en el estudio histológico. — B. Moia.

*EL EFECTO DE OXIGENO SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA DE LOS PACIENTES CIANOTICOS.* J. N. Edson. "Am. Heart J.", 1942, 24, 763.

En 42 enfermos con cianosis por insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria reciente, alteraciones pulmonares o por combinación de estos distintos factores y 20 controles no cianóticos (diez con cardiopatía compensada y diez con descompensada) se encontraron alteraciones electrocardiográficas en 29 (69%) y 3 (15%) de uno y otro grupo, respectivamente. Estas alteraciones, caracterizadas sobre todo por modificaciones del segmento S-T y onda T, se presentaron en todos los casos (14) de oclusión coronaria reciente y en todos (6 casos) de bloqueo de rama. Después de la inhalación de oxígeno por vía nasal a la velocidad de 10 litros por minuto durante media hora, se observó que en algunos casos las modificaciones electrocardiográficas tendían a la desaparición mientras que en otros se exageraban, atribuyéndose este último hecho a que el foco necrótico puede no ser beneficiado por la oxigenación, siéndolo en cambio el miocardio adyacente, lo cual acentuaría así, por contraste, los efectos de la isquemia. Según el autor, este estudio apoyaría la hipótesis de que cambios en el grado de oxigenación del miocardio tienden a producir alteraciones electrocardiográficas. — B. Moia.

*BLOQUEO DE RAMA PARCIAL BILATERAL.* (*Bilateral partial bundle branch block*). S. Strauss y R. Langendorf. "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 233.

Comentan el caso de un hombre de 58 años de edad con esclerosis coronaria y estrechamiento especialmente acentuado de las ramas que irrigan al sistema hisiano. El cuadro usual de angor de esfuerzo era reemplazado por el de bloqueo cardíaco paroxístico al esfuerzo asociado con síndrome de Stokes-Adams. Los E.C.G. muestran QRS de duración constante de 0.16 seg., pero de dirección distinta en los diversos trazados: en algunos obsérvase el tipo no común de bloqueo intraventricular con bloqueo a-v simple concomitante (PR:0.21 seg.); en otros, el tipo de bloqueo intraventricular es el común,

pero el QRS presenta de uno a otro trazado variaciones en su configuración, estando acompañado este tipo por bloqueo a-v parcial 2:1 ó 3:1.

Consideran que se trata de un bloqueo de rama parcial bilateral, con la característica de que la rama que posee un mayor período refractario absoluto tiene un período refractario relativo más breve que el de la otra rama. Un estímulo que caiga lo suficientemente tarde como para ser conducido a los ventrículos es entonces conducido a través de la rama mencionada con menor retardo que a través de la otra que posee un período refractario absoluto más breve. Así, en el caso comentado, parece que cuando cada estímulo auricular llega a los ventrículos la rama derecha se halla en un estado refractario absoluto, por lo que el estímulo es conducido por la rama izquierda que está sólo en período refractario relativo. Pero, cuando existe simultáneamente un bloqueo a-v 2:1 ó 3:1, el estímulo alcanza ambas ramas del haz de His cuando ya ha pasado el período refractario absoluto y, como la rama izquierda presenta un período refractario relativo de mayor duración, es conducido a los ventrículos a lo largo de la rama derecha, apareciendo en el e.c.g. el tipo común de bloqueo intraventricular. — *J. González Videla.*

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

### *ESTENOSIS CORONARIA SIFILITICA CON INFARTO DE MIOCARDIO.*

(*Syphilitic Coronary Stenosis with Myocardial Infarction*). G. E. Burch y T. Winsor. "Am. Heart J.", 1942, 24, 740.

Sobre 6.225 autopsias de rutina, encuentran 193 (3.1%) casos de aortitis sifilítica. De estos, 40 (20.7%) tenían estenosis del orificio coronario y sólo 3 de ellos (7.5%), presentó infarto de miocardio, lo que demuestra la extrema rareza de esta condición. En el 76% de los casos de estenosis coronaria sifilítica, existía insuficiencia aórtica. La edad media fué de 45 años; la relación hombre-mujer de 3.5 : 1. La Wasserman fué positiva en el 96.3%. — *B. Moia.*

*ESTUDIOS SOBRE LA OCLUSION CORONARIA. III. EL EFECTO DE LA DIGITAL SOBRE EL SEGMENTO RS-T DEL ELECTROCARDIOGRAMA DESPUES DE LA LIGADURA CORONARIA.* (*Studies on Coronary Occlusion. III. The Effect of Digitalis on The RS-T Segment of the Electrocardiogram After Coronary Ligation*). M. G. Mulinos y A. Leslie. "Am. Heart J.", 1942, 24, 671.

Se hicieron inyecciones intramusculares y endovenosas de ouabaina (en infusión continua hasta producir el paro cardíaco) en 17 gatos antes, inmediatamente después y 2 a 3 semanas después de la ligadura coronaria. Se observó que la ouabaina intramuscular aumentaba la desviación del segmento S-T provocada por la ligadura; el mismo resultado se obtuvo con la pitressina intramuscular, inyectada una semana después de la ligadura. La anoxemia (mezcla de O<sub>2</sub> al 10%, durante quince minutos) exagera la desviación del segmento S-T provocada por la ouabaina mientras que disminuye la de la pitressina.

La dosis mínima letal de ouabaina fué menor que la de los controles inme-

diatamente después de la ligadura, pero aumentó algo después de transcurrida una semana.

Aunque de estos experimentos se deduce que los cuerpos digitálicos producen constricción de las coronarias del gato, esta no es suficientemente grande para aumentar en forma significativa la toxicidad de la ouabaina en los gatos con arterias ligadas y por lo tanto no parece ser una droga especialmente peligrosa después de la oclusión coronaria en el hombre. — *B. Moia*.

*IV. OBSERVACIONES EXPERIMENTALES SOBRE LOS VASODILATADORES Y LA CIRCULACION CORONARIA, (Vasodilators And The Coronary Circulation. Experimental Observations). A. Leslie y M. G. Mullins. "Am. Heart J.", 1942, 24, 679.*

En 16 gatos bajo anestesia por pentobarbital sódico se ensayó el efecto de trinitrina, papaverina hidroclicórica y aminofilina sobre el segmento RS-T, antes y durante la anoxemia provocada, y antes y después de la ligadura coronaria.

Las desviaciones del segmento RS-T aumentaron con la trinitrina; la papaverina las disminuyó, hubiera o no recibido el animal trinitrina. La aminofilina no produjo efectos apreciables.

Las alteraciones del segmento RS-T observadas después de la ligadura coronaria así como las modificaciones ulteriores provocadas por las tres drogas no pueden atribuirse a los descensos de la presión arterial. En efecto, los vasodilatadores sólo provocaron descensos menores de 15 mm. de Hg y de corta duración. En cambio, la sangría no produjo modificaciones electrocardiográficas hasta alcanzar presiones bajas, alrededor de 30 mm. Hg., momento en el cual la anoxemia exageró la desviación del segmento RS-T. Es de señalar que el efecto vasodilatador de la papaverina se obtuvo con concentraciones de sólo 3 mg. por kilo intraperitoneal. — *B. Moia*.

*TAQUICARDIA EXTREMA: CON DESCRIPCION DE UN PAROXISMO NO FATAL SIGUIENDO A UN INFARTO DE MIOCARDIO, (Extreme tachycardia: with report of non-fatal paroxysm following myocardial infarction). J. Edeiken. "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 52.*

Comenta dos casos de taquicardia ventricular extrema, uno de ellos observado en un niño de 22 días de edad, en el que apareció dos días antes de la muerte una taquicardia supraventricular de 320 por minuto. El otro caso correspondió a una mujer de 46 años con una oclusión coronaria aguda reciente: la taquicardia ventricular se presentó en dos ocasiones con un intervalo de un día y medio: en la primera duró 12 horas con una frecuencia ventricular de 310 por minuto, en la segunda ocasión la frecuencia descendió a 303 pero la duración se elevó a 34½ horas. Luego, restauróse el ritmo sinusal y la paciente prosiguió sin inconvenientes.

Los autores agregan estos dos casos a los 15 similares encontrados en la bibliografía y realizan un estudio de conjunto.

La edad varió entre 4 días y 50 años. En la infancia ocurrió la mayor

parte de los casos (12), asimismo las frecuencias más elevadas y los paroxismos más prolongados.

De los cuatro casos en los que ocurrió la muerte, el examen necrópsico pudo ser realizado en tres, comprobándose un miocardio normal. En dos casos existía una cardiopatía congénita, en otros dos ella era probable, un caso presentaba una trombosis coronaria, los restantes doce revelaban un corazón absolutamente normal.

Referente a las enfermedades asociadas, en un caso existía una meningitis estreptocócica, en dos bocio exoftálmico, en dos infecciones pulmonares y en dos trastornos gastrointestinales.

En cinco casos hubo un solo paroxismo, en los restantes ocurrieron por lo menos dos; su duración varió entre media hora y cinco días.

Algunos acusaban sintomatología durante los accesos, otros presentaban cianosis o palidez, disnea, descenso tensional, insuficiencia congestiva, etc.

En seis casos el tratamiento fué efectivo (digital o quinidina), en los restantes no pareció influenciar los paroxismos o impedir su recurrencia. — *J. González Videla.*

*ESTUDIOS CON EL BALISTOCARDIOGRAFO EN EL INFARTO CARDIACO AGUDO Y ANGINA DE PECHO CRONICA, (Studies with the Ballistocardiograph in Acute Cardiac Infarction and Chronic Angina Pectoris). I. Starr y F. C. Wood. "Am. Heart J.", 1943, 25, 81.*

Los estudios balistocardiográficos repetidos demuestran que en el período del infarto de miocardio reciente, la circulación puede estar normal o disminuída. Si es normal tiende a disminuir y alcanza habitualmente su mínimo entre la tercera y quinta semana, mejorando posteriormente. El trabajo ventricular izquierdo calculado por el gasto cardíaco y la presión sanguínea, sigue generalmente un curso similar. En las cardiopatías crónicas con angina de pecho de esfuerzo, la circulación es subnormal en la mayoría de los casos, siendo apoyado el diagnóstico por las evidencias balistocardiográficas. Este presenta alteraciones de su forma, sobre todo en los coronarios con tolerancia al ejercicio muy reducida. — *B. Moia.*

*SOBREVIDA DE CINCO AÑOS DESPUES DE LA PERFORACION DEL TABIQUE INTERVENTRICULAR CAUSADA POR OCLUSION CORONARIA. ESTUDIO HISTOLOGICO DE LOS RIÑONES DESPUES DE 350 INYECCIONES DE DIURETICOS MERCURIALES, (Five-year Survival after Perforation of Interventricular Septum caused by Coronary Occlusion. Histologic Study of Kidneys after 350 Injections of Mercurial Diuretics). F. C. Wood y M. Miller Livezey. "Am. Heart J.", 1942, 24, 807.*

Como consecuencia de la perforación septal consecutiva a un infarto de miocardio, este enfermo de 44 años, hizo una insuficiencia cardíaca a predominio derecho. Recibió, en cinco años, 650 cc. de diuréticos mercuriales y sus riñones no mostraron en la autopsia evidencia alguna de lesión por el mercurio. — *B. Moia.*

## INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

*TRES CASOS DE MIOCARDITIS GOMATOSA LOCALIZADA, (Three cases of localized gummatous myocarditis).* D. M. Spain y M. W. Johnnes. "Am. Heart J.", 1942, 24, 689:

Se describen tres casos de miocarditis gomatososa localizada produciendo trastornos de la conducción auriculoventricular e intraventricular. En un caso el goma chocaba con las válvulas tricúspide y pulmonar provocando su insuficiencia. En el otro, el tejido gomatoso invadía la valva posterior de la mitral originando su estenosis e insuficiencia. Sin embargo, en ninguno de los tres, los signos clínicos eran suficientemente manifiestos como para permitir el diagnóstico. No encontraron espiroquetas en el miocardio pero había otras lesiones viscerales sifilíticas y la Wasserman era positiva. Los dos primeros hicieron una insuficiencia cardíaca de curso rápido. El segundo murió en un ataque de Stokes-Adams. — *B. Moia.*

*SEIS CASOS AUTOPSIADOS DE LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO, (Six autopsied cases of disseminated lupus erythematosus).* C. M. Guion y E. C. Adams. "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 33.

Comentan seis casos de lupus eritematoso diseminado observado en mujeres cuya edad oscilaba entre 20 y 36 años. La duración de los dolores articulares varió entre 2 meses y 6½ años. En todos los casos existía la típica lesión cutánea, temperatura por períodos de 3 semanas a 4 años, taquicardia, considerable pérdida de peso, albuminuria con cilindruria y hematuria y moderada anemia secundaria. En cinco casos el episodio terminal fué una bronconeumonía, complicada en un caso por insuficiencia cardíaca congestiva; el caso restante presentó convulsiones e insuficiencia circulatoria inmediatamente antes de la muerte.

El examen necrópsico demostró la existencia de fibrina sobre las superficies pleural y pericárdica y evidencias de anormalidad renal. En un caso existía una endocarditis del tipo verrugoso localizada en la mitral, tricúspide, sigmoideas aórticas y endocardio mural del ventrículo izquierdo. En otro caso se comprobó una endocarditis del tipo Libman-Sacks sobre la válvula tricúspide. — *J. González Videla.*

*ARTRITIS REUMATOIDEA Y CARDIOPATIA REUMATICA EN CASOS AUTOPSIADOS, (Rheumatoid arthritis and rheumatic heart disease in autopsied cases).* Th. B. Bayles. "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 42.

De 23 casos autopsiados de artritis reumatoidea, seis presentaban alteraciones valvulares y miocárdicas similares a las que siguen habitualmente a la fiebre reumática. Las lesiones histológicas en cinco de esos casos eran inactivas.

Ante esta alta incidencia de cardiopatías, se plantea el interrogante de si ella obedece a una simple coincidencia, a una relación estrecha entre fiebre reumática y artritis reumatoidea o a la posibilidad de que la cardiopatía dependa directamente de esta última. — *J. González Videla.*



*CONDICIONES QUE PROVOCAN CONFUSION EN EL DIAGNOSTICO DE LA FIEBRE REUMATICA DE LOS NIÑOS, (Conditions causing confusion in the diagnosis of rheumatic fever in children). E. A. Hansen. "J.A.M.A.", 1943, 121, 987.*

Se estudiaron las causas de error en el diagnóstico de fiebre reumática en 271 niños del Departamento de Pediatría de la Universidad de Minnesota, internados o asistidos entre los años 1928 y 1941.

En un tercio de los casos, dicho diagnóstico ofreció dificultades, siendo las principales causas de error:

1) La existencia de dolores abdominales, la mayoría de ellos por apendicitis; 2) los dolores en los miembros (la mayoría por poliomielitis y osteomielitis); 3) manifestaciones de piel (eritematosas o purpúricas); 4) nefritis o cistitis agudas; 5) enfermedades febriles graves (septicemia, neumonia, endocarditis bacteriana); 6) reumatismo infeccioso poco intenso; 7) síntomas nerviosos de "corea minor". — *M. Joselevich.*

*LA EXISTENCIA DE ESTIGMAS REUMATICOS EN CORAZONES CONSIDERADOS COMUNMENTE COMO NO REUMATICOS, (The Incidencia of Rheumatic Stigmas in Hearts which are Usually Considered as Nonrheumatic). E. M. Hall y L. R. Anderson. "Am. Heart J.", 1943, 25, 64.*

De 124 corazones estudiados en la autopsia se encontraron 112 libres de lesiones valvulares y 12 con lesiones características de endocarditis. De los 112 aparentemente normales, el 66% tenía engrosamientos mínimos de las valvas mitrales y el 37.5% de las aórticas. En cortes pasando por los músculos papilares del ventrículo y a veces de ambas válvulas todos los estigmas reumáticos se presentaron en abundancia (arteritis, cambios fibrinoides, alteraciones del tejido elástico, nódulos de Aschoff e infiltraciones con histiocitos). Los nódulos de Aschoff se encontraron en el 29.5% de los casos y agrupaciones semejantes en otro 30.3%. En síntesis, en el 60.7% de los casos se diagnosticó una infección reumática mínima "positiva" curada; en el 32.1% restante una lesión reumática mínima "probable" curada, habiendo 8 casos más dudosos. Lo que quiere decir que en alrededor del 90% de los corazones estudiados existían estigmas de infección reumática en el miocardio estrechamente próximo a la válvula mitral. Estas lesiones se interpretan como la consecuencia de respuestas alérgico-hiperérgicas a las infecciones recurrentes de las vías respiratorias superiores a virus reumático, en personas relativamente inmunes. De ello se deduciría que el virus reumático está ampliamente extendido en forma tal vez comparable a la tuberculosis y la poliomielitis. Como corolario la mayor parte de la población estaría inmune a él, como lo está para la tuberculosis y la poliomielitis. — *B. Moia.*

## PRESION ARTERIAL Y VASOS

*ENSAYO DE LA RENINA EN CONEJOS CON HIPERTENSION RENAL EXPERIMENTAL*, (*The assay of renin in rabbits with experimental renal hypertension*). G. W. Pickering, M. Prinzmetal y A. R. Kelsall. "Clin. Sc.", 1939-42, 4, 401.

Se ensayó el contenido de renina de extractos renales de conejo obtenidos por tres métodos diferentes, comparando su acción hipertensora con la de preparaciones "standard", comprobándose que el contenido de aquella en los riñones normales es muy variable.

Se comprobó que, en la hipertensión experimental, la cantidad de renina de los riñones depende del grado de constricción de la arteria y de la duración del aumento tensional del conejo: si la compresión es tan intensa como para provocar la necrosis renal, la hipertensión desaparece y el contenido de renina es muy bajo en los riñones. Si la hipertensión se mantiene entre 2 y 17 meses, el contenido de renina se hace normal.

Por lo tanto, puede decirse que la hipertensión experimental inicial se debe a la descarga de renina de los riñones, pero que existen otros factores que originan la hipertensión prolongada, puesto que entonces el contenido de dicho cuerpo no está aumentado. — *M. Joselevich.*

*TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION RENAL EXPERIMENTAL CON RENINA PARCIALMENTE PURIFICADA*, (*Treatment of Experimental Renal Hypertension with partially Purified Renin*). G. E. Wakerlin, C. A. Johnson, E. L. Smith, B. Gomberg, J. R. Weir, W. G. Moss y M. L. Goldberg. "Am. Heart J.", 1943, 25, 1.

Los autores utilizaron comúnmente soluciones de renina preparada por el método de Grossman, pero empleando la acetona como elemento deshidratante y eliminando las proteínas asociadas por precipitación isoeléctrica. Con excepción de dos casos, las soluciones equivalían a 1 g. de corteza renal fresca por c. c. El tratamiento consistía en inyecciones de 1 c.c. por k. de peso de animal. La renina se inactivaba calentándola a 70° durante media hora. En 6 de 15 perros se impidió la aparición de la hipertensión experimental administrando la renina parcialmente purificada tres meses antes y tres después de la constricción de la arteria renal. Dos de cuatro perros fueron protegidos por renina de cerdo, y de perro, respectivamente, uno de cuatro por renina de cerdo inactivada, uno de uno por renina de conejo y ninguno de dos por renina humana inactiva. El extracto de hígado preparado como la renina, fué siempre inactivo.

Después de interrumpido el tratamiento con renina de cerdo, la presión volvió a subir en los meses siguientes, pero se la pudo normalizar nuevamente con posteriores series de renina de cerdo, la cual fué asimismo eficaz como antipresora, en perros en los cuales habían fracasado los otros tipos de renina. El mecanismo de esta acción no aparece en la actualidad bien claro, pues puede deberse a la acción de la renina o a las impurezas que la acompañan. Casi con seguridad no se trata de una sustancia antirrenina. Las investigaciones continúan en ese sentido. — *B. Moia.*

**RELACION ENTRE LAS LESIONES VASCULARES Y LA HIPERTENSION ARTERIAL**, (*The relation of vascular disease to the hypertensive state*). B. Castleman y R. H. Smithwick. "J.A.M.A.", 1943, 121, 1256.

Aprovechando la incisión operatoria efectuada en 100 hipertensos para la resección de los esplácnicos, los autores realizaron el estudio histológico del tejido renal obtenido mediante la biopsia.

La edad media de los enfermos era de 39 años y sus cifras tensionales medias de 210 y 130; la duración media de la hipertensión era de 6 años; todos presentaban lesiones vasculares retinianas, habiendo dado resultados normales la prueba de la fenolsulfoftaleína en 60 de los casos.

Sólo el 47 por ciento de las biopsias mostraron lesiones arteriolas francas de los riñones; el 53 por ciento restante tenía lesiones medianas (25%) o insignificantes y ausentes (28%).

Estas comprobaciones contradicen, tanto la teoría de que las lesiones vasculares renales son la causa única de la hipertensión arterial, como la de que el origen de ésta radica en la isquemia producida por la pre-existencia de dichas lesiones vasculares. En cambio apoyan el concepto de que, en esos enfermos la hipertensión precedió a la lesión vascular y de que ésta no hizo más que agravar la hipertensión pre-existente. — *M. Joselevich*.

**LOS ANTECEDENTES FAMILIARES EN LA HIPERTENSION ARTERIAL. UN ESTUDIO DE 4.376 EXAMENES PARA SEGURO DE VIDA**. (*The family history in arterial hypertension. A study of 4.376 insurance examinations*). R. H. Feldt y D. W. Wenstrand. "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 61.

En 4376 sujetos que habían solicitado seguro de vida a causa de su hipertensión y en 2188 normotensos pero que lo solicitaran por otras causas se investigó la incidencia familiar de diabetes y de afecciones cardiovasculares. Con relación a la diabetes no existieron diferencias significativas y en cuanto a la incidencia de cardiopatías fué sólo suavemente mayor entre los hipertensos que entre los sujetos con cifras tensionales normales. No parece probable pues, que la herencia juegue un papel de indudable importancia en la etiología de la hipertensión. — *J. González Videla*.

**PIELOGRAMAS EN PACIENTES CON HIPERTENSION ESENCIAL Y MALIGNA**, (*Pyelograms in patients with essential and malignant hypertension*). J. C. Shrader, J. M. Young e I. H. Page. "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 505.

Los autores procuran establecer si existe un pñelograma característico de los hipertensos o si entre ellos es mayor la incidencia de urogramas anormales que entre los normotensos. Comparan para ello los resultados obtenidos en 100 sujetos con elevada presión arterial y 100 individuos con cifras tensionales normales, comprobando que los pielogramas y la incidencia de anormalidades urográficas no difieren significativamente entre uno y otro grupo. — *J. González Videla*.

*LA HIPERTESION EN LAS PERSONAS MAYORES DE CUARENTA AÑOS*, (*Hypertension in people over forty*). A. M. Master, H. H. Marks y S. Dack. "J.A.M.A.", 1943, 121, 1251.

Se acepta como cifras tensionales máximas normales las de 140 y 90. Si ello fuera cierto, la mitad de los hombres y el 60 por ciento de las mujeres serían hipertensos al sobrepasar los 40 años de edad. Así lo establecen las investigaciones efectuadas por los autores en 15.000 personas comprendidas entre los 40 y 90 años (8.483 varones y 6.366 mujeres). Tomando como máximas, cifras algo más elevadas (150 y 100), tendríamos todavía que son hipertensos la tercera parte de los hombres y las dos quintas partes de las mujeres mayores de 40 años de edad.

A medida que se avanza en edad más allá de los 40 años, aumenta progresivamente la proporción de hipertensos, presentando cifras anormales la mayoría de los hombres después de los 60 y de las mujeres después de los 50. Los autores sostienen, en vista de esos resultados, que deben ser revisadas las cifras máximas normales aceptadas hasta ahora, aunque todavía tienen en estudio el material analizado para poder formular sus propias conclusiones. — *M. Joselevich*.

*HIPERTENSION Y ROTURA CARDIACA*, (*Hypertension and Cardiac Rupture*). H. A. Edmondson y H. J. Hoxie. "Am. Heart J.", 1942, 24, 719.

Sobre 25.000 autopsias (Los Angeles County Hosp., 1924-1941) encuentran los autores 865 corazones con infartos de miocardio no curados, de los cuales 72 con rotura espontánea del área ventricular infartada, que en el 70 % (50 casos) lo fué en la cara anterior y en 13 casos en el tabique interventricular.

Existía cicatriz en el 58.4% de los no perforados y en el 26.3% de los casos con rotura; en estos el infarto tendía a ser menor, más completamente necrótico y con mayor infiltración polimorfonuclear.

Las cifras medias de la presión arterial resultan mayores en los casos con rotura (148/93) que en los sin rotura (128/81). Las roturas fueron más frecuentes (25 sobre 28) en los corazones pesando menos de 400 gs. que en los por encima de esa cifra (4%).

De ello se deduce que el grado de reblandecimiento miocárdico y de presión intraventricular son los factores que determinan la rotura cardíaca, tanto más frecuente cuanto más elevada persiste la presión arterial durante la evolución del infarto (proporción de 3:1 con respecto a los con presión normal o baja). La ausencia de hipertrofia cardíaca así como de cicatriz favorecen la rotura.

Las causas que provocan la rotura del tabique interventricular son similares a las que originan la rotura en otra parte del ventrículo. Pero en estos casos la sobrevida es mucho mayor.

El lapso transcurrido desde la aparición del infarto hasta la rotura es tér-

## ANÁLISIS DE REVISTAS

mino medio de 7.4 días. En el 98% la rotura se produjo en o antes de los 16 días.

Recomiendan los autores tener especial cuidado con aquellos enfermos en los que, después del infarto la presión arterial permanece alta. — *B. Moia*.

*OCLUSION EMBOLICA DE LAS ARTERIAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES, (Embolic arterial occlusion of lower extremities). A. Lesser. "J.A.M.A.", 1943, 122, 285.*

La intervención precoz, dentro de las 6 a 8 horas de producida la embolia, constituye una esperanza de salvar el miembro afectado y la vida del enfermo; el 90 por ciento de los que no son así tratados muere en un plazo de 2 semanas.

Se refieren los buenos resultados de 4 embolectomías efectuadas en 3 enfermos, destacándose que se trata de una operación sencilla, que no presenta mayores riesgos de por sí, habiéndole facilitado la introducción de la heparina en la práctica quirúrgica.

El tratamiento médico (papaverina endovenosa y bloqueo del simpático paravertebral o lumbar para combatir el espasmo), no debe prolongarse más allá de las 6 horas, si no da resultado. — *M. Joselevich*.

*UN CASO DE PERIARTERITIS NUDOSA DE EVOLUCION FAVORABLE. F. C. Arrillaga, A. C. Taquini y J. C. Lazcano González. "Medicina", 1943, 3, 202.*

El caso estudiado muestra una periarteritis nudosa diagnosticada clínica y anatómicamente con una evolución de 3 años, que aparentemente ha llegado a la curación. — *Autor*.

*COAGULACION DE LA SANGRE EN LAS CLAUDICACIONES INTERMITENTES Y GANGRENAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES. A. V. Di Cío y R. Bay. "Prensa Méd. Arg.", 1943, 30, 789.*

Los autores estudian el comportamiento del tiempo de coagulación y de protrombina así como su concentración en 58 casos de claudicación intermitente y 28 de gangrena de las extremidades inferiores, observando que mientras los últimos valores son normales, el tiempo de coagulación se encuentra evidentemente acortado en el 61 por ciento de los casos. — *B. Moia*.

*EL CAUDAL DE SANGRE PERIFERICA EN UN CASO DE FEOCROMOCITOMA ADRENAL ANTES Y DESPUES DE LA OPERACION, (The Peripheral Blood Flow in a Case of Adrenal Pheocromocytoma before and after Operation). W. F. Evans y H. J. Stewart. "Am. Heart J.", 1942, 24, 935.*

Las mediciones efectuadas antes y un año después de la operación demuestran que en este caso, antes de la operación, cuando el metabolismo basal estaba

## ANÁLISIS DE REVISTAS

elevado, había una acentuada disminución relativa del caudal sanguíneo periférico, atribuída a la hiperadrenalinemia, la que desapareció después de la operación, que produjo además la normalización del metabolismo basal. El tiempo de circulación era más breve antes que después de la intervención. La temperatura cutánea más baja que la rectal se atribuye a esta vasoconstricción. Los periodos de transpiración se interpretan como una medida del organismo para perder calor por evaporación. La temperatura volvió a la normal después de la intervención. Lo mismo sucedió con la presión arterial y pulso, elevados antes de la misma. — *B. Moia.*

### TERAPEUTICA

*LA DIETA HIPOMINERAL EN LOS CARDIACOS.* M. R. Castex, A. Battro, A. A. Sanguinetti y J. A. Stefanini. "Medicina", 1942, 2, 294.

Los autores estudian los efectos de una dieta baja en Na y K ("dieta hipomineral equilibrada") cuya composición es la siguiente: leche, 150 g.; fideos de sémola o arroz, 300 g.; huevos, 2; manteca, 50 g.; manzanas o naranjas (peladas) 100 g.; jugo de un limón, 30 g. Esta dieta tendría sólo 0.769 de Cl, 0.393 de Na y 0.999 de K, contra 8.500, 5.500 y 4.500, respectivamente, de las dietas comunes. Se efectuaron estudios de los electrólitos del plasma antes y después del tratamiento, observándose una tendencia a la normalización con la mencionada dieta. El resultado más manifiesto fué el descenso del peso con atenuación de los edemas, aunque no se obtuviera siempre efecto diurético. También se observaron efectos beneficiosos sobre el éxtasis visceral (pulmones, hígado, etc.). — *B. Moia.*

*EL USO DE LA HEPARINA PARA LAS COMPLICACIONES QUE SIGUEN A LA ESCLEROSIS DE LAS VENAS VARICOSAS POR LA INYECCION MASIVA.* (*The use of Heparin for the Complications which Follow Sclerosis of Varicose Veins by Massive Infection*). S. H. Shewitz, "Am. Heart J.", 1924, 24, 774.

En el tratamiento de las venas varicosas por la inyección de una sola vez de una dosis de ricinoleato de sodio, se observa la aparición de edema precoz, causada por la producción de trombosis venosa, más allá de los límites deseados. Para combatir esta complicación los autores inyectaron por vía intravenosa 10.000 U de heparina (Liquemine Roche) cada cuatro horas (no se hizo en inyección continua, porque los enfermos estaban en camas oscilantes). Se observó que la esclerosis venosa, no iba seguida de dolor y que el edema desapareció en un plazo mucho más breve. — *B. Moia.*

*LOS EFECTOS DE LA ADMINISTRACION REPETIDA DE LANATOSIDO C SOBRE EL MIOCARDIO DEL PERRO.* (*The Effects of Repetaed Administration of Lanatoside C on the Myocardium of the Dog*). H. Rosenthal, G. Biskind y H. E. Kruger. "Am. Heart J.", 1942, 24, 734.

Se hicieron inyecciones endovenosas reeptidas de dosis tóxicas de lanatosido C y digitoxina al perro, sometiéndolo además a dietas que favorecieran al máximo

la hiponutrición miocárdica. En los perros que recibían la digitoxina se comprobaron necrosis miocárdicas focales, de relativa menor extensión en 6 de los 8 que recibieron el lanatosido C. Esto vale especialmente para aquellos que fueron mantenidos a dietas que aseguraban un buen estado general. — *B. Moia.*

*EL USO DE OUABAINA EN RAPIDAS ARRITMIAS CARDIACAS, (The use of ouabain in rapid cardiac arrhythmias).* W. I. Gefter y W. G. Leaman. "Am. J. Med. Sc.", 1943, 205, 190.

Los autores observan la respuesta a la ouabaína en 33 pacientes con arritmias y una frecuencia ventricular entre 140 y 210 por minuto: 2 casos eran de taquicardia paroxística auricular, 4 de aleteo auricular, 24 de fibrilación auricular, 2 de taquicardia sinusal y uno de taquicardia paroxística ventricular. Nueve pacientes presentaban insuficiencia cardíaca congestiva.

A cada uno de los pacientes se administró 0.5 mgr. de ouabaína por vía endovenosa y una hora después 4 a 8 unidades gato de digital por vía oral. Luego, prosiguióse desde el día siguiente con una unidad gato diaria de digital.

La mejoría ocurrió en una hora en cuatro de nueve pacientes con cardioesclerosis, en cinco de nueve pacientes con hipertensión, en cuatro de cinco pacientes con arterioesclerosis e hipertensión, en cinco de seis pacientes con cardiopatías reumáticas y en uno con tirotoxicosis; no se produjo, en cambio, en un paciente con una cardiopatía congénita y en ninguno de los dos que no padecían de enfermedad cardíaca. En dos horas la mejoría alcanzó a 21 pacientes y en 12 horas a 28 (84.9%).

No hubo relación entre la prontitud de la mejoría y la edad del paciente, la insuficiencia congestiva asociada o la frecuencia ventricular inicial.

Una dosis endovenosa de ouabaína produce, pues, una reducción significativa en la frecuencia ventricular y es un método eficaz de tratamiento para las rápidas arritmias cardíacas de origen auricular. — *J. González Videla.*