

ANALISIS DE REVISTAS

PATOLOGIA

ESTUDIOS SOBRE LOS FACTORES CONCERNIENTES A LA FORMACION DE LOS EDEMAS. II. LA PRESION HIDROSTATICA EN LOS CAPILARES DURANTE LA FORMACION DEL EDEMA EN LA INSUFICIENCIA VENTRICULAR DERECHA. (*Studies of the factors concerned in edema formation. II. The hydrostatic pressure in the capillaries during edema formation in right heart failure*), G. Fahr e I. Ersbler. "Ann. Int. Med.", 1941, 15, 798.

Sobre la base del estudio de la presión capilar en 33 personas (16 sanas, 9 con insuficiencia ventricular derecha y 8 con insuficiencia ventricular izquierda), los autores llegan a la conclusión de que el aumento de esa presión hidrostática capilar es la causa de la formación de los edemas cuando desfallece el ventrículo derecho. Esas experiencias parecen demostrar también que la anoxemia no desempeña ningún papel de importancia en tales circunstancias. — *M. Joselevich.*

HIPERPNEA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. (*Hyperpnoea in heart failure*), J. Mc. Michael. "Clin. Science", 1939, 4, 19.

En 22 enfermos con distintos grados de insuficiencia cardiaca, se estudió la diferencia de oxígeno arterio-venosa, la ventilación pulmonar y la capacidad vital. En esta forma el autor pudo demostrar que en sus casos no existía una relación evidente entre la capacidad vital y la hiperpnea, mientras que había una indudable relación entre esta última y el volumen-minuto.

Como el volumen-minuto no se encuentra mayormente disminuido en los cardíacos en reposo hasta los últimos periodos de la enfermedad, que es cuando recién aparece la hiperpnea, el autor supone, de acuerdo también con las comprobaciones propias y ajenas sobre el tenor en oxígeno de las yugulares, que esa hiperpnea es debida al aflujo sanguíneo insuficiente de los vasos cerebrales. — *M. Joselevich.*

LA PRODUCCION Y ESTUDIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PERROS CON UN DEFICIT DE TIAMINA. (*The production and study of cardiac failure in thiamin-deficient dogs*), R. L. Swank, R. R. Porter y A. Yeomans. "Am. Heart J.", 1941, 22, 154.

Dando a perros una dieta con déficit parcial en tiamina y evitando la pérdida de peso alimentándolos con tubo, se producía disnea y edema pulmonar, presentando en el examen post-mortem, congestión pulmonar, edema, y otras anomalías que confirman el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, sobre todo del ventrículo izquierdo. El estudio histológico mostraba muchas áreas pequeñas de necrosis en el miocardio. Los trazados electrocardiográficos evidenciaban anomalías definidas en la actividad eléctrica del miocardio, y taquicardia que precedía y persistía durante los periodos de insuficiencia cardiaca. Estos cambios desaparecían rápidamente después de la administración de tiamina. En un perro los estudios circulatorios demostraron que la reserva cardiaca puede estar disminuída en los perros con disnea y rales pulmonares por déficit de tiamina. Los autores anun-

cian que se hará otra comunicación más extensa sobre los estudios circulatorios en estos perros. — *L. H. Inchauspe.*

OBSERVACIONES CLINICAS SOBRE LOS ACCIDENTES DE RAIDS AEREOS. (Clinical observations on air-raid casualties), R. T. Grant y E. B. Reeve. "Brit. Med. J.", 1941, 2, 293 y 329.

Se han llevado a cabo observaciones en 100 personas lesionadas, muchas de las cuales lo fueron en raid aéreo y el resto en accidentes industriales o de carretera. Las lesiones se clasificaron como menores, moderadas, graves e internas, padeciendo lesiones de la tercera categoría 78 de los pacientes. De las pruebas disponibles la hemorragia se calculó como poca, moderada o grave, significando esta última que el paciente había perdido un litro o más de sangre. Se cree que 64 pacientes sufrieron hemorragia grave.

Sobre la base de la presión sanguínea al ser vistos por primera vez (dos tercios de los pacientes fueron examinados dentro de las dos horas siguientes al accidente), los casos se dividen en grupos: aquellos con elevada presión sistólica (por encima de 140 mm. Hg), aquellos con presión sistólica normal, y aquellos otros con dicha presión disminuida (por debajo de 100 mm. Hg). La mayoría de los casos se hallan comprendidos en los últimos dos grupos.

Los 9 casos de presión sanguínea elevada inicialmente, comprenden algunos que padecían de hipertensión esencial y alguno con una reacción hipertensa aparente a la lesión. Uno de los últimos había perdido mucha sangre. Cuatro sufrieron lesiones graves. Ninguno de este grupo falleció. Los 28 casos de presión sanguínea inicialmente normal, comprendían 19 que padecían lesión grave o interna y 18 que padecían grave hemorragia; 7 de éstos fallecieron. Los 63 casos que tenían presión sanguínea inicialmente disminuida, comprendían 54 con lesión grave e interna, y 45 con grave pérdida de sangre, y en este grupo hubo 26 fallecimientos.

El descanso, calor, morfina y posición baja de la cabeza, sólo causaron mejoría temporal en la mayoría de los casos y sólo 17, muchos de los cuales habrían tenido poca hemorragia y padecían lesiones menores o moderadas, no recibieron transfusión. Esta última resultó ser un remedio muy poderoso para restablecer y mantener la circulación. La gravedad de la lesión y la pérdida de sangre calculada fueron guías mejores de la necesidad de transfusión que la presión sanguínea, pero la última es el mejor indicador de que se dispone para apreciar la respuesta al tratamiento y no debería descuidarse. Si un paciente está gravemente herido o ha perdido mucha sangre la transfusión sanguínea deberá administrarse inmediatamente cualquiera que sea la presión. El retraso en la transfusión va frecuentemente seguido de colapso circulatorio, por ejemplo en o después de la operación. Las transfusiones precoces deberán administrarse a razón de unos 568 c.c. en 15 ó 30 minutos, y las transfusiones tardías deberán administrarse más lentamente. La administración más rápida puede no ser tolerada, mientras que si es demasiado lenta puede ser ineficaz. El restablecimiento y mantenimiento de la presión sistólica a alrededor o por encima de 100 mm. Hg es una buena indicación de que se ha administrado una cantidad suficiente. Muchos casos responder bien a la transfusión, y la respuesta es a veces dramática en su rapidez, pero es

gradual más a menudo. En ausencia de hemorragia continuada, si después de administrar un litro o litro y medio de plasma o sangre no se observa mejoría, esto indica pocas probabilidades de curación.

Una vez que el paciente ha revivido, la operación deberá llevarse a cabo cuanto antes. En la operación se hará lo menos posible y todo lo de prisa posible, y la pérdida de sangre debe reducirse al mínimo. La mezcla de gas-oxígeno-éter es un anestésico seguro y satisfactorio, pero su administración debe dejarse en manos diestras. La transfusión deberá continuarse durante la operación, vigilando al paciente cuidadosamente si hubiera signos de colapso. En el período post-operatorio el paciente sigue necesitando una cuidadosa vigilancia durante varias horas y a menudo son necesarias nuevas transfusiones. Incluso en pacientes bien restablecidos y fuera ya de la operación, la muerte puede producirse inesperadamente dentro de las 48 horas. En muchos casos, debido a la naturaleza de las heridas, la mejoría es sólo temporal y va seguida de empeoramiento y muerte. No obstante, la dificultad de prever el resultado no debe impedir la transfusión, por peligrozamente que el herido parezca estarlo cuando es examinado.

Las variaciones físicas en la presión sanguínea semejantes al "*pulsus paradoxus*" se vieron con cierta frecuencia. La presión sanguínea se eleva con la espiración y desciende con la inspiración. La variación es de ordinario de 5-10 mm. Hg pero puede alcanzar a 50 mm. Hg. También se encontraron extrasístoles, "*pulsus alternans*" y fibrilación auricular. También se observó un trastorno de la función renal y es probablemente de ocurrencia bastante frecuente. Este trastorno es por lo general ligero y consiste en una suspensión de la formación de orina durante 10 a 30 horas, y cuando ésta se excreta por primera vez se observa la presencia en ella de algunos hematíes, un poco de albúmina y (con menos frecuencia) cilindros. El trastorno es generalmente pasajero. En algunos casos el trastorno renal es más grave y dos de los enfermos parecen haber fallecido de uremia.

De cada 100 fallecieron 44. No murió ninguno de los cinco pacientes con lesiones menores y sólo uno de los 17 con lesiones moderadamente graves. Pero sucumbieron la tercera parte de los que tenían lesiones internas. En 8 casos no se halló una razón satisfactoria para la muerte al realizar la autopsia y se necesitarán nuevas observaciones sobre las causas y manera de la muerte en estos pacientes lesionados. La mayor parte de dichos enfermos se dijo que tenían "shock". Tras un cuidadoso análisis, no se hallaron características clínicas comunes que pudieran ser usadas para definir un síndrome de "shock". Presentaron más bien una serie de cuadros clínicos. Se sugiere como más prudente sustituir una descripción clínica correcta y detallada a la palabra "shock" que se usa demasiado a menudo con cierta vaguedad con una interpretación que varía con el observador que la aplica. Empleado con tal frecuencia el diagnóstico de "shock" no tiene valor ni para el pronóstico ni para el tratamiento. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

COR PULMONALE: OBSERVACIONES EN 50 CASOS CON AUTOPSIA.
(*Cor pulmonale: Observations in fifty autopsy cases*). R. W. Scott y C. F. Garvin. "Am. Heart J.", 1941, 22, 56.

Las observaciones hechas por los autores apoyan completamente las conclusiones de clínicos y patólogos anteriores en lo que se refiere a la relación entre el

enfisema crónico y claudicación del corazón derecho. La evolución clínica y las observaciones necrópsicas indican que en el enfisema existe una sobrecarga del ventrículo derecho, posiblemente debido a una elevación en la presión de la pulmonar, llevándolo a la dilatación e hipertrofia y por último a la claudicación. Que el aumento de la presión pulmonar sobrecarga el ventrículo derecho llevando a final a la muerte por insuficiencia cardíaca, se muestra claramente en dos casos en que un aneurisma del nacimiento de la aorta comprimía el tronco de la arteria pulmonar.

En la mayoría de los casos el ventrículo izquierdo estaba también hipertrofiado, pero la causa de esta hipertrofia no era clara. Se sugiere que la relación anatómica de ambos ventrículos es tan íntima que la hipertrofia de una cavidad lleva por último a la hipertrofia de la otra. — *L. H. Inchauspe.*

CARDIOPATIA CONGENITA DURANTE EL EMBARAZO. (*Congenital heart disease during pregnancy*). C. L. Mendelson y H. E. B. Pardee. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 202, 392.

Desde 1932 hasta la fecha se asistieron en el New York Lying-In Hospital 1089 grávidas con cardiopatías, de las cuales 20 (1.89%) reconocían un origen congénito.

Ocho casos presentaban una estenosis pulmonar, asociada probablemente a otras lesiones. En dos de estos casos fué preciso realizar el aborto terapéutico, uno por marcada hipertensión y antecedentes de insuficiencia renal, en el restante por el agrandamiento cardíaco acentuado y la pobre reserva cardíaca.

De estos ocho casos de estrechez pulmonar, seis presentaban agrandamiento cardíaco y cuatro cianosis moderada que no aumentó durante el trabajo de parto. En ninguno de los casos el número de respiraciones excedió de 24 por minuto durante el parto ni la frecuencia cardíaca sobrepasó la cifra de 110 por minuto durante el embarazo o el parto.

Cuatro casos poseían una comunicación interventricular, sin que existiera cianosis o policitemia. En tres de ellos había agrandamiento cardíaco y en uno que acusaba disnea de esfuerzo y palpitaciones a partir del 4 mes de su gestación la sintomatología desapareció después del parto.

En tres pacientes el diagnóstico fué el de coartación de aorta, existiendo en todas ellas agrandamiento cardíaco y suave cianosis que aumentó durante la preñez pero sin llegar a ser intensa. Ninguna tuvo taquicardia en el transcurso del embarazo, pero las tres experimentaron disnea después del 4º mes que fué en aumento con el progreso de la gestación.

Dos casos presentaban una persistencia del conducto arterioso, sin que ocurriera alguna anomalía durante el embarazo o el parto. Lo mismo ocurrió en una enferma con persistencia del foramen oval y en otras dos sin un diagnóstico definido de la anomalía congénita.

Comparados estos resultados con los publicados por otros autores, se deduce que el embarazo y el parto son de gran riesgo en los casos de coartación de aorta por lo que deberán ser evitados. En los primeros meses de la gestación debe recurrirse al aborto terapéutico, pero si aquélla se halla muy avanzada debe efectuarse una intervención cesárea y la esterilización tubaria.

En los otros tipos de cardiopatía congénita bastará en general tomar ciertas precauciones para evitar traumatismos, hemorragias e infección, además de recurrir al forceps para eliminar o aliviar los esfuerzos durante el período expulsivo. — *J. González Videla.*

ELECTROCARDIOGRAFIA Y ARRITMIAS

EL SIGNIFICADO DEL BAJO VOLTAJE DEL COMPLEJO QRS EN LAS DERIVACIONES PRECORDIALES. COMPARACION CON EL BAJO VOLTAJE EN LAS DERIVACIONES DE LOS MIEMBROS. (The significance of low voltage or the QRS complex in precordial leads. Comparison with low voltage in limb leads), S. Bellet y A. Kershbaum. "Am. Heart J.", 1941, 22, 195.

En 20 pacientes que tenían bajo voltaje tanto en la derivación precordial como en la derivación de los miembros, todos presentaban signos evidentes de daño miocárdico severo. En este grupo había once casos de infarto de miocardio, en cinco de los cuales había participación de la pared anterior y posterior del ventrículo izquierdo. La severidad del daño miocárdico era mucho menor en un grupo de 50 casos en que el voltaje era bajo en las derivaciones de los miembros y normal en las derivaciones precordiales. En este grupo no había casos de combinación de infarto anterior y posterior.

Los autores refieren la frecuencia de bajo voltaje en las enfermedades del pericardio con o sin derrame, observando que, si bien se puede encontrar en las derivaciones de los miembros es mucho menos frecuente en las derivaciones precordiales si no coexiste una lesión importante del miocardio. En un grupo control de 300 estudiantes no encuentran casos de bajo voltaje.

Para el diagnóstico del bajo voltaje no se debe limitar exclusivamente a una sola derivación precordial. Además de las derivaciones CF (3, 4, 5) deben utilizarse también las derivaciones CB y CR.

Como el mecanismo del bajo voltaje en las derivaciones precordiales es el resultado de otros factores que en las derivaciones de los miembros, tiene más valor como signo de daño miocárdico la combinación de bajo voltaje en ambas derivaciones que sólo en una. — *L. H. Inchauspe.*

EL EFECTO DE LA PERICARDITIS DIFUSA EN EL TRAZADO ELECTROCARDIOGRAFICO DE UN INFARTO DE MIOCARDIO RECIENTE. (The effect of diffuse pericarditis on the electrocardiographic pattern of recent myocardial infarction), R. Langendorf. "Am. Heart J.", 1941, 22, 86.

De 380 casos consecutivos de infarto de miocardio reciente, 39 presentaban trazados de las derivaciones de los miembros con una elevación concordante del segmento ST o una inversión concordante de la onda T que cumplía con el criterio para el diagnóstico de una pericarditis tal cual lo establece Barnes. Deben

ser considerados conjuntamente los cambios que se producen en los complejos QRS y en los segmentos ST-T tanto en las derivaciones torácicas como en las de los miembros, si se quiere diferenciar una pericarditis difusa, no complicada con un infarto de miocardio o de un infarto de miocardio complicado con una pericarditis difusa.

El autor llega a las siguientes conclusiones después de un detenido estudio con control necrópsico en algunos casos:

a) Una elevación transitoria y concordante del segmento ST con una discordancia por otra parte en la evolución del segmento ST-T en casos de infartos de la pared anterior o posterior es ampliamente sugestivo de una pericarditis difusa que complica la situación.

b) Una inversión de la onda T concordante en las derivaciones de los miembros, con cambios de QRS en las derivaciones de los miembros y torácica del tipo de infarto de pared anterior o posterior, es causado por un infarto de miocardio extenso, y no puede ser considerada como resultado de un simple infarto complicado con una pericarditis difusa. Sin embargo, son necesarios estudios anatómicos para ratificar esta afirmación.

Solamente en 12 (3.2%) de los 380 casos de infarto de miocardio reciente se pudo hacer diagnóstico de pericarditis difusa. Electrocardiogramas seriados durante la etapa ST del infarto harían que el porcentaje de diagnósticos de pericarditis difusa se acercara más a la frecuencia post-mortem (15.3%). — *L. H. Inchauspe.*

LA DURACION DE LA SISTOLE ELECTRICA (INTERVALO QT) EN CASOS DE DERRAME PERICARDICO MASIVO, (The duration of electrical systole (QT interval) in cases of massive pericardial effusion), Chen-Lang Tung. "Am. Heart J.", 1941, 22, 35.

Se efectuó el estudio electrocardiográfico de un grupo de 14 pacientes con derrame pericárdico tuberculoso y masivo, siendo confirmada su existencia por la punción o por la autopsia. En todos los pacientes existían signos de insuficiencia cardíaca congestiva que se podía atribuir directamente a una compresión (tamponade) cardíaca (claudicación hipodiastólica). El autor utilizando la fórmula de Adams, considerando la frecuencia cardíaca, llega a la conclusión que la duración de la sístole eléctrica (intervalo QT) era normal. Esto puede ayudar en el diagnóstico diferencial entre una acentuada dilatación cardíaca con insuficiencia congestiva y un derrame pericárdico extenso, con fenómenos congestivos similares. — *L. H. Inchauspe.*

CAMBIOS EN EL RITMO CARDIACO DURANTE LA RESECCION DEL PERICARDIO, EN LA PERICARDITIS CRONICA, REGISTRADOS ELECTROCARDIOGRAFICAMENTE, (Changes in the rhythm of the heart during resection of the pericardium in chronic constrictive pericarditis, as recorded electrocardiographically), H. J. Stewart y R. L. Bailey. "Am. Heart J." 1941, 22, 169.

En seis casos de pericarditis crónica constrictiva se obtienen electrocardiogramas antes y durante la resección del pericardio. Dos pacientes que padecían de

fibrilación auricular tuvieron contracciones prematuras de los ventrículos derecho e izquierdo y cortas descargas de taquicardia paroxística ventricular. En un caso de ritmo sinusal normal que había presentado anteriormente contracciones auriculares prematuras, estas últimas aumentaron en frecuencia. También se registraron paroxismos de fibrilación auricular, aleteo auricular y taquicardia paroxística auricular. En dos pacientes con ritmo sinusal normal y en uno con fibrilación auricular no se produjeron contracciones prematuras ni otros cambios en el ritmo. Solamente en un caso los electrocardiogramas que se obtuvieron antes y después de la operación mostraron cambios apreciables en la amplitud y forma de las ondas T. La falta de cambios más evidentes en las ondas T y en los segmentos RT parecen indicar que durante la resección del pericardio espesado y adherido, se producía una lesión muy ligera del miocardio, aun cuando se efectuase la disección del pericardio visceral del músculo cardíaco.

Estas observaciones demuestran la tolerancia del corazón a un manipuleo importante y estímulos mecánicos de su superficie sin producir trastornos prolongados en el ritmo y sin perturbaciones en su funcionalismo. Esto permite tranquilizar a los cirujanos que se ocupan del tratamiento quirúrgico de la pericarditis crónica constrictiva. — *L. H. Inchauspe.*

BLOQUEO INTRAVENTRICULAR, INCLUYENDO EL LLAMADO BLOQUEO DE RAMA. (Intraventricular block, including so-called bundle branch block). A. Bohning, L. N. Katz, R. Langendorf y B. Blumenthal. "Am. J. Med. Sc". 1941. 202, 671.

Los autores analizan un total de 176 casos cuyos e.c.g. revelaban groseros trastornos de conducción intraventricular.

En 89 pacientes el bloqueo de rama existente era del tipo común, en 5 de tipo no común, en 59 del tipo de la S y en los 23 restantes el e.c.g. era similar al del tipo común, pero difería de él por la presencia en el QRS₁ de una pequeña fase final invertida.

En una cuarta parte de los casos era evidente la existencia de un infarto de miocardio, reciente o antiguo: alrededor de las 3/5 partes padecían de arterioesclerosis pero sin clara evidencia de oclusión coronaria.

Con relación al sexo, 122 eran hombres y 54 mujeres y con referencia a la edad el 91% del grupo con arterioesclerosis sobrepasaba los 50 años, edad superada sólo en el 75% de los casos con infarto de miocardio.

No se comprobó ninguna relación entre la duración del QRS y el tipo de cuadro electrocardiográfico o la etiología del bloqueo.

La duración del QRS varió entre 0.12" y 0.24", siendo su promedio 0.135". La duración del intervalo Qc demostró que el tipo común de bloqueo

intraventricular está más frecuentemente asociado a un retardo en el ventrículo izquierdo, mientras que en los otros tipos el Qc era aproximadamente normal.

El examen necrópsico practicado en 25 casos permitió comprobar la ausencia de relación entre la localización del infarto o del padecimiento coronario y el tipo de bloqueo intraventricular. — *J. González Videla.*

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

LA APARICION EN LA ANGINA DE PECHO DE CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS SIMILARES EN MAGNITUD Y EN ASPECTO A LOS PRODUCIDOS POR EL INFARTO DE MIOCARDIO. (The occurrence in angina pectoris of electrocardiographic changes similar in magnitude and in kind to those produced by myocardial infarction). F. N. Wilson y F. D. Johnston. "Am. Heart J.", 1941, 22, 64.

Los cambios electrocardiográficos acentuados, que a veces se producen durante un ataque de angina de pecho, indican que las perturbaciones en la circulación coronaria, que se produce en estas condiciones, es a veces tan grande como las producidas por la oclusión brusca de una arteria coronaria de importancia.

Se pueden producir ataques de angina de pecho que van acompañados por profundas alteraciones del electrocardiograma en circunstancias que llevan necesariamente a sospechar que la isquemia correspondiente del miocardio es no sólo bien debida a un cambio en el calibre de las arterias coronarias afectadas sino a un aumento exclusivo del trabajo cardíaco.

La nicotina o algunos otros de los elementos constitutivos del humo de cigarrillo, a veces provocan "espasmos" de las coronarias en pacientes que sufren de angina de pecho. — *L. H. Inchauspe.*

ANGINA DE PECHO EN INDIVIDUOS JOVENES CON INSUFICIENCIA AORTICA. RELATO DE SEIS CASOS. (Angina pectoris in young individuals with aortic insufficiency. A report of 6 cases). A. C. Ernst y R. W. Schneider. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 202, 737.

Comentan 6 casos de angor de decúbito en sujetos jóvenes portadores de una marcada insuficiencia aórtica reumática. Todos presentan ataques nocturnos repetidos y en cuatro de ellos los ataques eran inducidos también por el esfuerzo. Concomitantemente con el dolor aparecían en 5 sujetos cambios vasomotores pronunciados, tales como enrojecimiento de la cara, sudores profusos, palpitaciones, etc. El dolor en todos los casos era similar en localización, cualidad e irradiación al del angor de esfuerzo y se aliviaba frecuentemente con nitrito amilo o trinitrina. Los ataques son precipitados por un aumento de la presión arterial y en la frecuencia cardíaca, probablemente a través de alteraciones durante el sueño. El promedio de duración de vida después del primer ataque es mayor que en los pacientes con angor por afección coronaria, pero de todos modos el pronóstico es incierto por la neta predisposición a una muerte súbita. — *González Videla.*

LA ACCION FISIOLÓGICA DEL OXIGENO Y DEL ANHIDRIDO CARBÓNICO EN LA CIRCULACION CORONARIA, EVIDENCIADA POR EL ESTUDIO DE LOS GASES EN SANGRE Y LA ELECTROCARDIOGRAFIA. (*The physiologic action of oxygen and carbon dioxide on the coronary circulation, as shown by blood gas and electrocardiographic studies*). A. L. Barach y A. Steiner con la cooperación técnica de M. Eckman y N. Molomut. "Am. Heart J.", 1941, 22, 13.

Por medio de las observaciones de los gases en sangre y electrocardiogramas se estudió la acción fisiológica del oxígeno y del anhídrido carbónico en la circulación coronaria. Cuando se ha producido un déficit de oxígeno en la sangre arterial por disminución de la concentración de oxígeno en el aire inspirado, se ponen de manifiesto ciertos mecanismos compensadores, como ser un aumento en la ventilación pulmonar y en la velocidad circulatoria. En los casos de esclerosis coronaria, la luz estrechada de las arterias coronarias opone un cierto grado de obstrucción al aumento del flujo sanguíneo. Esto lleva a una severa anoxia del músculo cardíaco cuyas consecuencias son: 1º) Insuficiencia coronaria, con dolor precordial e insuficiencia cardíaca o circulatoria periférica, y 2º) Cambios electrocardiográficos, especialmente descenso de la onda T y depresión del segmento ST.

El aumento de la ventilación pulmonar producido por una anoxia aguda provoca una pérdida desproporcionada de anhídrido carbónico con un descenso en el pH de la sangre hacia el lado alcalino. Debido a que la alcalosis producida por hiperventilación se ha demostrado que produce constricción de los capilares en otras partes del cuerpo, se ha investigado la posibilidad de que puede tener el mismo efecto en la circulación coronaria. La adición de pequeñas cantidades de anhídrido carbónico, como ser de un 2 a 3%, a una mezcla con poco oxígeno, evitaba la presencia de los signos clínicos y electrocardiográficos que se han descrito anteriormente. Aunque la inhalación de una mezcla con poco oxígeno y con anhídrido carbónico en 8 de 10 casos de enfermedad coronaria llevó a una saturación arterial de oxígeno mayor que la inhalación de una mezcla comparable con poco oxígeno, hubo cuatro casos en que los signos electrocardiográficos y síntomas de insuficiencia coronaria no se produjeron o estaban disminuídos en presencia de una severa anoxemia arterial comparable, cuando se evitaba la pérdida de anhídrido carbónico.

La inhalación de concentraciones elevadas de oxígeno es sabido que mejora el funcionalismo de la circulación coronaria cuando ha sido previamente empeorada. Se estudió en 32 casos de enfermedad coronaria los efectos electrocardiográficos de la inhalación de oxígeno casi puro. En 27 casos la onda T se hizo más positiva. El agregado de anhídrido carbónico a concentraciones muy elevadas de oxígeno no tuvo efecto o en 6 casos disminuyó ligeramente la elevación de la onda T producida por la inhalación de mezclas con mucho oxígeno.

Aceptando la tesis de Macleod, de que uno de los factores que influye en la altura de la onda T es la velocidad de recuperación del músculo cardíaco, los autores sugieren por los datos obtenidos en estos estudios, que la inhalación de mezclas con mucho oxígeno acorta el período de recuperación. En presencia

de una anoxia aguda, la inhalación de pequeñas cantidades de anhídrido carbónico acorta el período de recuperación del músculo cardíaco, en parte por el aumento en la tensión del oxígeno arterial y en parte evitando la constricción de los capilares en la circulación coronaria. La administración de anhídrido carbónico en ausencia de alcalosis puede en algunos casos retardar el período de recuperación del músculo cardíaco. — *L. H. Inchauspe.*

HEMORRAGIA DE LA INTIMA EN LAS ARTERIAS CORONARIAS COMO UN FACTOR EN EL ORIGEN DE LA OCLUSIÓN CORONARIA
(*Intimal coronary artery haemorrhage as a factor in the causation of coronary occlusion*), M. G. Nelson. "J. Path. Bact.", 1941, 53, 105.

1. En la aparición de la oclusión coronaria se consideran de mayor importancia las alteraciones en la pared vascular que las alteraciones de la sangre.
2. La enfermedad predisponente más corriente es la arterioesclerosis coronaria.
3. Muchos vasos sanguíneos sinusoides se encuentran en relación con las placas ateromatosas de la íntima. Estos vasos aparecen en dos lugares: bien en la profundidad de los tejidos de la íntima junto a la media, o más superficialmente cerca del endotelio. En la mayoría de los casos se hallan rodeados de alteraciones inflamatorias crónicas.
4. La hemorragia de estos sinusoides no es un hallazgo infrecuente en la arterioesclerosis coronaria. Las hemorragias en las zonas más profundas de la íntima se curan mediante tejido de granulación en el cual se forman numerosos los nuevos capilares. Dicho proceso aumenta la fibrosis y la vascularidad de la íntima y la predispone a nuevas hemorragias.
5. La hemorragia superficial de la íntima es un factor de los más importantes en la etiología de la oclusión coronaria. Se halló en 11 de 17 casos examinados, pero en 9 de ellos también se halló oclusión trombótica de la luz vascular.
6. Los factores que determinan la hemorragia de la íntima son probablemente debilitación de la pared sinusoidal por acción tóxica y presión intraluminal elevada pasajera provocada por esfuerzo o emoción. En tales casos, la trombosis intravascular supuesta puede ser retrasada hasta un período subsiguiente de descanso corporal y mental. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

TROMBOSIS CORONARIA (CON INFARTO DEL MIOCARDIO) DIEZ AÑOS MAS TARDE, (*Coronary thrombosis (with myocardial infarction ten years later)*), E. F. Bland y P. D. White. "J. A. M. A.", 1941, 114, 1171.

Los autores publicaron en 1931 el resultado de la observación de 200 casos de infarto del miocardio estudiados durante el período comprendido entre los años 1920-30. En este trabajo estudian lo acaecido con dichos enfermos en un período de 10 años posterior a la trombosis coronaria.

Descontados de esos 200 casos los 38 enfermos (19 por ciento), que murieron dentro de las 4 semanas de producido el infarto (mortalidad inmediata), el 31 por ciento de los restantes vivían todavía al cabo de 10 años de aquel accidente inicial. Aunque es necesario que transcurra otra década o quizás más para realizar una evolución completa de esos casos, desde ya puede afirmarse que el pronóstico del infarto del miocardio es mejor de lo que en general

acepta y que existe un mayor número de enfermos de lo que se cree que evoluciona favorablemente. — *M. Joselevich.*

CONGESTION VENOSA EN LA CIRCULACION CORONARIA. ESTUDIO EXPERIMENTAL. (*Venous stasis in the coronary circulation. An experimental study*). C. S. Beck y A. E. Mako. "Am. Heart J.", 1941, 21, 767.

Los autores se preguntan si la ligadura de la vena reduce la mortalidad consecutiva a la ligadura de una arteria coronaria. La pregunta es difícil de responder, habiendo tenido que llevar a cabo muchas experiencias para obtener suficientes datos. Utilizaron 30 perros con el objeto de establecer un "standard" de comparación. Con la oclusión completa de una arteria tuvieron una mortalidad del 80% o sea 24 de los 30. Después de la oclusión de la vena y de la arteria la mortalidad total fué de un 61% o sea 35 en 57 perros. La mortalidad no disminuyó en los casos en que la ligadura de la vena se efectuó inmediatamente después de la ligadura de la arteria en la misma operación o de 3 a 6 días antes de la misma. La mortalidad se reduce si transcurre un período de 7 días a 4 meses entre la ligadura de la vena y la ligadura de la arteria. En estos grupos la mortalidad fué de un 50%.

Se llegó a conclusiones más completas en las experiencias en que se efectuaba una ligadura parcial de la arteria. En el grupo control con ligadura parcial de la arteria murieron 4, sobreviviendo 7, siendo la mortalidad de un 36%. En los que se efectuaba la ligadura parcial de la arteria con la ligadura de la vena, hubo una mortalidad de un 18% siendo, en realidad, en cinco casos la oclusión completa, produciéndose esto último, posiblemente por la cicatriz formada alrededor de la ligadura. ¿Reduce la ligadura de la vena el tamaño del infarto? En las experiencias en que la arteria estaba completamente ocluida, no se pudo encontrar diferencia en el tamaño del infarto, estuviera o no la vena ocluida. En las experiencias con ligadura parcial de la arteria, era evidente la diferencia de tamaño de los infartos. En estos experimentos parece que la ligadura de la vena reduce el tamaño del infarto en comparación al infarto que sigue a la oclusión parcial de la arteria exclusivamente.

Con respecto a las aplicaciones en la clínica de estos procedimientos, los autores llegan a la conclusión de que los beneficios no son lo suficientemente grandes como para justificarlos como medios terapéuticos en el tratamiento de la esclerosis coronaria. — *L. H. Inchauspe.*

INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

LA FRECUENCIA DEL PULSO EN EL REUMATISMO AGUDO JUVENIL. (*The pulse rate in acute juvenile rheumatism*). A. J. Glazebrook y S. Thomson. "Edinb. med. J.", 1941, 48, 619.

Un centenar de casos de reumatismo agudo se presentaron en una institución preparatoria entre muchachos y jóvenes de 15 a 20 años. En 30 de los casos se observó una reducción clara de la frecuencia del pulso durante la fase

aguda de la enfermedad. En 32 casos, la marcha del pulso se elevó, pero menor de lo que hubiera podido esperarse del aumento de la temperatura. En 38 casos el aumento en la frecuencia del pulso estuvo en proporción con la temperatura. La bradicardia fué más común en aquellos que padecían de un primer ataque de reumatismo. En la mayoría de los casos se produjo dentro de los 4 primeros días de la enfermedad y persistió de 2 a 26 días. La bradicardia apareció en casos tratados o no con salicilatos, con suero y con Vitaminas B y C a saturación. Se presentó en casos de todos los grados de gravedad, incluso en un caso de "fiebre reumática en miniatura" —término empleado por Payne y Schisinger (1935), para describir casos en los que los aumentos en la frecuencia del pulso, temperatura y velocidad de sedimentación se observó que seguían un "período silencioso" después de una infección respiratoria de las vías altas. El retardo del pulso no guardó relación con la temperatura.

En los casos que presentaran un retardo del pulso en las fases primeras de la enfermedad, tendieron a desarrollarse grandes lesiones valvulares dentro de los seis meses. El significado pronóstico de la bradicardia se consideró malo.

El retardo del pulso fué asociado con exagerada arritmia sinusal. Fué abolida temporalmente mediante una inyección de atropina. Los electrocardiogramas demostraron que se trataba de una sencilla bradicardia sinusal con alguna prolongación del intervalo de PR. Se consideró que era producido por la acción de toxinas reumáticas sobre terminaciones nerviosas vagales. Un retardo del pulso semejante se halló en casos de infección estreptocócica, posiblemente en estrecha asociación con el estado reumático, tales como amigdalitis, septicemia y afecciones pulmonares inflamatorias. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

VEINTE AÑOS DE OBSERVACION DE 1438 NIÑOS CON CARDIOPATIA REUMÁTICA, (Twenty years observation of 1438 children with rheumatic heart disease. Analytic study following convalescent care from 1921 to 1941), A. T. Martin. "J. A. M. A.", 1941, 117, 1663.

De los 1438 niños observados durante los 20 años transcurridos entre 1921 y 1941, 1398 tenían cardiopatías reumáticas y los 40 restantes poseían afecciones congénitas del corazón; el 22 por ciento eran italianos y, del total de casos, 1157 tenían ambos padres de esa nacionalidad.

Todos los enfermos fueron tratados y seguidos en establecimientos de campo adecuados (856 en "country homes" situadas en la ciudad o el estado de New York); el 30 por ciento de esos niños murió en el plazo de los 20 años del estudio y, de esos 431 fallecimientos, el 80 por ciento se debió a infección reumática y menos del 1 por ciento a la insuficiencia cardíaca congénita. El 87 por ciento de las muertes tuvo lugar antes de los 20 años de edad, correspondiendo los de mayor edad a los 40 enfermos que murieron con insuficiencia cardíaca congestiva (el que más vivió llegó a los 34 años). La edad media de comienzo del reumatismo osciló entre los 6 y 8 años, mientras que el 42 por ciento de las muertes ocurrió dentro de los 5 años de producida la primera manifestación de la enfermedad.

El 35 por ciento de los enfermos (357 pacientes), tienen una ocupación regular y paga, mientras que otros 10 trabajan en forma irregular; 260 co-

curren a escuelas comunes. 83 a una clase especial para cardíacos y 14 reciben la visita de su maestro. De las niñas, 90 se han casado, habiendo dado a luz 76 hijos, con sólo 2 fallecimientos provocados por el embarazo y producidos después del parto. — *M. Joselevich.*

EXPERIENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA CON SULFANILAMIDA, SULFAPIRIDINA Y SULFATIAZOL, (Experiences in the treatment of subacute bacterial endocarditis with sulfanilamide, sulfapyridine and sulfathiazole: a review of previously reported cured cases including one cure and one aborted case), H. E. Heyer y F. K. Hick. "Ann. Int. Med.", 1941, 15, 291.

Después de expresar que en la literatura médica existen 31 casos de endocarditis bacteriana subaguda curados mediante la administración de sulfanilamida o de sus derivados, los autores comentan otras 15 observaciones de esa enfermedad en las que se aplicó tratamiento a base de sulfanilamida, sulfapiridina o sulfatiazol.

Sólo uno de esos 15 casos puede considerarse curado (al cabo de 2 años y 9 meses); otro sigue bien a los 5 meses de iniciada la enfermedad, 11 murieron y los 2 restantes siguen con fiebre (4 y 8 meses después de iniciado el tratamiento).

Los autores señalan la necesidad de tratar con los derivados de la sulfanilamida todos los casos de E. B. S. y la conveniencia de hacerlo en forma precoz; destacan el hecho de que se comprobara, aun en los casos fatales, un descenso de la temperatura coincidiendo con la administración del medicamento, lo que atribuyen a la acción antitérmica del mismo. — *M. Joselevich.*

HEPARINA EN LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA, (Heparin in subacute bacterial endocarditis. Report of cases and critical review of literature), J. Mc. Lean, B. B. M. Meyer y J. M. Griffith. "J. . M. A.", 1941, 117, 1870.

Los autores señalan algunas opiniones contrarias al uso de la heparina en el tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda, entre ellas la de Friedman, que fué uno de los primeros en proponer dicho tratamiento, basándose en consideraciones teóricas fisiológicas.

El uso de la heparina en la E. B. S. es pasible de distintas objeciones, así como también su forma de aplicación, el agregado de una cierta cantidad de líquido y su superposición a la medicación sulfanilamidada. Debe tenerse en cuenta que en esta enfermedad las condiciones son muy diferentes que las observadas cuando se emplea la heparina en casos quirúrgicos; si ese tratamiento siguiera siendo aplicado, debería internarse a los enfermos en un instituto, con el objeto de seleccionar los casos y someterlos al estudio de personas capacitadas.

El resumen de 67 casos ya publicados y otros 2 personales, ilustra esta publicación. — *M. Joselevich.*

QUIMIOTERAPIA Y HEPARINA EN LA ENDOCARDITIS SUBAGUDA

(*Chemoterapy and heparin in subacute bacterial endocarditis. Further experiences*). C. E. Leach, J. M. Faulkner, Ch. N. Duncan, S. Mc. Ginn, R. R. Porter y P. D. White. "J. A. M. A.", 1941, 117, 1345.

En base a 41 casos de endocarditis bacteriana subaguda tratados con sulfanilamida o sus derivados, los autores manifiestan que la quimioterapia permite albergar mayores esperanzas de curación de esa enfermedad, siendo ya la sulfapiridina y quizás el sulfatiazol, drogas útiles en la terapéutica de la afección.

La heparina sola, administrada en la mitad de esos casos, no ha demostrado ser de utilidad, aunque pudo haber actuado como factor coadyuvante en alguno de los enfermos curados.

De los 41 pacientes estudiados, la mitad experimentó mejorías transitorias pero sólo 4 de ellos parecen definitivamente curados, lo que es considerado bastante satisfactorio por los autores (10 por ciento de curaciones aparentes en lugar del 1 por ciento obtenido anteriormente por ellos mismos). — M. Joselevich.

RESULTADOS DE LA QUIMIOTERAPIA EN LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA,

(*Results of chemotherapy in subacute bacterial endocarditis*). H. Field, S. W. Hoobler y N. L. Avery. "Am. J. Med. Sc." 1941, 202, 798.

Relatan el resultado del tratamiento a base de distintas sulfanilamidas en 36 casos de endocarditis bacteriana subaguda. Durante la administración de la droga hubo frecuentemente una disminución temporal de la hipertermia, sin efecto aparente sobre el curso de la enfermedad. La leucocitosis disminuía asimismo por efecto de la terapia y en cinco casos el hemocultivo volvióse negativo, pese a la persistencia del ascenso térmico.

De todos los casos tratados, en uno se obtuvo la curación. Cinco pacientes fueron también tratados con heparina endovenosa, pero ninguno de ellos curó produciéndose en uno la muerte por hemorragia cerebral. — J. González Videla.

LOS PRINCIPIOS EN QUE SE BASA EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS

CARDIOVASCULAR. (*The principles underlying the treatment of cardiovascular syphilis*). U. J. Wile. "Ann. Int. Med.", 1941, 15, 817.

El tratamiento de la sífilis cardiovascular no puede ser considerado en conjunto, sino que debe tenerse en cuenta las condiciones de cada caso en particular. Desde ese punto de vista, debe considerarse cuatro grupos de enfermos:

- 1) Los que tienen signos pero no síntomas y han recibido previamente un tratamiento antisifilítico enérgico; no necesitan ninguna terapéutica especial;
- 2) Los que habiendo recibido asimismo tratamiento específico previo intenso, presentan síntomas de insuficiencia cardíaca; debe tratarse solamente a esta última.
- 3) Los que presentan signos y no síntomas, pero que han sido mal o nada tratados como específicos; estos son los que deben ser sometidos a la medicación antisifilítica, siendo los que mejor responden a ella;
- 4) Los que tienen signo y síntomas y no han recibido tratamiento específico; debe combatirse primero

insuficiencia cardíaca y tratarse luego en forma prudente la sífilis visceral. — *M. Joselevich*.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

CARDIOPATIA POR HIPERTENSION ARTERIAL DE 10 A 20 AÑOS DE DURACION; RELATO DE 11 CASOS, (*Hypertensive heart disease of 10 to 20 years duration; report of 11 cases*), N. Flaxman. "Ann. Int. Med.", 1941, 15, 821.

En los 11 casos se tomó el primer síntoma de insuficiencia cardíaca como punto de partida de la observación, siendo el término medio de vida desde esa fecha, de 13 años y medio. No se pudo establecer ningún factor común que influyera sobre esa longevidad de los enfermos: la edad variaba entre 25 y 70 años, el género de vida entre el sedentarismo y las tareas más o menos activas; 6 eran mujeres y 5 hombres.

Se destaca el hecho de que esos enfermos no se limitaron a soportar durante tantos años su insuficiencia cardíaca, sino que escaparon también a las causas que matan al 35 por ciento de los hipertensos antes de que desarrollen la I. C. congestiva (hemorragia cerebral, trombosis coronariana, uremia, enfermedades intercurrentes). — *M. Joselevich*.

LOS CAPILARES EN EL MIXEDEMA, (*The capillaries in myxedema*), H. Zondek, M. Michael y A. Kaatz. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 202, 435.

Los autores realizan un detenido estudio de los capilares en ocho pacientes mixedematosas a las que han tenido oportunidad de observar durante varios años. Siete de las pacientes presentaban capilares con un cuadro característico: escasos en número, sumamente estrechos, a veces reducidos a una fina línea escasamente reconocible en el campo microscópico. Durante el tratamiento con tiroides el número y el calibre de los capilares aumentó, a la par que mejoraba el cuadro clínico y se normalizaba la velocidad circulatoria. Sin embargo, ningún paralelismo pudo ser establecido entre el diámetro capilar, la condición general del paciente o la cifra del tiempo de circulación. — *J. González Videla*.

LA RELACION CAUSAL ENTRE LA DERMATOMICOSIS Y LA TROMBOANGIITIS OBLITERANTE, (*The causative relationship of dermatophytosis to thromboangiitis obliterans*), M. Naide. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 202, 822.

La observación sumamente frecuente de dermatomicosis en pacientes con tromboangiitis obliterante, hace pensar al autor si ambas condiciones no están asociadas por un factor causal. Se explicaría así el curso recidivante de la tromboangiitis y la limitación de las lesiones a los vasos sanguíneos de las piernas y brazos. Además, la flebitis migratoria y la arteritis en algunos tromboangiíticos son precedidas de un brote agudo en la infección micótica.

De un grupo de 30 pacientes con tromboangiitis, 28 presentaban una der-

matomicosis, muy pronunciada en 20; en cambio, en un grupo control de 30 sujetos sin tromboangeítis, la afección fungosa existía sólo en 22. Las pruebas cutáneas con tricofitina resultaron positivas en 24 de los pacientes y únicamente en seis de los del grupo control.

Es probable, en consecuencia, que la micosis actúe como factor etiológico de la tromboangeítis, por lo cual deberá siempre buscársela y tratarla en los pacientes con aquella afección vascular. — *J. González Videla.*

LA COMPENSACION DE LA CIRCULACION SANGUINEA EN EL MIEMBRO AFECTADO EN LA FISTULA ARTERIOVENOSA. (The adjustment of blood flow to the affected limb in arteriovenous fistule). T. Lewis. "Clin. Science". 1939, 4, 277.

En 3 casos de fístula arteriovenosa de los miembros inferiores producida por herida de bala, el autor pudo comprobar una progresiva restauración del aflujo sanguíneo en la parte distal de la pierna afectada.

Ese aumento del aflujo sanguíneo, que se desarrolla lentamente durante años, puede deberse en parte a un descenso del tono vasomotor, pero además de ello debe aceptarse que, en esos casos, se produce un crecimiento vascular del segmento distal del miembro, cuya patogenia resulta difícil de explicar. El autor sugiere la hipótesis de que en los tejidos afectados por la irrigación insuficiente, tiene lugar la formación de un estimulante químico de origen local, y de acción también local, sobre los vasos que experimentan un crecimiento compensador. — *M. Joselevich.*

TERAPEUTICA

ESTUDIOS SOBRE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. I. LA IMPORTANCIA DE LA RESTRICCIÓN DE LA SAL COMPARADA CON LA DEL AGUA, (Studies on congestive heart failure. I. The importance of restriction of salt as compared to water). A. Schroeder. "Am Heart J.", 1941, 22, 141.

Se estudian 23 pacientes que padecían de insuficiencia cardíaca congestiva con el objeto de informarse de la importancia del cloruro de sodio y el agua en lo que respecta a la acumulación y desaparición de los edemas. Limitando la ingestión de sal a una cantidad inferior a la eliminada por la orina, siempre llevaba a una disminución de los edemas. Generalmente una dieta con una cantidad de sal que no exceda de un gramo en las 24 horas es insuficiente para producir diuresis o evitar la formación de edemas, pero la proporción de sal de la dieta común "de clorurada" no era lo suficientemente baja. Cuando la ingestión de sal se limitaba a 0.50 - 1 gr. por 24 horas, habitualmente la cantidad de líquido ingerido no tenía acción sobre los edemas. A veces, se veía aumentar la diuresis a pesar de tomar el paciente mucho líquido, o disminuir cuando se limitaba los líquidos en forma severa.

Cuando la insuficiencia cardíaca iba acompañada de insuficiencia renal, una gran ingestión de líquido traía como consecuencia síntomas similares a los de la

"intoxicación acuosa", esto es, dilución de los electrolitos causados por una imposibilidad para excretar el agua ingerida. Estos estudios sugieren que la restricción de la sal es importante para dominar los edemas en la insuficiencia cardíaca congestiva, pero que la restricción de los líquidos tiene poco valor. La limitación del agua necesita una restricción en los alimentos que no se puede llevar a cabo en un tratamiento prolongado. Además, para la excreción de los cloruros es necesario un cierto volumen de orina (aproximadamente 60 cm³. por hora). Si se permite que el volumen esté por debajo de esa cantidad, la eliminación de cloruros disminuye. A veces un aumento en la ingestión de agua traía un aumento en la excreción de cloruros que iba acompañado por una pérdida de peso. Por el contrario, la oliguria que acompaña una severa restricción de los líquidos iba acompañada con una disminución en la excreción de cloruros por la orina. Desde el punto de vista práctico conviene permitir a los pacientes con insuficiencia cardíaca tomar tanto líquido como quieran, con tal de que la ingestión de cloruro de sodio (y de otras sales de sodio) se limite estrictamente. — *L. H. Inchauspe.*

LOS RESULTADOS DE LA TERAPIA POR SULFOCIANATOS EN LA HIPERTENSION, (*The results of sulphocyanate therapy in hypertension*). Ch. M. Kurtz, H. H. Shapiro y C. S. Mills. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 202, 378.

Durante los últimos once años, 50 sujetos con hipertensión esencial fueron tratados con sulfocianato de potasio. En 30 pacientes existían evidencias de enfermedad cardíaca reumática, hipertensiva o coronaria y, en 19, signos de agresión renal. La presión sistólica antes del tratamiento y después de un periodo de estabilización osciló entre 155 y 245 mm. Hg. y la tensión diastólica entre 90 y 145. Cada uno de los pacientes fué tratado previamente durante un tiempo no menor de 3 meses con las medidas higiénicas usuales, vasodilatadores, yoduro de potasio, sedantes, etc. Luego se inició el tratamiento con sulfocianato de potasio, administrándose 0.30 gr. dos o tres veces por día hasta alcanzar un nivel sanguíneo de 6 a 12 mgr. por 100 c.c. La cantidad era entonces reducida a una dosis de mantenimiento capaz de suministrar una óptima respuesta tensional.

La mejoría de los síntomas subjetivos de la hipertensión fué absoluta en el 28%, acentuada en el 35%, mediana en el 9% y pobre o ninguna en el 13% restante.

En el 48% de los casos, consiguióse reducir la presión arterial a un nivel sistólico de 150 mm. Hg. en el 30% a 160 ó 170; en el 22% la respuesta fué menor, siendo clasificada como mediana o pobre.

Seis pacientes mostraron poca tolerancia hacia la droga y dos empeoraron en la sintomatología durante su administración. — *J. González Videla.*

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION POR EL TIOCIANATO DE POTASIO, (*Potassium thiocyanate therapy of hypertension*). I. Freeman. "B. School Med. Univ. Maryland", 1941, 26, 109.

En 15 de los 20 hipertensos tratados con tiocianato de potasio, se comprobó una mejoría apreciable en los síntomas subjetivos, conjuntamente con un des-

censo significativo de la presión arterial; en 6 casos aparecieron también síntomas tóxicos.

Aunque investigaciones ulteriores son necesarias para establecer el verdadero valor de la droga, el autor, opina que su uso continuado parece estar indicado en aquellos casos en los que los tratamientos habituales no consiguen disminuir las molestias de los enfermos. — *M. Joselevich.*

OBSERVACIONES CLINICAS Y EXPERIMENTALES SOBRE LOS TIOCIANATOS. (Further experiences with thiocyanates. Clinical and experimental observations). M. H. Barker, H. A. Lindberg y M. H. Wald "J. A. M. A.", 1941, 117, 1591.

Doscientos cuarenta y seis hipertensos fueron tratados con tiocianatos durante 2 a 10 años, observándose un descenso de la presión y mejoría de los síntomas en el 47 por ciento de los casos.

La única manera de seguir el tratamiento en forma eficaz es mediante la dosificación del tiocianato en la sangre, porque sólo se alcanzan buenos resultados cuando su concentración sanguínea se mantiene entre 8 y 12 miligramos por 100 c.c. La mejoría suele comenzar al cabo de 2 a 4 semanas (a veces se requiere hasta 3 meses de administración ininterrumpida); la dosis de sostenimiento se establecerá de acuerdo con el caso (concentración sanguínea, presión arterial, síntomas subjetivos, función renal y cardíaca, etc.). — *M. Joselevich.*