

ANALISIS DE REVISTAS

SEMIOLOGIA

UN METODO OBJETIVO PARA LA DETERMINACION DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA (METODO DE LA FLUORESCEINA), (An objective method of determining blood velocity (fluorescein method), D. B. Fishback, S. A. Guttman y E. B. Abramson. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 535.

Miden la velocidad circulatoria inyectando en la vena antecubital 3 c. c. de una solución de fluoresceína sódica al 20 % y observando el tiempo que transcurre desde la iniciación de la inyección hasta la aparición de un color amarillo brillante en la conjuntiva palpebral inferior.

La prueba fué efectuada en 50 pacientes con corazón normal o perfectamente compensado, variando el resultado entre 7 y 15.6 segundos. En cambio, en pacientes con franca descompensación cardíaca la velocidad circulatoria varió entre 16 y 25 segundos. En otro grupo de casos, los resultados comparados con los obtenidos con sulfato de magnesio fueron marcadamente similares.

Dado que el método es eminentemente objetivo, es de particular utilidad para los sujetos inconscientes, moribundos, dementes, comatosos o de corta edad, en los que no pueden ser utilizados los métodos que basan sus determinaciones en las apreciaciones subjetivas del paciente. — *J. González Videla.*

EL EFECTO DE UN DERIVADO DEL ACIDO BARBITURICO SOBRE EL TIEMPO DE CIRCULACION DETERMINADO CON LOBELINA, (The effect of a barbituric acid derivative on the lobeline circulation time), K. Berliner y A. Lilienfeld. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 349.

Dado que la determinación de la velocidad circulatoria mediante la lobelina exige un funcionamiento normal del centro respiratorio, los autores han procurado determinar si la administración de drogas que deprimen aquel centro ejerce alguna influencia sobre el resultado de la prueba.

Para ello, se administró 0.18 a 0.27 gr. de seconal a 50 pacientes en los cuales se había determinado con antelación la velocidad circulatoria con lobelina.

Cuando el efecto hipnótico era mínimo, las diferencias encontradas fueron relativamente pequeñas, la mayor parte de las veces en el sentido de un acortamiento.

En los casos en los cuales el efecto hipnótico fué intenso, las diferencias fueron considerables, habiendo casi siempre una marcada prolongación de la velocidad circulatoria en la segunda determinación.

En una serie de control de 100 dobles mediciones sin administración de seconal la variación fué pequeña y el acortamiento del tiempo de circulación tan frecuente como su prolongación.

El seconal actúa, pues, aumentando el tiempo de circulación obtenido con la lobelina, siendo esta prolongación debida a su acción depresora sobre el centro respiratorio y el seno carotídeo. En consecuencia, la lobelina no debe ser utilizada para determinar la velocidad circulatoria en pacientes que estén

bajo la influencia de barbitúricos u otras drogas (ej. morfina) que deprimen el centro respiratorio o en aquellos estados patológicos que se asocian con ritmo de Cheyne-Stokes u otras formas de depresión del centro mencionado (accidente cerebral, uremia, coma diabético, etc.). Esta limitación del uso de la lobelina se extiende también a todo otro método que intente medir la velocidad circulatoria por su acción sobre el centro respiratorio o el seno carotídeo. — *J. González Videla.*

COMPRESION NASAL Y AUSCULTACION PRECORDIAL EN LOS NIÑOS, T. Ortiz Ramírez. "Arch. Lat. Am. de Card. y Hemat.", 1942, 12, 185.

Se propone una sencilla maniobra propedéutica para determinar en los niños apnea, en los casos en que no es posible ejecutarla voluntariamente.

La compresión nasal, digital, en los niños, provoca una bradicardia franca, que alarga la diástole, disocia algunos ruidos a primera vista homogéneos, y origina la desaparición de soplos anorgánicos, todo dentro del silencio respiratorio más propicio. — *Autor.*

DIAGNOSTICO EN VIDA DE LOS TUMORES DEL CORAZON, (*Antemortem diagnosis of tumours of the heart*), J. C. Doane y R. Pressman. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 520.

Comentan un caso personal de metástasis neoplásica cardíaca y 20 casos similares hallados en la bibliografía con diagnóstico premortem y confirmación necrópsica.

De estos 20 casos, 13 eran sarcomas y 7 carcinomas. La aurícula derecha fué muy frecuentemente el asiento de la neoplasia (9 casos). Cuando ésta se sitúa en el corazón derecho, el septum interventricular con frecuencia es englobado, con lo que puede afectarse el sistema de conducción (9 casos). La neoplasia se localizó en el ventrículo izquierdo en 7 de estos casos. La vena cava superior fué invadida y parcialmente obstruída en 3 casos y la arteria pulmonar en uno. El pericardio participó en el proceso en 9 casos.

El cuadro clínico no sugiere en ocasiones la verdadera naturaleza de los cambios existentes: el paciente presenta súbita e inesperadamente signos de insuficiencia cardíaca congestiva o signos que sugieren una endocarditis bacteriana subaguda o experimenta una muerte brusca y sorpresiva.

Otras veces, los signos y síntomas orientan hacia la existencia de una tumoración cardíaca: aparición de alteraciones del ritmo (fibrilación auricular, bloqueos, extrasístoles, taquicardias paroxísticas, etc.), insuficiencia cardíaca congestiva que se presenta sin causa aparente en un portador de neo, rápida producción de un derrame pericárdico frecuentemente de naturaleza hemorrágica, fijación del borde derecho del corazón demostrada radioscópicamente, síndrome de obstrucción de la vena cava superior aparecido en forma súbita sin causa que lo explique. — *J. González Videla.*

PATOLOGIA

ESTENOSIS PULMONAR CONGENITA CON AGRANDAMIENTO VENTRICULAR IZQUIERDO ASOCIADO A DEFECTO DEL TABIQUE ATRIAL, (Congenital Pulmonary Stenosis with Left Ventricular Enlargement Associated with Atrial Septal Defect), P. Wood. "Brit. Heart J.", 1942, 4, 11.

Se describe el caso de una niña de 6 años con enfermedad azul, con intensa desviación del eje eléctrico a la izquierda y agrandamiento ventricular izquierdo prominente en la radiografía. El examen neurológico revelaba la existencia de una combinación de hemiplejia izquierda con paraplejia. La policitemia era tan acentuada que llegó a tener 11.200.000. El examen necrópsico reveló la existencia de una estenosis pulmonar con comunicación interauricular, con hipertrofia ventricular izquierda e intensa congestión visceral especialmente meníngea y cerebral. El aumento de presión en la aurícula derecha, como consecuencia de la estenosis pulmonar, explicaría el por qué el cortocircuito se hacía en este caso, al revés de lo que sucede habitualmente en la comunicación interatrial, de derecha a izquierda, lo que explica el agrandamiento ventricular izquierdo. — *B. Moia.*

INFLUENCIA DEL CLIMA TROPICAL DE COSTA RICA EN LAS CARDIOPATIAS, E. García Carrillo. "Arch. Lat. Am. de Card. y Hemat.", 1942, 5, 193.

Se analizan los factores climáticos de Costa Rica, y se indica que su clima tropical y ecuatorial, no influye sobre la alta mortalidad por afecciones cardíacas, que se constata aquí como en otros países. El clima de meseta no es desfavorable para los aclimatados, pero no protege tampoco contra las afecciones reumáticas. Se mencionan las indicaciones y contra-indicaciones que en nuestro concepto están de acuerdo con el clima, en lo concierne a las enfermedades cardíacas. — *Autor.*

INFARTOS EN CARDIOPATIAS, (Infarction in heart disease), C. F. Garvin. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 473.

El autor trata de establecer la incidencia y los factores que influyen la ocurrencia de infartos en 771 casos consecutivos autopsiados, en los que una cardiopatía constituyó la principal causa de la muerte.

El 45.9 % de los casos tenía uno o más infartos en el pulmón, cerebro, riñones, bazo, extremidades o intestinos.

La endocarditis bacteriana subaguda fué el tipo de cardiopatía más frecuentemente asociado con infartos viscerales (80 %). Le siguieron en orden de frecuencia la esclerosis coronaria (50 a 60 %), las cardiopatías reumáticas (50 %) y la hipertensión y sífilis cardíaca (40 %).

La proporción de casos con un órgano infartado fué de 27.1 %; con dos infartos viscerales, 13.5 %; y con tres o más, 5.3 %. — *J. González Videla.*

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN DESVIACION DEL SEGMENTO S-T EN EL ELECTROCARDIOGRAMA, (Acute myocardial infarction without desviation of the S-T segment in the electrocardiogram), R. Langendorf y B. Kovitz. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 204, 239.

Comentan dos casos de infarto de miocardio reciente, demostrado en la necropsia, en los cuales el e.c.g. no mostró ninguna elevación del segmento S-T, como es lo habitual durante el período agudo.

Dado que experimentos recientes sugieren que los cambios confinados a las capas subendocárdicas no son reflejados en el e.c.g. de la misma manera que los cambios en las capas subepicárdicas y que la elevación del segmento S-T parece estar asociada exclusivamente a la injuria del miocardio subepicárdico, los autores pensaron que la atipia electrocardiográfica de sus casos obedecería a una localización especial de la necrosis que respetaría las capas subepicárdicas. El examen histológico demostró, efectivamente, la existencia de un infarto muy reciente de la pared anterior del ventrículo izquierdo con absoluta integridad del miocardio subepicárdico.

Los autores sugieren además que algunos casos de infarto de miocardio con alteraciones electrocardiográficas tardías y confinadas a la onda T puedan ser también la expresión de una idéntica localización de la lesión que respeta las capas subepicárdicas. — *J. González Videla.*

INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

HISTORIA NATURAL DE LAS CARDIOPATIAS REUMATICAS: UN ESTUDIO ESATDISTICO. — I: COMIENZO Y DURACION DE LA ENFERMEDAD, (The natural history of rheumatic cardiac disease. I.—Onset and duration of disease), A. E. Cohn y C. Lingg. "J.A.M.A.", 1943, 121, 1.

Este trabajo se basa en el estudio de 12.000 enfermos de las clínicas para cardíacos de Nueva York; 3129 de estos enfermos han muerto, habiendo sido observados durante períodos que variaron alrededor de los 15 años.

La fiebre reumática puede empezar a cualquier edad, pero lo hace generalmente entre los 5 y 10 años el 70 % antes de los 15 años). En la niñez se manifiesta por poliartritis en la mitad de los casos y por carditis y corea en un tercio de los mismos. En los adultos comienza principalmente por poliartritis, siendo cada vez más frecuente la iniciación por lesiones valvulares "primitivas" a medida que la edad es más avanzada.

El término medio de sobrevivencia es de 13 años: el 50 % muere dentro de los 9 años de iniciado el reumatismo y sólo el 10 % sobrepasa los 30 años desde el comienzo de la enfermedad. El 65 % de las cardiopatías reumáticas se observa en la niñez; sólo el 3 % aparece después de los 45 años, en cuya edad se encuentra el 16% de la totalidad de las cardiopatías reumáticas (incluyendo el 13% que enfermó antes de esas edad). — *M. Joselevich.*

II: MANIFESTACIONES DE ACTIVIDAD REUMÁTICA (RECURRENCIA, SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN Y PRONÓSTICO), (*Manifestations of rheumatic activity: recurrence, severity of infection and prognosis*), A. E. Cohn y C. Lingg. "J.A.M.A.", 1943, 121, 113.

Se estudiaron las manifestaciones de recrudecimiento de la actividad reumática en 3.129 enfermos ya considerados en un trabajo anterior. La poliartritis constituye su forma más frecuente en todas las edades, siendo la única manifestación de la actividad reumática recurrente en el 40 % de los enfermos comprendidos entre los 15 y 30 años de edad. Los síntomas de actividad recurrente se observan más a menudo en la niñez; en la mitad de los enfermos mayores de 30 años dichos síntomas faltaron por completo y en 9 sobre 10 adultos la infección fué muy ligera o estuvo totalmente ausente.

Cuanto menor es la edad de comienzo, mayores son las probabilidades de una recurrencia grave y de una corta sobrevivida. Aún los brotes recurrentes poco intensos tienen mucho peor pronóstico en el niño que en el adulto. — *M. Joselevich.*

AFECCIÓN CARDÍACA REUMÁTICA COMPLICANDO EL EMBARAZO. UN ESTUDIO DE 61 CASOS FALLECIDOS, (*Rheumatic heart disease complicating pregnancy. A study of 61 fatalities*), G. L. Hoffman y W. A. Jeffers. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 204, 157.

De las 1.789 grávidas fallecidas en Filadelfia entre los años 1931 y 1940, 61 padecían una cardiopatía reumática que constituyó la causa de su muerte. Esta fué provocada en 39 de esos casos por una descompensación cardíaca, en 9 por sepsis puerperal con insuficiencia cardíaca terminal, en uno por endocarditis bacteriana subaguda, en uno por endocarditis aguda y en otro por causa no determinada; en los 10 casos restantes la muerte se produjo en forma súbita.

El 32 % de los casos presentó síntomas o signos de insuficiencia cardíaca congestiva durante parte de la preñez, pero no en época próxima al parto; el 45 % sufría de franca descompensación cardíaca en los últimos períodos del embarazo.

El 79 % de los fallecimientos ocurrieron después del parto, particularmente en las primeras 24 horas. En cambio, el período de trabajo de parto fué relativamente benigno desde que sólo el 3 % de las muertes ocurrió durante su transcurso. Ello refuerza la creencia de que el vaciamiento y la subsiguiente contracción del útero fuerza a la sangre de los grandes vasos y senos uterinos hacia la circulación general, recargando la acción de un corazón dañado y pudiendo provocar una insuficiencia congestiva.

Del análisis de todos esos casos se deduce la conveniencia de una vigilancia estricta de las actividades de la grávida cardíaca, el pronto reconocimiento y tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva o de la infección interrecurrente, la administración de digital antes del parto, la realización de éste en lo posible por vía vaginal y la abstención de líquidos por vía endovenosa



ANÁLISIS DE REVISTAS

particularmente en las primeras 24 horas del post-partum. — J. González Videla.

ENDOCARDITIS BACTERIANA AGUDA DE LA VALVULA TRICUSPIDE, (*Acute bacterial endocarditis of the tricuspid valve*), H. L. Goldburgh, S. Baer y M. M. Lieber. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 204, 319.

Entre 26.007 autopsias practicadas en el Philadelphia General Hospital, encuentran 646 casos de endocarditis bacteriana aguda. La válvula mitral fué la más frecuentemente afectada (47.6 %), siguiendo en orden de frecuencia las válvulas aórticas (25.4 %), las válvulas mitral y aórtica agredidas simultáneamente (18.7 %), la válvula tricúspide (3.1 %) y las válvulas pulmonares (0.8 %).

De los 20 casos de endocarditis limitada a la tricúspide, nueve eran debidos al neumococo, que parece así atacar esta válvula con mayor frecuencia que otros gérmenes.

Terminan los autores recalcando la ausencia habitual de hallazgos auscultatorios en la endocarditis bacteriana aguda localizada en la tricúspide. — J. González Videla.

LA INCIDENCIA DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA AGUDA Y SUBAGUDA EN LAS CARDIOPATIAS CONGENITAS, (*The incidence of acute and subacute bacterial endocarditis in congenital heart disease*), R. Gelfman y S. A. Levine. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 204, 324.

Los autores revisan los protocolos de cuatro hospitales de Boston con el propósito de determinar la incidencia de la endocarditis o endoarteritis bacteriana aguda y subaguda en las cardiopatías congénitas. En el 1.33 % (453 casos) de los 34.023 protocolos examinados, existía un defecto cardíaco congénito, pero solamente el 0.5 % excedió de los dos años de edad.

La incidencia de endocarditis o endoarteritis bacteriana fué de 6.6 %, proporción que aumentaba a 16.6 % si se consideraban sólo los casos cuya edad sobrepasaba los dos años.

La distribución de hombres y mujeres guardaba una proporción de 3 a 2 en el grupo total de cardiopatías congénitas y en el grupo de casos que padecieron una endocarditis infecciosa.

La anomalía congénita más común fué un defecto en el septum interauricular, presente en 179 casos; a pesar de ello, ninguno complicóse con endocarditis bacteriana. El defecto más frecuente después del anterior fué la existencia de una comunicación interventricular, comprobada en 164 casos, 17 de los cuales padecieron una endocarditis bacteriana. La persistencia del conducto arterioso existía en 134 casos; de ellos, sólo 14 sobrepasaron los dos años de edad, sufriendo cuatro de esos casos una endoarteritis bacteriana subaguda. Una válvula aórtica bicúspide congénita fué comprobada en 63 casos, complicados por endocarditis bacteriana en 11 ocasiones. La estenosis pulmonar congénita abarcó 43 casos, 8 complicados por endocarditis infecciosa, correspondiendo a la tetralogía de Fallot las cifras de 16 y 2 respectivamente. — J. González Videla.

PRESION ARTERIAL

REFLEJO VASODEPRESOR HIPERACTIVO DEL SENO CAROTIDEO, (Hyperactive vasodepressor carotid sinus reflex), L. H. Sigler. "Arch. Int. Med.", 1942, 70, 983.

Realiza el autor un estudio del efecto vasodepresor del reflejo del seno carotídeo en 700 sujetos, en su mayor parte afectados de su aparato cardiovascular. Las respuestas fueron generalmente mayores cuando el paciente se hallaba en posición de pie. Cuando se producía una caída tensional, ésta comenzaba inmediatamente después de la estimulación y alcanzaba su máximo en 4 a 50 segundos, retornando la presión arterial a su nivel original en 30 segundos a 3 minutos después que la estimulación fué interrumpida. En aquellos pacientes que presentaban otras manifestaciones del reflejo, tales como vértigos, lipotimias, etc., ellas ocurrían en el momento en que la presión arterial alcanzaba su nivel más bajo o un poco después.

De los 700 pacientes, 596 sufrieron una caída tensional y 33 mostraron un aumento. El descenso afectó electivamente a la tensión sistólica o la diastólica o comprendió a ambas a la vez; fué relativamente mayor en el sexo masculino y en los pacientes hipertensos era tanto más pronunciado cuanto más alta era la tensión original. El grado de respuesta se intensificaba asimismo a medida que la edad de los pacientes avanzaba. Una buena proporción de sujetos que no mostraron cardioinhibición proporcionaba una respuesta vasodepresora e inversamente.

Estos resultados hablan a favor de la existencia de una inestabilidad del sistema vasomotor en los pacientes que sufren una marcada caída tensional por la estimulación del seno carotídeo. Posiblemente una de las causas predisponentes de esa inestabilidad sea la arterioesclerosis, ya que el grado de respuesta es más acusado cuando las circunstancias son propicias para su existencia (sexo masculino, avanzada edad e hipertensión marcada), pudiendo existir así trastornos circulatorios locales en la médula o en las terminaciones eferentes del sistema vasomotor en el árbol vascular. — *J. González Videla.*

EL EFECTO DE LOS EMBARAZOS SOBRE EL PROMEDIO TENSIONAL SANGUINEO Y SOBRE LA INCIDENCIA DE HIPERTENSION, (The effect of parity on the average blood pressure and on the incidence of hypertension), C. E. Isenhour, K. Kuder y L. V. Dill. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 333.

Los autores tratan de determinar la incidencia de hipertensión y el promedio tensional en mujeres de diversa edad que tienen o han tenido embarazos a repetición, con el objeto de precisar si tales hallazgos pueden ser relacionados a toxemias de la preñez.

Para ello analizan las historias clínicas de 900 grávidas y de 900 nulíparas, cuya edad oscilaba entre 20 y 60 años o más. Ninguno de esos casos presentaba afección valvular aórtica, fiebre o debilidad general y sólo se consideró hipertensa

a la enferma que promedió una tensión sistólica de 140 mm Hg. o más y una diastólica de 90 mm Hg. o más.

Los niveles sistólico y diastólico no mostraron significativas diferencias en ambos grupos. La incidencia de hipertensión fué suavemente mayor en el grupo de nulíparas, a pesar de que su peso corporal era netamente más bajo. El número de embarazos anteriores no influyó tampoco sobre las cifras tensionales.

Es probable, por lo tanto, que la hipertensión que ocurre tras una toxicosis gravídica no sea el resultado de esta complicación del embarazo, sino que se presente primordial o exclusivamente en aquellos pacientes propensos a la enfermedad hipertensiva. — *J. González Videla.*

EL EFECTO DEL EMBARAZO SOBRE LA HIPERTENSION RENAL EXPERIMENTAL EN LAS RATAS, (Effect of pregnancy on experimental renal hypertension in rats), P. P. Foá, N. L. Foá y M. M. Peet. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 204, 350.

La presión sistólica normal de la rata albina promedia 85 mm Hg, siendo suavemente más baja en el verano.

La anestesia etérea no tiene efecto apreciable sobre la tensión sistólica de ratas normales.

La presión sistólica en las ratas no cambia significativamente durante el embarazo normal.

Una hipertensión de varios meses de duración puede ser producida en las ratas comprimiendo una arteria renal sin dañar el estado general. Esta hipertensión es muy reducida durante la preñez (el descenso posiblemente se deba a un mecanismo endócrino), pero vuelve a subir inmediatamente después del parto.

La compresión de la arteria renal de ratas preñadas es seguida por rápida declinación y muerte, pudiendo aparecer o no hipertensión. — *J. González Videla.*

EL PRONOSTICO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL, (Prognosis in hypertension), R. M. Daley, H. E. Ungerleider y R. S. Gubner. "J.A.M.A.", 1943, 121, 383.

El pronóstico de la hipertensión arterial debe ser formulado en cada caso en particular, teniendo en cuenta los numerosos factores que pueden influir sobre el mismo. En primer término se debe asegurar su diagnóstico, puesto que la presión arterial experimenta variaciones espontáneas en los sujetos normales e hipertensos. Luego debe establecerse el grado de esa hipertensión, así como también la existencia posible de una causa que la explique, porque de esos dos puntos puede depender principalmente en algunos casos la evolución de la afección.

También tiene importancia para el pronóstico la edad, el sexo y la coexistencia de enfermedades asociadas, debiendo destacarse especialmente la influencia que puede ejercer sobre el curso de la hipertensión la extensión y gravedad de las lesiones arteriales, arteriolas, renales y cardíacas.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Antes de juzgar el resultado de un determinado tratamiento, debe pensarse en la posible mejoría espontánea y más o menos fugaz, a la que no es ajena, en muchos enfermos, la influencia psíquica, cualquiera que sea la terapéutica aplicada. — *M. Joselevich.*

UN RELATO DE LOS PROGRESOS EN LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO EXPERIMENTAL DE LA HIPERTENSION CON EXTRACTOS RENALES, (A progress report of investigations concerned with the experimental treatment of hypertension with kidney extracts), I. H. Page, O. M. Helmer, K. G. Kohlhardt, G. F. Kempf, A. C. Corcoran y R. D. Taylor. "Ann. Int. Med.", 1943, 18, 29.

Los nuevos extractos renales poseen la misma actividad que los anteriores; su acción local y piretógena es mucho menor, lo que representa una mejora, dado que dicha acción no parece ser de gran importancia terapéutica, aunque puede contribuir al descenso de la presión arterial en algunos enfermos.

Los extractos contienen dos diferentes angiotoninas, cuyo efecto destructor sobre la angiotonina parece ser la causa de su acción hipotensora, hecho todavía no demostrado, por lo que debe ser considerado sólo como una hipótesis de utilidad para los estudios sobre el tema.

En 37 enfermos (13 con hipertensión esencial y 24 con hipertensión maligna), tratados en los dos últimos años, se obtuvo resultados parecidos a los ya conocidos, salvo las menores reacciones de orden local y general. — *M. Joselevich.*

FASE VASCULAR DE LA GLOMERULONEFRITIS DIFUSA CRÓNICA. UN ESTUDIO CLINICOPATOLOGICO, (Vascular phase of chronic diffuse glomerulonephritis. A clinicopathologic study), H. Horn, P. Klemperer y M. F. Steinberg. "Arch. Int. Med.", 1942, 70, 260.

La frecuente aparición del síndrome de hipertensión maligna en casos de glomerulonefritis difusa crónica sugirió a los autores que el substratum morfológico de la semejanza clínica pudiera residir en las lesiones vasculares que son comunes a ambos procesos mórbidos. Para ello, analizan el cuadro clínico y el protocolo necrópsico de 49 casos consecutivos de glomerulonefritis difusa crónica observados entre los años 1927 y 1938. Desde el punto de vista histológico, se consideró que un tipo de arterioesclerosis era "acelerado" cuando existía un estrechamiento extremo de las arterias interlobulares producido por proliferación de la íntima asociado con necrosis de arteriolas; cuando la proliferación de la íntima no se acompañaba de arteriolonecrosis, la forma era denominada "de transición". Por último, el tipo "lentamente progresivo" se caracterizaba por el espesamiento de la íntima, cambios grasos y hialinización arteriolar.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Desde el punto de vista clínico, la condición fué similarmente designada "lentamente progresiva" o "acelerada" sobre la base de la altura de la hipertensión y la presencia o ausencia de neuroretinopatía.

En el grupo acelerado predominó netamente el sexo masculino, mientras que en los restantes no existieron mayores diferencias. La edad varió entre 2 y 60 años y el promedio de duración del cuadro clínico de glomerulonefritis fué similar en todos los grupos. La orina mostró siempre albúmina, hematíes y toda clase de cilindros y leucocitos, no pudiendo establecerse relación alguna entre la antigüedad o severidad del curso clínico y el carácter del sedimento urinario.

En el mayor número de casos la muerte fué causada por la uremia, pero en algunos casos fueron factores responsables la asociación de insuficiencia cardíaca, una infección intercurrente o una intervención quirúrgica.

La presión sistólica en el grupo lentamente progresivo varió entre 700 y 180 mm Hg y la diastólica entre 60 y 104. En el grupo muy acelerado la tensión sistólica varió entre 150 y 246 mm Hg, siendo la diastólica de 100 mm Hg o más en el 91% de los casos.

El curso clínico de la enfermedad en aquellos casos que presentaban lesiones vasculares aceleradas fué extraordinariamente más severo que el de los casos sin esa arteriopatía. Ello prueba que las lesiones anatómicas constituyen un importante mecanismo en la intensificación y progresión del cuadro clínico.

El fondo de ojo reveló una papila normal en todos los casos del grupo lentamente progresivo y una neuroretinopatía en el 96% de los del grupo acelerado. De ello se deduce que las alteraciones arteriales en el grupo acelerado representan los equivalentes anatómicos del cuadro clínico que ha sido designado "hipertensión maligna". — *J. González Videla.*

INFLUENCIA DE LOS CAMBIOS DE LA TEMPERATURA DEL MEDIO AMBIENTE SOBRE EL CAUDAL DE SANGRE RENAL Y LA FILTRACION GLOMERULAR, (Renal blood flow and glomerular filtration, as influenced by environmental temperatura changes), G. V. Byfield, S. E. Telser y R. W. Keeton. "J. A. M. A.", 1943, 121, 118.

Se estudiaron las posibles modificaciones impuestas por el cambio del medio ambiente (temperatura elevada, seca y húmeda) en 14 personas (3 normales, 8 con hipertensión esencial y 3 con glomerulonefritis crónica).

El aumento de la corriente sanguínea periférica fué semejante en los sanos y enfermos, lo que demuestra que las afecciones renales no perturban el mecanismo del traslado de la sangre central hacia la periferia.

El caudal de plasma renal disminuyó ligeramente en los sujetos con "clearance" de inulina inferior al normal; la disminución del porcentaje de filtrado glomerular absorbido en esos mismos enfermos, demostró que los que tienen una reducción del "clearance" de inulina son menos aptos para conservar el agua que las personas normales. — *M. Joselevich.*

PIELONEFRITIS E HIPERTENSION. UN ESTUDIO DE SU RELACION EN 11.898 NECROPSIAS, (Pyelonephritis and hypertension. A study of their relation in 11.898 necropsies), N. M. Shure. "Arch. Int. Med.", 1942, 70, 284.

Con el deseo de correlacionar la incidencia de hipertensión y pielonefritis, analiza el autor los protocolos de 11.898 autopsias consecutivas realizadas entre los años 1930 y 1940.

El 2.5% del total (290 pacientes) presentaban una pielonefritis, bilateral en 224 y unilateral en 66. La incidencia de hipertensión en ellos fué de 44,4% mientras que fué de 34,9% en un grupo control de casos seleccionados al azar. Esta mayor incidencia ocurrió preferentemente en pacientes con pielonefritis bilateral, especialmente del sexo masculino y por encima de los 40 años de edad. — *J. González Videla.*

FUNCIONAMIENTO DE CADA RIÑON EN LOS SUJETOS HIPERTENSOS, (Function of the separate kidneys in hypertensive subjects), H. Chasis y J. Redish. "Arch. Int. Med.", 1942, 70, 738.

En 21 sujetos hipertensos se cotejaron los resultados arrojados por la pielografía y la función de uno u otro riñón.

El compromiso del parénquima renal resultó similar en ambos riñones, lo mismo que la disminución de su aporte sanguíneo; en ningún caso hallóse una isquemia renal unilateral. La absoluta reducción en el aporte sanguíneo a uno o a ambos riñones, no demuestra necesariamente la existencia de una isquemia renal; ésta sólo puede asegurarse midiendo el caudal sanguíneo por unidad de tejido excretorio tubular. Las anomalías pielográficas no corresponden siempre a deficiencias funcionales e inversamente.

En tres sujetos hipertensos que habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas (esplanicectomía bilateral en uno y omentopexia y nefropexia en los otros dos), la determinación del caudal sanguíneo del riñón operado arrojó cifras inferiores a lo normal en el primer caso y a las del riñón intacto en los dos restantes. — *J. González Videla.*

EL MECANISMO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA HIDRONEFROSIS EXPERIMENTAL, (The mechanism of arterial hypertension in experimental hydronephrosis), R. S. Megibow, L. N. Katz y S. Rodbard. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 204, 340.

La oclusión ureteral unilateral completa en perros uninefrectomizados y la oclusión ureteral bilateral completa son seguidas de un aumento en la tensión sistólica que persiste hasta que el animal fallece en uremia.

La oclusión ureteral bilateral parcial o unilateral parcial o completa es seguida de un ascenso sólo transitorio de la presión arterial.

El agregado de hidronefrosis unilateral a la isquemia renal controlateral intensifica una tendencia a la hipertensión. Esto prueba que el riñón hidronefrótico interviene activamente en la génesis y mantenimiento de la hipertensión arterial. — *J. González Videla.*

VASOS

TROMBOSIS PRIMARIA DE LAS VENAS AXILAR Y SUBCLAVIA, (Primary thrombosis of the axillary and subclavian veins), L. Pelner e I. Cohn. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 340.

Las trombosis venosas pueden ser consideradas como producto de varios factores: 1) Modificaciones de la pared vascular por injuria. 2) Cambios en la composición de la sangre o en sus elementos. 3) Alteraciones en la condición circulatoria, tales como, retardo de la corriente sanguínea, la presencia de una presión arterial anormalmente baja y la formación de remolinos en las venas.

Comentan tres casos (dos con venografías) en dos de los cuales a primera vista no interviene ninguno de los tres factores; sin embargo, ambos han sufrido traumatismos varios años antes que probablemente lesionaron suavemente la pared venosa. En algún retardo circulatorio ocasional (prueba de Valsalva o equivalentes) esta combinación de injuria y éstasis pudo resultar en trombosis. En el tercer caso existía un antecedente traumático neto que precedía inmediatamente a la trombosis.

Concluyen los autores sosteniendo que una injuria más o menos violenta precede probablemente la mayor parte de los casos pero no es forzoso que sea inmediata a la trombosis. — *J. González Videla.*

AORTITIS GOMATOSA, (Gummatous aortitis), W. H. Gordon, F. Parker y S. Weiss. "Arch. Int. Med.", 1942, 70, 396.

En base a la observación de tres casos personales, los autores describen los hechos clínicos y morfológicos de la aortitis gomatosa y precisan las características diferenciales de esta enfermedad en relación a otras afecciones de la aorta.

En un caso el proceso gomatoso ocluía la arteria coronaria derecha y obstruía la izquierda. En otro caso las lesiones gomatosas existían también en la base de la válvula aórtica. En el caso restante el proceso afectaba no solamente la aorta sino también la arteria pulmonar, provocando las lesiones necróticas una perforación de la aorta en el interior de la tráquea.

Las lesiones gomatosas de la aorta se localizan electivamente a nivel de la túnica media, pudiendo estar también afectadas la íntima y la adventicia. Sólo originan síntomas si llevan a la obstrucción u oclusión de las arterias coronarias o a la perforación de la aorta, en cuyo caso pueden aparecer disnea, ortopnea, dolor precordial, asma cardíaca, edema pulmonar, hemóptisis, etc. El diagnóstico puede ser sospechado en sujetos jóvenes con antecedentes luéticos pero sin insuficiencia aórtica en los cuales el dolor precordial y la insuficiencia cardíaca rápidamente progresiva se asocian con ataques de asma cardíaca y de edema pulmonar.

Se analizan además 360 casos de aortitis sífilítica crónica, encontrándose gomas microscópicas en 8 casos y notables cambios ateromatosis sobre el área afectada por las lesiones de la lúes, que parece así predisponer al desarrollo de arteroesclerosis local. — *J. González Videla.*

RUPTURA INCOMPLETA DE LA AORTA. UN ESTADO DE ANEURISMA DISECANTE HASTA AHORA NO RECONOCIDO Y UNA CAUSA DE DOLOR CARDIACO Y SOPLOS CARDIACOS, (Incomplete rupture of the aorta. A heretofore unrecognized stage of dissecting aneurysm and a cause of cardiac pain and cardiac murmurs), Th. M. Peery. "Arch. Int. Med.", 1942, 70, 689.

En la mayor parte de los casos de aneurisma disecante de la aorta, la disección es precedida por un desgarramiento de la íntima a través del cual la columna sanguínea progresa hasta alcanzar la túnica media. En muchas ocasiones la disección no ocurre inmediatamente después del desgarro de la íntima que puede hasta curar por la formación de tejido fibroso, dejando un defecto en la pared aórtica. El reconocimiento clínico de esta ruptura incompleta de la aorta es sumamente importante porque permite en ciertos casos impedir o postergar la producción de la disección. Ello ha movido al autor a precisar sus manifestaciones clínicas con el objeto de hacer posible en vida un diagnóstico correcto, nunca hecho hasta ahora según una pródiga búsqueda bibliográfica.

Los desgarros incompletos se encuentran usualmente en la porción ascendentes de la aorta, a nivel o próximos a una de las comisuras; en la mayor parte de los casos son transversales y miden de 0,5 a 2 cm de longitud.

El factor predisponente esencial es la hipertensión acentuada, por lo general existente de tiempo atrás. El factor precipitante puede ser un esfuerzo, el aumento brusco de la presión intratorácica, un traumatismo, etc.

Las manifestaciones clínicas inmediatas están constituídas por sensación de opresión o sofocación, disnea súbita, dolor menos frecuente e intenso que en el aneurisma disecante, ocasionalmente tos, hemóptisis y fiebre. La auscultación cardíaca revela la aparición a nivel del foco aórtico de un soplo diastólico por incompetencia de las válvulas sigmoideas y de un soplo sistólico áspero debido probablemente a la vibración de la corriente sanguínea en los bordes del desgarro o a la formación de un remolino de sangre en la pequeña cavidad existente en la pared aórtica.

Si la disección no ocurre y el desgarro está situado bien por encima de las comisuras aórticas, usualmente se llega a la curación. Pero si el desgarro está a nivel o próximo a las comisuras, se produce una incompetencia valvular aórtica que puede llevar a la muerte por insuficiencia congestiva. Si se produce la disección, ella puede ocurrir a las pocas horas o hasta años más tarde, proporcionando el clásico cuadro clínico del aneurisma disecante. — *J. González Videla.*

CURACION APARENTE DE LA PERIARTERITIS NUDOSA CON SULFAPIRIDINA. RELATO DE UN CASO, (The apparent cure of periarteritis nodosa with sulphapyridine. Report of a case), B. A. Goldman, K. L. Dickens y J. R. Schenken. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 204, 443.

Relatan un caso de periarteritis nudosa en un paciente de 22 años que mejoró rápidamente con sulfapiridina después que otras medidas terapéuticas habían fracasado. El factor primordial, posiblemente, ha sido la institución pre-

coz de la terapia. El paciente continúa aparentemente bien 19 meses después de la iniciación del tratamiento. — *J. González Videla.*

TERAPEUTICA

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA DIGITALIS PURPUREA Y LA DIGITALIS LANATA, P. Pérez Cirera. "Arch. Lat. Am. de Cardiología y Hematología", 1942, 12, 171.

1. Sobre el corazón aislado, la fase de latencia es menor para la Digitalis Lanata que para la Purpurea.

2º La Digitalis Purpurea produce sobre el corazón aislado un aumento de la amplitud de la contracción mayor que la Lanata.

3º La Digitalis Lanata produce sobre el corazón aislado una disminución del número de contracciones mayor que la Purpurea.

4º La Digitalis Lanata produce en el corazón aislado un aumento del tono mayor que la Purpurea.

5º La acción hipertensora producida por la Lanata es mayor que la que produce la Purpurea, siendo esta acción hipertensora para la Lanata más rápida y enérgica.

6º La Digitalis Lanata produce una acción vasoconstrictora más enérgica que la Purpurea.

7º La toxicidad tanto de la Digitalis Lanata como de la Purpurea, administradas ambas por vía endovenosa, viene a ser prácticamente idéntica.—*Autor.*

DIURETICOS MERCURIALES Y XANTICOS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CRONICA. UNA VISION COMPARATIVA, (*Mercurial and xanthine diuretics in chronic congestive heart failure. A comparative survey*), J. I. Goodman, J. F. Orsaro y R. Stacy. "Arch. Int. Med.", 1942, 70, 975.

En 16 pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva muy marcada, los autores analizan la acción de algunos diuréticos durante un prolongado período que promedió 42 semanas.

Cada paciente fué primeramente tratado con digital, sales de amonio y diuréticos mercuriales hasta que toda evidencia clínica de edema desapareció o fué tan íntima que la administración de un diurético no produjo ninguna caída llamativa en el peso del paciente: este estado lo denominan "estado de balance". Para un agente dado, el promedio de 3 ó 4 efectos diuréticos sucesivos obtenidos durante este estado de balance fué considerado como una respuesta más o menos típica para aquella droga a la dosis elegida. La administración de una mayor dosis o de otro diurético durante un intervalo igual, permitió comparar directamente las respuestas obtenidas. Luego, efectuóse un nuevo período de observación con la droga original a la dosis inicial a fin de asegurarse de que el paciente continuaba respondiendo en igual grado.

El efecto diurético máximo fué producido administrando por vía intramuscular 4 c.c. de una solución de mersalil o 1 c.c. de esa misma solución

inyectado una hora después de una inyección endovenosa de teofilina-etilendiamina: el descenso de peso obtenido de este modo promedió 2.6 kgs. En cambio, con la inyección simultánea de ambas drogas fué de 1.6 kgs. y con la administración de 1 c.c. de la solución de mersalil fué de 1.4 kgs. La inyección endovenosa de teofilina-etilendiamina no produjo acción diurética apreciable. El empleo de combinaciones de solución de mersalil y teofilina por vía oral o rectal determinó un efecto diurético escaso en relación al producido por preparaciones inyectables en los mismos pacientes. — *J. González Videla.*

ESTUDIOS SOBRE EL ETÉR TIOALILICO, Guerra y Pérez Carral. "Arch. Lat. Am. de Card. y Hemat.", XII, 4, 119.

Los análisis efectuados sobre el ajo (*Allium Sativum*) concuerdan en general señalando de 0.02 a 0.28% de sulfuro de alilo.

Trabajos anteriores encuentran manifiesta actividad antiséptica de los extractos de ajo sobre algunos gérmenes, así como la antiparasitaria, hipotensión marcada y una acción antagonista frente a la arteriosclerosis que se produce en los animales alimentados con colesterol y cuerpos afines.

En los animales normales y en los espinales, la inyección de 0.03 a 0.20 c.c. de sulfuro de alilo provoca una hipotensión marcada que se presenta inmediatamente usando la vía endovenosa y más tardíamente con la oral y la intramuscular o subcutánea.

La intensidad del descenso en la presión arterial es proporcional a la cantidad inyectada y su efecto puede repetirse con descensos sucesivamente más intensos, si se multiplican las dosis.

La acción hipotensora es proporcionalmente más intensa que la del sulfocianuro potásico y su persistencia es de sesenta y cinco a cien veces mayor que la de aquél.

No altera los mecanismos vasopresores simpáticos, actuando aun después de la hipertensión adrenalínica, sin interterir la acción de ésta, mientras que la del sulfocianuro aparece enmascarada o suprimida.

Posee una amplia zona manejable ya que en los animales de experimentación, ratonas, hasta cien dosis terapéuticas (1 c.c. de sulfuro de alilo, dosis clínica humana en la hipertensión) no originan ningún síntoma tóxico.—*Autor.*