

ANALISIS DE REVISTAS

ANATOMIA Y FISILOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

EL CORAZON NORMAL. ANATOMIA Y FISILOGIA DE LAS UNIDADES ESTRUCTURALES. (*The Normal Heart. Anatomy and Physiology of the structural units*). J. Sands Robb, y Robert Cumming Robb. "Am. Heart J.", 1942, 23, 455.

Los autores llevan a cabo una revisión sobre las consideraciones anatómicas hechas sobre el corazón en los últimos cinco siglos: 1º El ventrículo de los mamíferos está integrado por múltiples músculos separados. 2º Visto el corazón en un corte transversal, se observan entre varios planos del tejido contráctil, cubiertas de tejido conjuntivo. La investigación en la actualidad sigue progresando con la esperanza de establecer si estas cubiertas se extienden durante todo su curso determinadas bandas musculares. 3º Desde el punto de vista funcional las arterias coronarias son terminales. 4º Lowe ha confirmado que cada músculo ventricular tiene un aporte circulatorio propio en condiciones normales. Estas condiciones se pueden perturbar si la presión arterial disminuye por alteraciones patológicas, en este caso se abren los pequeños canales anastomóticos. Normalmente, estos canales existen pero no funcionalmente. 5º Se ha establecido, que en el corazón de buey, cada uno de los cuatro músculos principales ventriculares tiene una inervación directa con las fibras Purkinje, penetrando solamente una pequeña cantidad de las mismas en forma radial desde el endocardio hacia el epicardio. Las investigaciones progresan para establecer si, con la reconstrucción de pequeños corazones humanos en cortes seriados, se puede demostrar la existencia de un sistema de distribución. 6º Muchos exámenes experimentales han demostrado que la lesión de un músculo ventricular dado, produce cambios constantes y característicos en los electrocardiogramas de perros, monos, gatos y conejos. La explicación completa de estos cambios, que también se han observado en los seres humanos y que Lowe ha visto, es difícil de reconciliar con las teorías electrocardiográficas comúnmente aceptadas que ignoran la presencia del tejido conjuntivo separando las capas musculares con distinta irrigación sanguínea; estas vainas conjuntivas establecen un límite entre el tejido normal y el tejido lesionado. 7º Anatomistas de autoridad concuerdan en que estos músculos ventriculares tienen funciones específicas. Los músculos superficiales fijan el "fulcro", de tal modo que el septum y las puntas de paredes finas no hagan comba durante la sístole. También fijan las valvas de las válvulas, evitando de este modo la regurgitación en las aurículas durante la sístole ventricular. 8º El músculo sino-espinal profundo tiene una función expulsiva y mantiene la circulación de la pulmonar. La porción izquierda del mismo desempeña un papel importante en el vaciamiento del ventrículo. — L. H. Inchauspe.

LOS EFECTOS CARDIOVASCULARES DEL ACETATO DE DESOXICORTICOSTERONA EN EL HOMBRE. (*Cardiovascular effects of desoxycorticosterone acetate in man*). W. Raab. "Am. Heart J.", 1942, 24, 365.

En un sujeto normal joven, y en un paciente con bronquitis asmática, se

observaron los siguientes efectos después de la administración durante varios días de acetato de desoxicorticosterona (Doca y Cortate): agrandamiento del corazón; cambios por anoxemia en el electrocardiograma (persistiendo desde unos días hasta cuatro semanas); taquicardia o bradicardia ligera; dolores anginosos en un caso; intensificación de los efectos de la adrenalina; aumento en la concentración relativa de la adrenalina en la sangre comparada con la cantidad de otras sustancias similares a la adrenalina. El significado de los efectos de los corticoesteroides y de la adrenalina sobre el aparato cardiovascular es discutido con respecto a la posible patogenia de las llamadas enfermedades "hipertensivas" o "idiopáticas" del corazón. — *L. H. Inchauspe.*

SEMIOLOGIA

ESTUDIOS SOBRE EL TERCER RUIDO CARDIACO, (Studies on the third heart sound), N. H. Boyer. "Am. Heart J.", 1942, 23, 797.

Se registraron los ruidos cardíacos en forma experimental directamente sobre la superficie del corazón del perro con el objeto de establecer si el tercer ruido podría tener su origen en la pared torácica. Se podía registrar perfectamente cuando se utilizaban receptores anchos y abiertos, pero no sucedía lo mismo con pequeños receptores abiertos o cuando se usaba el ligero brazo tradicional de madera. Las vibraciones producidas en la pared ventricular de un corazón detenido y por un débil impacto, daban lugar a la aparición de un ruido muy semejante al tercer ruido normal en frecuencia, amplitud, y duración. — *L. H. Inchauspe.*

ESTUDIOS ERGOGRAFICOS. DESCRIPCION DE UN NUEVO DISPOSITIVO Y OBSERVACIONES EN LOS SUJETOS NORMALES Y EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE, (Ergographic studies. Description of a new device, and observations on normal subjects and on patients with intermittent claudication), R. H. Goetz. "Am. Heart J.", 1942, 23, 782.

Se describe un dispositivo ergográfico con el cual se puede establecer un índice de claudicación. Se relaciona exclusivamente con la circulación en el músculo activo. En el 97% de los sujetos normales el índice estaba por encima de 50 y, en el 95% de los anormales, por debajo de 40. Con esto se considera que la circulación en un miembro en que el índice de claudicación está por debajo de 40 es deficiente, siempre que sean normales el músculo en sí mismo y su inervación. Se han podido establecer relaciones precisas entre el grado de claudicación intermitente y los índices de claudicación obtenidos. — *L. H. Inchauspe.*

SOPLO DIASTOLICO DE LA PUNTA SIN ESTENOSIS MITRAL, (Apical diastolic murmurs without mitral stenosis), W. Weinstein y M. Lev. "Am. Heart J.", 1942, 23, 809.

Cinco casos presentando al examen clínico soplos diastólicos, sin ir acompañados de estrechez mitral, muestran que con la existencia de cavidades cardíacas dilatadas, puede aparecer un soplo diastólico sin estenosis mitral o insuficiencia

ANÁLISIS DE REVISTAS

aórtica acentuada. De acuerdo a los datos anatómicos parece que el mecanismo es debido a una estenosis mitral relativa por la dilatación de la aurícula y ventrículo izquierdos. — *L. H. Inchauspe.*

PATOLOGIA

INCIDENCIA DE LAS CARDIOPATIAS EN MEXICO, E. Chavez. "Arch. Lat. Am. Card. Hem.", 1942, 12, 87.

En la estadística que se presenta, elaborada en México con 2400 casos personales, de los cuales 726 corresponden al Servicio de Cardiología del Hospital (vistos en los últimos 10 años) y 1674 a la clientela privada (vistos en los últimos 5 años) y de los cuales fueron excluidos los funcionales puros de orden nervioso, se fija la siguiente incidencia para las causas de cardiopatía:

I. — Cardiopatía reumática	986 casos	41	%
II. — Endocarditis bacteriana	9	„	0.4 %
III. — Sífilis cardioaórtica	270	„	11.2 %
IV. — Hipertensión arterial	328	„	13.6 %
V. — Arterioesclerosis	679	„	28.3 %
VI. — Enfermedades congénitas	43	„	1.8 %
VII. — Tirototoxicosis	35	„	1.4 %
VIII. — Otras causas (corpulmonale, anemia, causas no definidas)	50	„	2 %
Total	2400		99.7 %

Dejando a un lado los puntos de coincidencia con las estadísticas de otros países, se hace resaltar el hecho de que en México, país de todos los climas pero con dominio del semitropical, el reumatismo es tan frecuente como en Inglaterra y en el norte de Estados Unidos y se subraya, asimismo, la frecuencia enorme que reviste en la población pobre y de raza indígena, sea pura, sea poco mezclada, en la que llega a 61.5 %, cifra no superada, quizá, en ningún otro país.

La hipertensión arterial pura es muy rara en la población pobre y de raza indígena, en la que apenas llega a 2.6 %, cifra que aun sumada a la de esclerosos con hipertensión, arroja sólo el 7.3 %, en contraste con la frecuencia de 36.9 % a que se llega, con esa suma, en la clientela privada, hecha de todas las razas. Se invoca para explicar este hecho, un factor racial a través de un mecanismo nervioso, dependiente de la vida lenta y apacible que lleva la raza indígena desde hace siglos. — *Autor.*

LEIOMIOMA DEL PERICARDIO, (*Leiomyoma of the pericardium*), W. W. Brandes, J. A. C. Cray y N. W. MacLeod. "Am. Heart. J.", 1942, 23, 426.

Los tumores primarios del corazón o del pericardio son tan poco frecuentes que la presentación de los casos son deseables e interesantes. Esta comunicación presenta un caso de leiomioma del pericardio, que es, de acuerdo a lo que se ha observado, el segundo caso registrado. El anterior fué presentado por Kaplan en 1932. El tumor en el caso de Kaplan era más sólido, tenía un origen evidente en la vena pulmonar izquierda, y no había sido el lugar de la hemorragia.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Como en la mayoría de los otros casos de tumores de pericardio, la historia, los signos físicos, y las observaciones radiológicas, fueron las que denunciaron el corazón como el lugar de la enfermedad. Como en la mayoría de los otros casos, se llegó a un diagnóstico clínico equivocado.

Desde el punto de vista patológico, la causa de la muerte fué debida probablemente a la compresión de las aurículas por el tumor; compresión que aumentó bruscamente por la hemorragia. La hemorragia sobrevino sin duda durante el esfuerzo, jugando el paciente al baseball.

Los autores presentan el caso por su valor intrínseco y además recordando que, en el diagnóstico diferencial de tumores del pericardio se debe tener en cuenta la presencia de un extraño cuadro clínico cardiológico. — *L. H. Inchauspe.*

ARRITMIAS

RELACIONES ENTRE EDAD, SEXO Y RAZA Y FIBRILACION AURICULAR, (Age, sex and race relationships of auricular fibrillation), C. F. Garvin. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 788.

Entre los 790 pacientes fallecidos a raíz de una cardiopatía en el Cleveland City Hospital entre los años 1930 y 1940, el autor encuentra 182 casos que presentaban crónicamente una fibrilación auricular. En ellos no se advirtieron mayores diferencias en lo que respecta al sexo o a la raza; en cambio, la edad era netamente más avanzada que en los otros casos de cardiopatía sin fibrilación auricular. — *J. González Videla.*

BLOQUEO A-V COMPLETO ALTERNANDO CON RITMO NORMAL Y CONDUCCION A-V NORMAL, (Complete heart block alternating with normal rhythm and normal A-V conduction), J. Morrison Hutcheson y W. C. Redd. "Am. Heart J.", 1942, 24, 113.

Se presentan dos casos de bloqueo A-V completo alternando con períodos de ritmo y conducción normal. Dada su poca frecuencia es interesante su publicación. En ambos casos se producían durante el período de ritmo fluctuante crisis de Stokes-Adams. En uno de los casos los ataques sincopales desaparecieron cuando se estableció una disociación completa; en el otro probablemente sucedió lo mismo. — *L. H. Inchauspe.*

TIPO NO COMUN DE ARRITMIAS DEBIDO A MULTIPLES LOCALIZACIONES DE RETARDO EN LA CONDUCCION AURICULOVENTRICULAR EN CASOS CON UN MARCAPASO VENTRICULAR SECUNDARIO COLOCADO POR ENCIMA DE LA BIFURCACION DEL HAZ COMUN, (Unusual arrhythmias due to multiple sites of conduction delay in the A-V junction in cases with a subsidiary ventricular pacemaker located above the bifurcation of the common bundle), R. Langendorf y L. N. Katz. "Am. Heart J.", 1942, 24, 31.

Se describen tres casos de arritmia no común asociada con un marcapaso colocado por encima de la bifurcación del haz, posiblemente en el nódulo auriculoventricular.

En dos casos la disociación A-V era completa. Sin embargo, algunos estímulos sinusales alcanzaban y descargaban el marcapaso ventricular, siendo después bloqueados por debajo de este punto, evitando de ese modo la estimulación de los ventrículos. Pero es evidente, de acuerdo al análisis presentado, que la conducción es posible a través de todo el haz aurículoventricular. La suma de los tiempos de conducción de las aurículas al marcapaso ventricular y desde aquí a los ventrículos puede ser establecida y, cuando se la mide, indica un retardo de la conducción A-V. El tercer caso mostraba fibrilación auricular con un bloqueo completo A-V por encima del marcapaso ventricular y un bloqueo A-V parcial con los fenómenos de Wenckebach en una región situada entre el marcapaso ventricular y la bifurcación del haz común. — *L. H. Inchauspe.*

CORONARIAS

ARTERIAS CORONARIAS ANOMALAS NACIENDO DE LA ARTERIA PULMONAR, (Anomalous coronary arteries arising from the pulmonary artery), L. A. Soloff. "Am. Heart J.", 1942, 24, 118.

El autor presenta un caso en que la arteria coronaria izquierda tenía origen en la arteria pulmonar, en un niño de 4 meses y medio.

De acuerdo a la revisión que hace el autor de los trabajos anteriores vinculados al tema, parece que el origen de ambas arterias coronarias en la arteria pulmonar es incompatible con la vida más allá de la infancia; cuando la arteria coronaria derecha es la única que toma nacimiento en la arteria pulmonar, la situación puede ser asintomática y en estado de salud, y cuando la que nace en la arteria pulmonar es la arteria coronaria izquierda, también puede persistir una situación asintomática coexistiendo una circulación colateral suficiente. Faltando esto último, se puede desencadenar un cuadro clínico caracterizado por angina de pecho, generalmente acelerado por la alimentación y acompañado, además, por una insuficiencia ventricular izquierda. — *L. H. Inchauspe.*

ESTUDIO FONOCARDIOGRAFICO DE LOS RUIDOS CARDIACOS EN LA OBSTRUCCION CORONARIA AGUDA, (A phonocardiographic study of the heart sounds in acute coronary occlusion), A. H. Master y R. Friedman. "Am. Heart J.", 1942, 24, 196.

El trabajo se refiere al registro fonocardiográfico efectuado en 78 casos de obstrucción coronaria aguda y en 100 sujetos normales. El primer ruido cardíaco estaba disminuído en su amplitud en un 24%, y en relación al segundo ruido, en un 54% de los pacientes. A veces el segundo ruido está acentuado en forma absoluta y relativa en la punta. En un 83% el ruido auricular se evidenciaba, sucediendo lo mismo en sólo un 38% de los sujetos normales. En un tercio de los casos de obstrucción coronaria, el ruido auricular estaba acentuado, constituyendo un ritmo de galope presistólico. Esto nunca ocurría en los sujetos normales; la acentuación del ruido auricular era debida probablemente a un aumento de la presión intraauricular, yendo casi siempre asociada con insuficiencia cardíaca. El tercer ruido apareció en un 47% encontrándose

sólo un 12% en los normales. Esta circunstancia se atribuía al descenso del tono del músculo ventricular infartado. En un 9% de los casos el tercer ruido estaba acentuado generando un ritmo de galope protodiastólico. Invariablemente estaba asociada con él la insuficiencia cardíaca. En un 63% de los casos existían síntomas de insuficiencia cardíaca; produciéndose de preferencia en los que presentaban un primer ruido de intensidad disminuída y un ritmo de galope. Era mucho menos frecuente en los que el primer ruido no estaba modificado (en un 33%).

Los autores insisten sobre el significado de la perturbación de los ruidos cardíacos y la insuficiencia cardíaca, pero sobre todo, en la importancia extraordinaria del apagamiento del primer ruido y la existencia de un ritmo de galope; este último se puede presentar antes que los signos de insuficiencia cardíaca. — *L. H. Inchauspe.*

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MUERTE INMEDIATA DESPUES DE LA OBSTRUCCION CORONARIA AGUDA, (Factors influencing immediate mortality after acute coronary occlusion), R. M. Woods y A. R. Barnes. "Am. Heart. J.", 1942, 24, 4.

Entre los factores de mayor importancia en la muerte inmediata después de la obstrucción coronaria aguda, la edad es el principal. Otro factor importante es la aparición brusca de una insuficiencia miocárdica después del infarto. También la fibrilación ventricular, tanto inmediata como retardada figura entre los primeros factores. De acuerdo a lo demostrado por Froment la taquicardia ventricular es el eslabón que une a las extrasístoles ventriculares y la fibrilación ventricular.

En el 10% de los pacientes que murió dentro del período inmediato, el factor causal fué la embolia pulmonar aguda. El origen de esta embolia no fué cardíaco sino de los vasos ilíacos, interviniendo en su formación, el descenso de la tensión arterial inmediato al ataque, y la inmovilización total del enfermo en cama. — *L. H. Inchauspe.*

VALVULARES

SINDROME DE LUTEMBACHER Y NUEVO CONCEPTO DE LA DINAMICA EN LA COMUNICACION INTRAVENTRICULAR, (Lutembacher's Syndrome and a new concept of the dynamics of interatrial septal defec), M. H. Uhley. "Am. Heart J.", 1942, 24, 315.

Se presenta un caso de síndrome de Lutembacher. La interpretación habitual sobre las alteraciones dinámicas en estas circunstancias es discutida. Se sostiene que la perturbación fundamental de la dinámica es la misma esté o no el defecto septal complicado con la lesión mitral. De acuerdo a investigaciones anteriores, la acentuada hipertrofia y dilatación de la aurícula y ventrículo derechos, con limitada participación de la aurícula y ventrículo izquierdos, sería debido al pasaje de la sangre a través de la comunicación, resultante a su vez del hecho de que la presión en la aurícula izquierda es mayor que en la derecha. Se presentan datos demostrando que esta explicación es insostenible.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Se propone un nuevo concepto de la dinámica en la comunicación interauricular, basado en consideraciones hidráulicas y anatómicas y experimentales. Se demuestra que cuando 2 cavidades vecinas tienen una fuente de aporte igual y constante, una comunicación libre en la pared común y un orificio de salida de igual diámetro, la orientación "gravitacional" de las cavidades determina el tamaño respectivo, la presión dentro de las mismas, y el volumen del caudal. En una cavidad colocada encima de la otra con la comunicación en un plano horizontal, la cámara inferior se dilata y su tubo de expulsión se dilata más que el de la cámara superior, lo cual indica que hay una presión mayor en la cámara inferior.

Desde un punto de vista anatómico, se demuestra que el eje auricular es tal que la aurícula izquierda ocupa un plano mucho más cefálico que la derecha. Además, el plano del foramen oval es completamente horizontal, y no vertical como se lo presenta habitualmente. Con la disposición de las cavidades y del orificio en esta situación, el lleno de la aurícula derecha se efectúa por el aporte común de las cavas, y, por efecto de la gravedad, a través de la comunicación, por la aurícula izquierda colocada por encima. La dilatación de la aurícula derecha es su consecuencia, y posteriormente, el corazón derecho muestra dilatación e hipertrofia, por el contrario la aurícula y ventrículo izquierdos, que no desempeñan casi ninguna tarea en estas circunstancias, permanecen sin modificación. La aorta se hace hipoplástica debido al disminuído aporte de sangre. La arteria pulmonar, por el contrario, necesariamente se dilata para acomodarse al aumento de volumen en la pequeña circulación. La estenosis mitral simplemente acentúa las diferencias en caudales. — *L. H. Inchauspe.*

ASPECTOS CLINICOS DE LA ESTENOSIS TRICUSPIDEA, (The Clinical Features of Tricuspid Stenosis), J. A. Smith y S. A. Levine. "Am. Heart J.", 1942, 23, 739.

Los autores presentan las características semiológicas y la evolución clínica de la estenosis tricuspídea. En 340 casos de reumatismo valvular crónico, aparecen 32 con estenosis tricuspídea. En todos los casos se encontró un 100% de estenosis mitrales (siempre muy acentuadas), y un 75% de estenosis aórticas. El grado de estenosis tricuspídea nunca fué mayor que el de la válvula mitral. La coexistencia en una estenosis mitral, de estenosis tricuspídea o estenosis aórtica, demostró tener un efecto en la evolución de la enfermedad. La estenosis aórtica acorta y la estenosis tricuspídea alarga la duración de la insuficiencia.

Los estudios anatomopatológicos mostraron que el término medio del peso del corazón era de 506 gramos y que el del hígado era de 1.535 gramis. Ambas aurículas estaban casi siempre enormemente dilatadas, especialmente la derecha. La hipertrofia ventricular derecha era moderada en relación a la estenosis mitral acentuada. En la mitad de los casos se encontró una pericarditis no-constrictiva. El aspecto clínico parece depender del grado relativo de estenosis de las válvulas aórticas, mitral y tricuspídea. Casi todos los casos mostraban una hipertensión venosa, hígado grande, agrandamiento cardíaco (especialmente hacia la derecha), y una característica de coloración de la piel, consistente en un tinte subictérico, ligeramente cianótico. El grado de congestión pulmonar variaba, y no se encon-

ANÁLISIS DE REVISTAS

traba hipertensión. La cantidad de los edemas y de la ascitis dependía de la disminución de las proteínas del suero. Se cree que la estenosis tricuspídea lleva a un retardo en la aparición de la disnea y ortopnea, impidiendo el reflujo sanguíneo a los pulmones, que en otras circunstancias se presentan en la estenosis mitral severa. Solamente en la mitad de los casos, a pesar de la estenosis mitral acentuada, existía fibrilación auricular, y los que tenían un ritmo irregular murieron antes. El electrocardiograma mostraba siempre una desviación del eje eléctrico hacia la derecha, y en los que tenían un ritmo regular las ondas "P" siempre eran anormales. — *L. H. Inchauspe.*

INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

CAMBIOS EN EL TAMAÑO DEL CORAZON EN LOS NIÑOS CON FIEBRE REUMÁTICA, (Changes in the size of the heart in children with rheumatic fever), J. D. Keith y M. Brick. "Am. Heart J.", 1942, 24, 289.

1º Es muy difícil asegurar los cambios en el tamaño del corazón por examen físico sólo. La imagen radiológica permite datos mucho más precisos. 2º La dilatación aguda, con una modificación dramática en el tamaño del corazón, parece no suceder (salvo raras excepciones). 3º Dentro de las dos o tres primeras semanas puede producirse un aumento moderado del tamaño del corazón, pero el agrandamiento puede comenzar su aparición en cualquier momento de la evolución de la enfermedad. 4º A los cinco o seis meses se puede encontrar un aumento acentuado en el tamaño, pero el término medio hace que en este tiempo no sea muy grande. 5º También se puede producir a los cinco meses un achicamiento importante, no siendo, sin embargo, lo habitual. 6º Cuando el aumento es mayor de 20 centímetros cuadrados en la superficie del área cardíaca probablemente existe una pericarditis. 7º El pronóstico es lógicamente mejor, en general, si el corazón se achica en lugar de agrandarse. 8º El músculo cardíaco muestra una capacidad regenerativa superior a las válvulas cardíacas. El mejoramiento es más evidente en el músculo que en la válvula. 9º El examen cardiológico colabora en la diferenciación entre enfermedad miocárdica y valvular. 10º En muchos casos se puede valorar mejor la evolución de un paciente por el estudio del tamaño de su corazón que por el estudio de los soplos. 11º La bradicardia produce agrandamiento cardíaco con más facilidad que la taquicardia (salvo algunos casos de taquicardia paroxística). 12º El reposo continuado en cama reduce el tamaño del corazón siempre que la enfermedad se encuentre inactiva. — *L. H. Inchauspe.*

MIOCARDITIS AISLADA, (Isolated Myocarditis), O. Saphir. "Am. Heart J.", 1942, 24, 167.

La miocarditis aislada o miocarditis de Fiedler es una forma especial de miocarditis, no siendo, sin embargo, específica en el sentido anatómico. Se caracteriza por no ir acompañada de endocarditis o pericarditis y por su origen desconocido. Se observa en pacientes que no tienen ninguna enfermedad que pueda ser vinculada a la miocarditis; pudiendo a veces, presentarse en personas aparentemente sanas, que más o menos rápidamente sufren de una insuficiencia miocár-

ANÁLISIS DE REVISTAS

dica progresiva muriendo en poco tiempo. Las manifestaciones clínicas principales, además de la insuficiencia miocárdica progresiva consisten, en un pulso rápido y débil, hipotensión, y un aumento del área cardíaca a la percusión. En algunos casos aparece también dolor precordial. La enfermedad, aunque se presenta en cualquier edad, aparece afectando a los jóvenes con más frecuencia. Desde el punto de vista histológico no se diferencia en los detalles de la miocarditis que se encuentra accidentalmente en la evolución de las enfermedades infecciosas agudas. Se puede distinguir un tipo difuso y un tipo granulomatoso, siendo este último mucho menos frecuente, semejándose morfológicamente a los granulomas tuberculosos y sifilíticos. Histológicamente se pueden reconocer muchas células gigantes. Aunque no se conoce nada en lo que se refiere a las causas de ambos tipos, parece indispensable en todas las circunstancias investigar en otros órganos y establecer, a través del examen histológico, la posibilidad del agente causal, como en la triquinosis, y posiblemente en la tularemia. Ultimamente se ha considerado como factor responsable una hipersensibilidad, sobre todo a los compuestos arsenicales. — *L. H. Inchauspe.*

ENDOCARDITIS MENINGOCOCCICA, (Meningococcal Endocarditis), J. G. Cutts, G. Krafft y P. H. Wilcox. "Lancet", 1942, 1, 292.

Los autores del presente trabajo han podido hallar referencias a un total de sólo 24 casos de infección de las válvulas cardíacas por meningococos, desde que la septicemia meningocócica fuera descrita por primera vez hace 40 años. Más de la mitad de estos casos han estado complicados por una meningitis terminal fatal, y las lesiones valvulares, consistentes en destrucción ulcerativa con vegetaciones en las válvulas mitral y aórtica o en ambas, se demostraron en el momento de la autopsia. En casi todos los casos la lesión se sospechó en vida basándose en fiebre persistente, soplos cardíacos, cultivos de sangre, y fenómenos embólicos. Un nuevo caso de endocarditis meningocócica publicado por estas mismos autores tiene especial interés debido a la respuesta, aparentemente favorable, a la terapéutica prolongada con sulfonamida. El paciente, un varón de 27 años, ingresó en un Hospital del Servicio Médico de Urgencia (Ministerio de Sanidad) con malestar, profusa sudoración nocturna y anemia, y a falta de otros síntomas no se hizo diagnóstico.

Más tarde empeoró el malestar, apareció piroxia intermitente y pudo escucharse un ronco soplo diastólico en el área aórtica con un suave soplo sistólico apical. Los cultivos de sangre fueron estériles, no se hallaron parásitos palúdicos y las reacciones de aglutinación fueron negativas para el grupo entérico de fiebres. Se hizo un diagnóstico de endocarditis bacteriana y se instituyó una serie de terapéutica con sulfapiridina, con efectos sorprendentes dentro de las 8 horas. El tratamiento se interrumpió a intervalos para hacer cultivos de sangre que fueron negativos hasta el cuarto mes, en que se apreciaron meningococos del Grupo II. A continuación, se administraron sulfonamidas de manera regular cada 4 horas hasta el final del noveno mes, en que la temperatura había permanecido normal durante más de 4 semanas. En los 9 meses de su enfermedad, este enfermo recibió un total de 760 g. de compuestos de sulfonamida —90 g. de sulfanilamida, 130 g. de sulfapiridina y 560 g. de sulfatiazol—. En la admi-

nistración del tratamiento se hicieron modificaciones de la dosificación original con objeto de evitar daño renal, y el enfermo estaba recibiendo últimamente 1 g. de sulfatiazol cada 4 horas. La sulfapiridina se vió que tenía el efecto más depresivo, pero el sulfatiazol fué tolerado sin una queja durante un período ininterrumpido de 10 semanas. Después de la curación no pudieron apreciarse signos de lesión miocárdica con el electrocardiograma. Los autores concluyen que la terapéutica con sulfonamida puede ofrecer una esperanza de curación en una afección que hasta el presente ha sido casi siempre fatal. — *Brit. med. inf. Serv.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS

LA HIPERTENSION UROLOGICA COMO UNA ENTIDAD, (Urologic Hypertension as an entity), P. H. Wosika, F. T. Jug y C. C. Maher. "Am. Heart J.", 1942, 24, 483

Los autores de este trabajo, después de una observación publicada con anterioridad, insisten en que la enfermedad de Bright no es el único elemento acompañante a la hipertensión, encontrándose en algunas circunstancias alteraciones extrarrenales de las vías urinarias. Para ratificar este hecho prepararon, en 1939, una revisión de historias de pacientes privados, con hipertensión persistente, encontrando en estas circunstancias que un 16,8% de los hipertensos padecían de lesiones de las vías urinarias extrarrenales. Posteriormente hicieron un estudio sobre 2.002 protocolos de autopsia encontrando que un enfermo que padece de hipertensión tiene más probabilidades de padecer de afecciones urológicas que los pacientes no hipertensos.

Si la interpretación de los autores es correcta, o sea, que el desarrollo de la hipertensión urológica es un proceso lento que depende de muchos factores relacionados con alteraciones en la fisiología renal, muchos pacientes mueren por otras causas antes que la hipertensión pueda ser evidenciada. Con ello sostienen que toda enfermedad de las vías urinarias debe ser investigada en forma completa y tratada desde el comienzo, aunque sólo sea por el hecho de evitar la posibilidad de desarrollo de una hipertensión. — *L. H. Inchauspe.*

UNA PRUEBA DE REACCION HIPEREMICA ANULAR EN EL ESTUDIO, VALORACION Y PRONOSTICO DE LAS LESIONES DEL PIE CAUSADAS POR ARTERIOESCLEROSIS OBLITERANTE Y EMBOLIAS ARTERIALES, (A reactive hyperemia ring test in the study, evaluation and prognosis of pedal lesions caused by arteriosclerosis obliterans and arterial embolism), J. R. Di Palma, I. Muss y F. I. Foster. "Am. Heart J.", 1942, 24, 345.

Se estudiaron cuidadosamente 24 casos típicos de arteriosclerosis obliterante con los procedimientos habituales oscilométricos, y termométricos y con la prueba de la inyección de histamina. Además, se utilizó un nuevo método para ratificar las variaciones segmentarias de la reacción hiperémica en las extremidades inferiores, consistente, en lo que se refiere a aparato, nada más que en un anillo de goma, un cronógrafo, y una lámpara de luz del día "Mazda". El procedi-

miento mide la capacidad reaccional de los pequeños vasos sanguíneos de la piel a la isquemia local, con la hiperemia correspondiente y, anotando el tiempo necesario para que la zona isquemiada vuelva a su color normal, con lo cual se obtiene una indicación de la capacidad circulatoria local. Los autores llegan a las siguientes conclusiones: 1º No existe una exacta correlación entre el retardo en la circulación de la piel y los datos oscilométricos. 2º En general existe un acuerdo bastante preciso entre el retardo en la formación de la pápula histamínica y el tiempo reactivo a la prueba de la hiperemia anular. 3º Los umbrales en la prueba de la hiperemia anular en el tobillo y en el pie son los mismos que los que se pueden encontrar en un sujeto normal de esa misma edad. Esto significa que no existe una disminución en la capacidad de los vasos más pequeños de la piel en la respuesta hiperémica a la isquemia local, aun en las etapas avanzadas de obliteración a los troncos arteriales. 4º El tiempo de desaparición de la hiperemia a la prueba anular está dividida directamente en relación con la severidad de los síntomas en el tobillo y pie. 5º La incapacidad funcional de los finos vasos de la piel, que hace que sea susceptible a la infección y a la gangrena en el tobillo y pie, no es causada por la incapacidad de estos vasos a la respuesta hiperémica, sino simplemente por un acentuado retardo en la circulación dentro de los mismos. 6º En casos de obstrucción embólica completa de las arterias principales de los miembros inferiores, los pequeños vasos de la piel pueden perder completamente su capacidad en la respuesta a la isquemia local. Por el contrario, con obstrucción embólica parcial, o con una circulación colateral buena, las respuestas hiperémicas son parecidas a las que se encuentran en los casos avanzados de arteriosclerosis obliterante. 7º La prueba de la reacción hiperémica anular, ofrece un método simple, exacto y objetivo, en la valoración de la eficacia de la terapéutica, después de un tiempo en la circulación de la piel de las extremidades inferiores. — *L. H. Inchauspe.*

EL "COLD-PRESSOR TEST" EN SUJETOS CON TENSION SANGUINEA NORMAL. (*The cold-pressor test in subjects with normal blood pressure*), R. G. Feldt y D. E. W. Wenstrand. "Am. Heart J.", 1942. 23, 766.

Entre 350 personas con tensión sanguínea normal, se encontró un 29,7% con respuesta positiva al "cold-pressor test". En los 350 casos había antecedentes familiares hipertensivos en un 27,4%. No se encontró una relación entre la historia familiar y el "cold-pressor test" positivo. — *L. H. Inchauspe.*

ARTERITIS TEMPORAL. (*Temporal Arteritis*), C. L. Schaefer y C. E. Sanders. "Am. Heart J.", 1942. 24, 410.

Poco se conoce en la actualidad de este tipo de arteritis localizada cuya etiología e interpretación patológica todavía no han sido establecidos. En los casos presentados únicamente se ha obtenido la desaparición de los síntomas con la resección de la parte afectada del vaso temporal. En el caso presentado se utilizó el procedimiento de la cama oscilante de Sanders con resultados que excedieron lo esperado. — *L. H. Inchauspe.*

ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA, (Dissecting aneurysm of the aorta), C. D. Mote y J. L. Carr. "Am. Heart J.", 1942, 24, 69.

Se presentan sesenta y cuatro casos de aneurisma disecante de la aorta. Aparece principalmente en la arterioesclerosis y en forma excepcional en la sífilis o en combinación de ambas. La sífilis se encuentra en la mayoría de los casos de aneurisma sacular; sin embargo, en la serie de 64 casos sólo aparecieron dos casos en los cuales no se encontraban lesiones arterioescleróticas.

La frecuencia es mayor que lo que indican los informes hospitalarios; siendo debido este hecho a la circunstancia de que muchas veces termina en muerte brusca excluyendo de ese modo las posibilidades de hospitalización y estudio médico.

Los traumatismos externos no influyen como factores predisponentes en la producción del aneurisma disecante; como también no es un factor fundamental la hipertensión arterial. — *L. H. Inchauspe.*

TERAPEUTICA

MASAJE CARDIACO. UN ESTUDIO EXPERIMENTAL, (Cardiac Massage. An experimental Study), G. A. Pollock. "Brit. med. J.", 1942, 2, 157.

Durante un experimento sobre shock hemorrágico, un gato sufrió un colapso debido a una dosis de éter excesiva, después que la arteria carótida derecha había sido canulada y el tambor respiratorio se había colocado, pero antes de haber comenzado la sangría. Inmediatamente antes del colapso, las respiraciones fueron 8 por minuto y la presión sanguínea 150 mm. Hg. A los seis minutos y medio, la respiración había cesado y la presión sanguínea había descendido a 14 mm. Hg. Se hizo la respiración artificial por medio de una bomba; mientras se estaba practicando esta última, se registraron impulsos transmitidos al corazón debido a la expansión y espiración de los pulmones como fluctuaciones menores en la curva de presión sanguínea. Al detenerse la respiración artificial dichas fluctuaciones transmitidas también se detuvieron y no apareció signo alguno de restablecimiento cardíaco o respiratorio. Tan convencido se hallaba el autor de que el gato estaba muerto, que estaba empezando a desarmar el aparato cuando decidió probar el efecto del masaje cardíaco. Dos minutos y 40 segundos después de detenida la respiración y el corazón, este último se comprimió de manera regular entre los dedos de la mano izquierda, que podían ser introducidos debajo del margen costal izquierdo, y la mano derecha que oprimía hacia abajo la pared torácica izquierda. Al cabo de 40 segundos un ritmo irregular volvió al corazón; esto se registró como una fluctuación irregular sobre la curva de la presión sanguínea. Continuóse el masaje durante un minuto y medio, al cabo de cuyo tiempo el corazón volvió a latir regularmente. Volvió a conectarse la bomba de respiración artificial y ajustóse el tambor respiratorio. Durante un minuto, el corazón mantuvo su ritmo restablecido; pero una vez que la presión sanguínea hubo llegado a 74 mm. Hg. comenzó a descender, ya que la respiración no se había restablecido. La respiración artificial se comenzó 15 segundos más tarde (o sea 1 minuto y 15 segundos después que el corazón había comenzado a latir). La presión sanguínea descendió durante unos 15 a 20 segundos más,

hasta 54 mm. Hg. y luego se elevó de una manera continuada. Se siguió dando la respiración artificial hasta que, al cabo de 1 minuto comenzaron los esfuerzos de respiración espasmódica voluntaria. Nueve minutos después de la primera contracción cardíaca irregular, la presión sanguínea se había elevado a 132 mm. Hg. y había una mejoría correspondiente en la respiración y presión del pulso. Un trazado kimográfico proporciona un registro gráfico de la marcha de los acontecimientos y demuestra de manera sorprendente el restablecimiento completo que puede conseguirse en los casos de colapso grave bajo anestesia, cuando el tratamiento apropiado se usa a tiempo. — *Brit. med. inf. Serv.*

LOS EFECTOS DE LA INGESTION EXCESIVA DE CLORURO DE SODIO Y AGUA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIACAS, (The effects of the ingestion of excessive amounts of sodium chloride and water on patients with heart disease), S. Proger, E. Ginsburg y H. Magendantz. "Am. Heart J.", 1942, 23, 555.

En los pacientes que están mejorando de una insuficiencia cardíaca, el aumento moderado en la ingestión de cloruro de sodio puede producir dentro de los 4 a 8 días, un cuadro clínico que es indiferenciable del de la insuficiencia cardíaca congestiva. Ese estado es mejorado con la digitalización. En las mismas condiciones, un aumento en la ingestión de agua durante 8 días hasta 3.000 c. c. diarios no se evidencia por ningún resultado patológico ni mensurable. Las manifestaciones patológicas debidas a un aumento en la ingestión de cloruro de sodio aparentemente están relacionadas al grado de retención de sodio más que al aumento en la cantidad ingerida. Se considera que, dado que en las infecciones respiratorias superiores existe una retención de sodio importante, podría desempeñar esa circunstancia un papel importante en la relación frecuentemente observada entre la infección y la precipitación o agravación de una insuficiencia cardíaca. — *L. H. Inchauspe.*

OBSERVACIONES SOBRE LOS EFECTOS DEL TORNIQUETE EN CRISIS CARDIACAS AGUDAS, SUJETOS NORMALES, E INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA, (Observations on the effect of tourniquets on acute cardiac crises, normal subjects, and chronic heart failure), W. B. Kountz, J. R. Smith y S. Wright. "Am. Heart J.", 1942, 23, 624.

La aplicación de torniquetes en las extremidades de pacientes con insuficiencia ventricular aguda izquierda paroxismal, lleva generalmente a mejorías extraordinarias. Este procedimiento se investigó posteriormente por medio de un instrumento que inflaba y desinflaba manguitos, colocados en los brazos y en los muslos, en forma sucesiva. Se observaron los efectos, en personas normales y pacientes con cardiopatías, sobre la presión venosa y arterial, el tamaño del corazón, y la contracción, y expulsión cardíaca. En ambos grupos, la inflación rítmica de los manguitos causaba un descenso en la tensión venosa, una disminución en la contracción cardíaca, y una caída en la expulsión cardíaca; las tensiones arteriales se mantenían inmodificadas. En las personas normales se producía algún agrandamiento del corazón durante la constricción rítmica de las extremidades; en los pacientes con cardiopatías hipertensivas, generalmente el

tamaño del corazón se mantenía inmodificado, pero en 2 casos, el corazón disminuyó ligeramente en su tamaño. Se sugiere que este procedimiento puede ser útil en el tratamiento del infarto miocárdico agudo, así como en la disnea cardíaca paroxismal. Parece no tener ninguna eficacia en la insuficiencia ventricular derecha. — *L. H. Inchauspe.*

LA ADMINISTRACION INTRAVENOSA DE DIGITAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA, J. S. Ladue. "Arch. Lat. Am. Car. Hem.", 1941, 11, 49

Muchos investigadores sugieren que la administración intravenosa de digital se debe reservar para los instantes de insuficiencia aguda que requieren una inmediata intervención. Algunas de tales emergencias frecuentemente surgen del resultado de trombosis coronaria o infarto del miocardio sin trombosis y en estas condiciones la digital debe darse escasamente.

Las investigaciones revisadas aquí, indican que el uso intravenoso de lanatoside C no es peligroso; que en pacientes con fibrilación auricular, rápidamente es reducida la taquicardia; que 2 a 3 horas después de la administración de la droga endovenosa, los pacientes se sienten mejor, duermen con facilidad y parecen más fuertes que los pacientes que recibieron la droga por vía oral. Las medidas del volumen "por golpe" del corazón estimadas por el método quimográfico de Keys y Friedell, indican que después de la administración endovenosa en pacientes con insuficiencia cardíaca asociada con ritmo sinusal, regular, el volumen "por golpe" del corazón aumenta notablemente. Basándose en tales observaciones, parece que es razonable proponer el uso de lanatoside C, por vía endovenosa en el principio de la digitalización de pacientes con insuficiencia cardíaca moderada o severa. La dosis terapéutica eficaz puede ser de 1.25 mg. por vía endovenosa, que se puede administrar diariamente hasta la compensación del corazón y después mantener la compensación con una tableta diaria de hojas de digital (0.1 g. o una unidad gato). Las indicaciones para el uso intravenoso de preparaciones de digital deben ser ampliadas y los resultados de estudios ulteriores deben ser sometidos a la crítica mediante métodos objetivos. — *Autor.*

VALOR CLINICO DE LA DIGITAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA HIPERTENSIVA. I. CON UNA FRECUENCIA NORMAL Y UN RITMO REGULAR, (Clinical value of digitalis in hypertensive heart failure. I. With a normal rate and a regular rhythm), N. Flaxman. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 741.

El material de este estudio se basa en el análisis clínico de 160 hipertensos con insuficiencia cardíaca que tienen una frecuencia y un ritmo normales. En cada uno de los casos la insuficiencia cardíaca era imputable exclusivamente a la hipertensión esencial. El 83% era del sexo masculino y las edades variaban entre 25 y 69 años. La descompensación se había instalado en todos por vez primera, en un tiempo inferior a 4 meses en el 51%.

En el 66.8% existía a la vez insuficiencia cardíaca derecha e izquierda y en el 33.2% restante sólo insuficiencia ventricular izquierda, a pesar de lo cual

no hubo en ambos grupos gran diferencia de mortalidad. Esta aumentaba netamente en relación a la persistencia de la descompensación una vez iniciado el tratamiento digitálico.

La causa más frecuente de muerte fué la uremia, siguiéndole en orden de frecuencia la insuficiencia cardíaca congestiva y la trombosis coronaria. Considerando en forma global a los hipertensos, éstos con una frecuencia y ritmo normales tienen indudablemente un buen pronóstico. En ellos la digital es también extremadamente útil como lo demuestra el restablecimiento de la suficiencia cardíaca en el 77% de los casos analizados. — *J. González Videla.*

VALOR CLINICO DE LA DIGITAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA HIPERTENSIVA. II. CON TAQUICARDIA SINUSAL, (Clinical value of digitalis in hypertensive heart failure. II. With sinus tachycardia), N. Flaxman. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 747.

El análisis de 160 casos de hipertensión con taquicardia sinusal de 100 a 160 latidos por minuto muestra una mortalidad de 39.2%, sólo superada por aquellos hipertensos con ritmo nodal. Los síntomas aparecen en la mayoría en forma súbita, usualmente corto tiempo después de una infección de las vías respiratorias superiores y bajo la forma de disnea paroxística nocturna. El 72% pertenecía al sexo masculino y la edad oscilaba entre 31 y 67 años. La mortalidad no varió mayormente en relación a la antigüedad de los síntomas antes de la iniciación del tratamiento.

El tipo de insuficiencia cardíaca hipertensiva demostró poseer significación pronóstica, pues falleció el 37.7% de los que presentaban a la vez insuficiencia cardíaca derecha e izquierda y sólo el 11.3% de los con insuficiencia ventricular izquierda solitaria.

El tiempo requerido para restablecer la compensación influía sobre el pronóstico, sumamente malo si la insuficiencia cardíaca persistía seis semanas después de iniciado el tratamiento digitálico.

La insuficiencia cardíaca congestiva fué la causa más frecuente de muerte, seguida de la uremia y la trombosis coronaria.

La digital administrada en estos pacientes provocó en el 70% la desaparición de los síntomas y signos de insuficiencia cardíaca, muchas veces a pesar de no provocar una reducción en la frecuencia. — *J. González Videla.*

ESTUDIOS CLINICOS SOBRE LA DIGOXINA, UN GLUCOSIDO PURIFICADO DE LA DIGITAL, (Clinical Studies on digoxin, a purified digitalis glycoside), O. A. Rose, R. C. Batterman y A. C. De Graff. "Am. Heart J", 1942, 24, 435

Los efectos de la digoxina, glucósido cristalino purificado que se obtiene de la digitalis lanata, han sido estudiados por los autores en 55 pacientes hospitalizados y 33 deambulantes. La dosis de mantención con digoxina era aproximadamente el doble de la de hojas de digital. La digoxina por vía parenteral produce efecto dentro de los 15 minutos. De acuerdo a los autores, la digoxina

constituye un producto digitálico que satisface el criterio establecido en la aceptación de estos preparados. — *L. H. Inchauspe.*

ESTUDIO SOBRE VALOR ANALEPTICO DE CIERTAS DROGAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION POR QUINIDINA, (A study of the analeptic value of certain drugs in the treatment of quinidine depression). S. A. Weisman. "Am. Heart J.", 1942, 24, 240.

Algunos pacientes tratados con quinidina han fallecido accidentalmente en forma brusca sin causa aparente. Después del examen necrópsico se han considerado como factores causales, un paro auricular o ventricular, o a un colapso vascular o respiratorio.

De acuerdo a las conclusiones del autor, la medicación más efectiva en el tratamiento de esta circunstancia ha sido la paredrina, siendo esta sustancia dos veces más efectiva que la efedrina, la benzedrina, o el paredrinol. Aunque la respuesta de la tensión sanguínea era posterior, comparada con la adrenalina, el efecto de la paredrina duraba mucho más. — *L. H. Inchauspe.*

LA PERICARDITIS TERAPEUTICA POR INYECCION INTRAPERICARDICA EN LA INSUFICIENCIA CORONARIA CRONICA, (Therapeutic pericarditis by intrapericardial injection in chronic coronary insufficiency). H. Rakov. "Am. Heart J.", 1942, 23, 803.

Se utiliza como procedimiento para tratar a dos casos de insuficiencia coronaria crónica, la inyección de una sustancia irritante en el saco pericárdico, consistente en 18 c. c. de morruato sódico al 5% (Searle) junto con 2 c. c. de "iodochlor" (Searle). La última sustancia produce una radio-opacidad tan acentuada que puede ser diluída varias veces conservando su eficacia para los estudios radiológicos. Los resultados obtenidos con esta medicación parecen haber sido beneficiosos. — *L. H. Inchauspe.*

TRATAMIENTO DEL EDEMA CON UN DIURETICO MERCURIAL ADMINISTRADO POR VIA ORAL, (Treatment of edema with and orally administered mercurial diuretic). J. F. Borg. "Am. Heart J.", 1942, 24, 397.

Se usó en 39 enfermos Salirgan-teofilina en forma de tabletas para uso por vía oral como diurético. En 29 enfermos se obtuvieron resultados satisfactorios; en 14 se observaron manifestaciones tóxicas, generalmente en forma de irritación del colon, pero poco severa. Los autores indican las técnicas para encontrar la dosis correspondiente y sugieren el uso de aquel procedimiento. — *L. H. Inchauspe.*

REACCIONES GENERALES A LOS DIURETICOS MERCURIALES, (Systemic reactions to mercurial diuretics). E. M. Kline y W. B. Seymour. "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 874

Relatan cinco observaciones en las cuales la administración de diuréticos mercuriales determinó la aparición de reacciones tóxicas. Estas consistieron en uno de los casos en urticaria pasajera y rash eritematoso difuso, en otro en violentos

ANÁLISIS DE REVISTAS

escalofríos e hiperpirexia, en otro se añadieron a los signos precitados disnea, cianosis, náuseas y vómitos y luego un rash morbiliforme generalizado, en otro eritema y prurito intensos y en el restante elevación de temperatura, oliguria y al 6º día muerte en convulsiones.

En algunos de estos casos, los diuréticos mercuriales habían sido ya administrados a dosis idénticas sin que se advirtiera efecto tóxico alguno. En uno de los casos la sustitución de la vía endovenosa por la rectal acarreó los mismos inconvenientes.

El examen renal en la necropsia no evidenció la existencia de alteraciones con la única excepción del caso seguido de muerte en el que existía una nefrosis aguda pero en el que se habían administrado conjuntamente seis inyecciones intramusculares de bismuto. — *J. González Videla.*

MUERTE INMEDIATA A LA ADMINISTRACION ENDOVENOSA DE MERCUPURINA, (Death immediately following the intravenous administration of mercupurin), G. Brown, L. Friedfeld, M. Kissin, W. Modell y R. M. Sussman. "J. A. M. A.", 1942, 119, 1005.

Se refieren cuatro observaciones de muerte atribuída a la inyección endovenosa de mercupurina, en enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva. En todos esos enfermos existía una buena función renal y se había ya conseguido una diuresis satisfactoria mediante inyecciones previas de sales mercuriales por vía intramuscular; en tres de los cuatro casos se había observado la aparición de disnea, ortopnea, sudoraciones, palidez, bradicardia y hasta síncope en inyecciones anteriores de mercupurina por vía endovenosa. La dosis administrada fué en todos los casos de 2 centímetros cúbicos.

La muerte se produjo casi inmediatamente de terminarse la inyección (al cabo de un minuto en el primer enfermo, de tres minutos en el segundo, de dos minutos en el tercero y de cuatro en el último). — *M. Joselevich.*

UNA REVISTA DE LAS MANIFESTACIONES TOXICAS DE LOS DIURÉTICOS MERCURIALES EN EL HOMBRE, (A review of the toxic manifestations of mercurial diuretics in man), A. C. De Graff y J. E. Nadler. "J. A. M. A.", 1942, 119, 1006

En el "Bellevue Hospital", donde se practican alrededor de seis mil inyecciones anuales de sales mercuriales, la mayoría de ellas por vía endovenosa, no se han producido casos de muerte o de accidentes graves desde 1934, época en que la habitualmente adjudicada a otros tratamientos igualmente comunes (arse- atribuirse a los casos de muerte hasta ahora referidos —los autores hallaron 26 de esos casos publicados durante un período de 16 años— mayor importancia que se administró por primera vez a los enfermos la mercupurina. No debe nicales, etc.).

No debe restringirse el uso de medicamentos tan útiles, pero es necesario recordar que se trata de drogas potentes, sin olvidar sus contraindicaciones, así como tampoco los peligros de su administración endovenosa, especialmente cuando se trata de pacientes muy digitalizados que presentan una gran retención de

líquidos o que ya han manifestado una mala tolerancia a inyecciones anteriores de sales mercuriales. — *M. Joselevich.*

LA TOXICIDAD AGUDA DE LOS DIURETICOS MERCURIALES, (The acute toxicity of mercurial diuretics), A. C. De Graff y R. A. Lehman. "J. A. M. A.", 1942, 119, 998

Se estudió la dosis necesaria para que se produzca la muerte en los gatos, al cabo de 20 a 30 minutos de ser inyectada la sal mercurial por vía endovenosa. Dicha dosis resultó ser, en centímetros cúbicos por kilogramo, de: 1.11 para el salirgan-teofilina, 0.83 para la mercupurina, 0.70 para la mercupurina, 0.41 para el salirgan, 0.24 para el esidron y 0.27 para el esidron sin teofilina.

Esos resultados no fueron modificados por la administración previa de cloruro de amonio, fenobarbital, aminofilina o digitalina, así como tampoco por la mayor dilución de la mercupurina inyectada; en cambio fué menor la dosis necesaria para producir la muerte cuando esa droga era introducida más rápidamente o a intervalos más breves.

La causa de la muerte es una acción de los compuestos mercuriales sobre el corazón, cuyo efecto precoz se traduce por modificaciones de la conducción intraventricular, siendo su manifestación final la fibrilación ventricular o la falla respiratoria debida al descenso tensional de origen cardíaco. — *M. Joselevich.*

MUERTE SUBITA Y DIURETICOS MERCURIALES, (Sudden death and mercurial diuretics), M. H. Barker, H. A. Lindberg y M. E. Thomas. "J. A. M. A.", 1942, 119, 1001.

Se refieren cuatro casos de muerte atribuida a la acción de los diuréticos mercuriales (un enfermo con esclerosis coronariana, dos hipertensos y uno con glomerulonefritis crónica y nefrosis). Después se resume el resultado de experiencias efectuadas en 30 perros normales con el objeto de estudiar el mecanismo de la muerte producida por la inyección de tales drogas.

Teniendo en cuenta la similitud de las observaciones clínicas y experimentales, los autores deducen que el mercurio actúa directamente sobre el miocardio, provocando la muerte por fibrilación ventricular. — *M. Joselevich.*

OBSERVACIONES EXPERIMENTALES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION, (Experimental observations on the treatment of hipertensión), H. Goldblatt, J. R. Kahn y H. A. Lewis, "J. A. M. A.", 1942, 119, 1192.

La hipertensión experimental difiere de la humana en que la obstrucción arterial es provocada por una pinza aplicada en las arterias renales en los animales, mientras que se desarrolla en las pequeñas ramas en la esclerosis del hombre. Con respecto al *tratamiento quirúrgico*, las operaciones sobre el sistema nervioso (denervación renal, sección de los esplánicos, etc.) no han dado resultado en los animales, pero es necesario destacar que en éstos persiste la causa mecánica que provoca la hipertensión (pinza aplicada en la arteria renal), sobre la que no puede actuar el sistema nervioso en ninguna forma. La extirpación

ANÁLISIS DE REVISTAS

del riñón responsable y el desarrollo de una circulación colateral, en cambio, dan por resultado un descenso de la presión a sus cifras normales.

En cuanto al *tratamiento médico*, algunos productos provocaron un descenso tensional que desaparecía más o menos rápidamente al suspender el medicamento (nitritos, tiocianatos, acetilcolina, etc.) y otros no tenían acción alguna (éxtracto de ajo, bromuros, ácido nicotínico, vitamina H, etc.). Los *extractos renales* fracasaron o dieron resultados inconstantes, lo que no justifica el optimismo sobre su posible eficacia en el tratamiento de la hipertensión humana. Además, si se tiene en cuenta la extensión de las lesiones de éstos enfermos, sólo podría pretenderse una acción sustitutiva, neutralizante o destructora sobre la sustancia presora, lo que se parecería a los efectos de la insulina o el hígado, que no curan a la diabetes ni a la anemia, a las que combaten con eficacia. — *M. Joselevich.*

ENVENENAMIENTO MORTAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION POR EL TIOCIANATO DE POTASIO, (Fatal poisoning from potassium thiocyanate treatment of hipertensión). W. O. Russell y W. C. Stahl. "J. A. M. A.", 1942, 119, 1177.

Se refiere un caso de muerte por intoxicación debida al tiocianato de potasio utilizado para tratar la hipertensión arterial; se compara este caso con otros cinco registrados en la literatura y con otros 3 en los que se ingirió la droga con el propósito de suicidarse. La sintomatología fué semejante en todos los enfermos: debilidad acentuada, psicosis tóxica con delirio, alucinaciones y confusión mental y convulsiones.

En los 6 hipertensos la dosis utilizada era la que habitualmente se considera como no tóxica: en el caso en que fué más alta, era de 14.4 gramos en 18 días; la concentración más elevada en sangre fué de 21.7 miligramos por 100 c. c.

EL VALOR DE LOS BAÑOS CON ANHIDRIDO CARBONICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFERICAS Y CONDICIONES ASOCIADAS, (The Value of carbon dioxide baths in the treatment of peripheral vascular disease and allied conditions), I. D. Stein y I. Weinstein. "Am. Heart J.", 1942, 23, 349.

El anhídrido carbónico, debido a sus propiedades clínicas, es capaz de provocar una hiperemia activa cuando se pone en contacto con la superficie del cuerpo. Esta hiperemia se localiza en la zona tratada y no va acompañada por un aumento evidente en el metabolismo de los tejidos o general. El baño en anhídrido carbónico produce un aumento circulatorio que creemos, es más importante en las capas superficiales del tejido subcutáneo y de la piel. En la actualidad no se pueden dar pruebas de una acción más profunda. Como resultado de este aumento circulatorio, el baño es un método efectivo y suave en el tratamiento de un grupo de enfermos que, en general, son personas de edad, con lesiones muy avanzadas y difusas, pero que tienen una buena circulación colateral a pesar del dolor, de los cambios en la piel y el color, y a veces ne-

ANÁLISIS DE REVISTAS

crisis superficiales. Es una terapéutica paliativa que colabora en la conservación de la circulación periférica por relajación de los espasmos y ayudando en la génesis de una circulación compensadora, sin aumentar el metabolismo tisular.

También se indica el baño con anhídrido carbónico en los casos rebeldes de necrosis superficial, enfermedades espásticas de la circulación, y escleroderma.
— L. H. Inchauspe.

SUERO INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PERIFÉRICA VASCULAR, (*Intravenous Serum in the Treatment of Peripheral Disease*), Hayward G. W. "Brit. med. J.", 1942, 1, 285.

El tratamiento de enfermedad periférica vascular por medio de inyecciones de solución salina hipertónica ha dado anteriormente buenos resultados y se creyó que el volumen sanguíneo aumentado estimulaba la formación de circulación colateral. En este trabajo se describen los resultados de transfusiones de suero líquido para aumentar el volumen sanguíneo en pacientes con enfermedad periférica vascular. A intervalos semanales se administraron a dieciséis enfermos transfusiones de 800 cm.³ de suero líquido (7% de contenido en proteína) procedentes de un depósito de sangre. La velocidad de la transfusión fué de 4-15 cm.³ por minuto. Se presentaron escalofríos en 15 de 50 transfusiones. Los efectos de la transfusión de suero sobre la circulación, se estudiaron de varias maneras. Los cambios en el volumen sanguíneo fueron seguidos por medio de cálculos en serie de la hemoglobina y hematocrito. Quedó demostrado que el volumen sanguíneo volvía a su valor inicial en el espacio de 2 a 4 días de la transfusión. El efecto inmediato sobre la circulación después de la transfusión, fué un aumento transitorio en la marcha del pulso, sin cambio alguno en la presión sanguínea. Los datos oscilométricos demostraron que en la mayor parte de los casos hubo pulsaciones aumentadas en las extremidades después de la transfusión. La respuesta de la temperatura de la piel a la vasodilatación refleja se estudió asimismo. Después de la transfusión la temperatura máxima que llegó a alcanzarse aumentó en 1 - 5° C. Los resultados clínicos fueron buenos. Las extremidades afectadas aumentaron su calor, quedando rápidamente limpias las zonas gangrenosas. Las úlceras de las extremidades, producidas por la enfermedad arterial, se curaron rápidamente. El dolor en reposo, cuando lo hubo, se mejoró en todos los casos después de 1 - 3 transfusiones, y la distancia que podía andarse antes de comenzar el dolor (distancia de claudicación) se vió aumentada en la mayor parte de los casos más de tres veces. — *Brit. med. inf. Serv.*