

## ANALISIS DE REVISTAS

### FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

*ALTERACIONES CIRCULATORIAS PRODUCIDAS POR EL VENENO DE CROTALUS TERRIFICUS*, E. Soaje Echagüe. "Rev. Soc. Arg. de Biología", 1940, 6, 475.

Se han estudiado las alteraciones electrocardiográficas producidas por el veneno *Crotalus terrificus* en 16 perros anestesiados por morfina-cloral, registrándose simultáneamente en todos ellos la presión arterial. La precocidad de las alteraciones de ritmo, conducción y de los complejos electrocardiográficos, nos hacen pensar en una acción directa del veneno sobre el miocardio, ya que esas alteraciones son independientes de la existencia o no de los vagos. La caída de la presión arterial podría interpretarse en parte, por lo menos, por disminución de la energía contráctil del corazón. — *Autor*.

*LA CIRCULACION PERIFERICA EN EL HIPERTIROIDISMO*, (*The peripheral blood flow in hyperthyroidism*), H. J. Stewart y W. F. Evans. "Am. Heart J.", 1940, 20, 715.

Estudian el aparato circulatorio de 80 sujetos con hipertiroidismo, con especial referencia a la circulación periférica, determinada mediante una modificación del método de Hardy y Soderstrom. De la observación de estos casos deducen las siguientes conclusiones:

1. — La circulación periférica aumenta en el hipertiroidismo en relación al M. B., disminuye durante la iodoterapia paralelamente al M. B. y disminuye aún más después de la tiroidectomía.

2. — En el hipertiroidismo la resistencia periférica es baja, aumenta durante la iodoterapia y más aún después de la tiroidectomía. Estas modificaciones guardan una grosera relación inversa con el M. B. y la circulación periférica.

3. — Cuando el M. B. y la circulación periférica están aumentados, la velocidad de circulación es mayor, disminuyendo gradualmente durante la iodoterapia y después de la intervención.

4. — El promedio de la temperatura cutánea, medida con el radiómetro de Hardy-Soderstrom, la frecuencia cardíaca y la presión del pulso, acompañan groseramente el descenso del M. B.

5. — No se observó relación directa entre el promedio de la temperatura cutánea y la temperatura de manos y pies, especialmente con respecto a los últimos. — *R. Vedoya*.

*ACCION DEL "MATE COCIDO" SOBRE LA FRECUENCIA CARDIACA Y LA PRESION SANGUINEA ARTERIAL DEL HOMBRE*, E. Moisset de Espanes. "Rev. Soc. Arg. de Biología", 1940, 8, 747.

En 357 estudiantes de ambos sexos se investigaron los efectos del mate cocido sobre el aparato cardiovascular, empleando al mismo tiempo otros 100 estudiantes como testigos.

La ingestión de 200 grs. de mate cocido provocó una moderación del des-

censo de la presión sanguínea máxima ocasionado por el reposo (0.3 en lugar de 0.8 centímetros de mercurio), un leve aumento de la presión mínima (0.3 cm. de Hg.) sin afectar la frecuencia cardíaca, la presión diferencial, ni el electrocardiograma. — *Autor.*

*ACCION DE LA HIPERTENSINA SOBRE LA GLUCEMIA Y EL POTASIO PLASMATICO*, V. G. Foglia y J. L. Moglia. "Rev. Soc. Arg. de Biología", 1940, 16, 529.

La inyección endovenosa de hipertensina produce en el perro cloralosado aumento brusco intenso y transitorio del potasio plasmático, y aumento menor algo más tardío y más prolongado de la glucemia, mientras que en el perro suprarrenoprivo sólo aparece aumento de potasio plasmático. Por lo tanto el mecanismo de ambas acciones parece ser distinto, dado que la liberación de glucosa necesita la presencia de suprarrenal. Por el contrario, en los perros sin hígado no aparece el aumento de potasio plasmático el que se ve también impedido en el perro normal por la inyección previa de Fourneau 933. La hipertensina inactivada no produjo modificaciones. — *B. Moia.*

## SEMIOLOGIA

*DISPOSITIVO UNICO PARA EL REGISTRO SIMULTANEO DE MECANICO Y FONOGRAMAS*, R. Aixala. "Rev. Cub. Cardiología", 1940, 2, 303.

El autor describe una cápsula en la que se colocan simultáneamente el receptor para registrar el choque de la punta y el micrófono para registrar el fonocardiograma. Analiza las ventajas del cardiograma como elemento de reparo, y la facilidad con que se pueden registrar simultáneamente el choque de la punta y el fonocardiograma en la punta. — *B. Moia.*

*EL EMPLEO DE LOS RAYOS CATODICOS PARA EL REGISTRO DE LAS VIBRACIONES Y RUIDOS DEL CORAZON*, (*The use of the cathode ray for recording heart sounds and vibrations*), W. B. Kountz, A. S. Gilson y J. R. Smith. "Am. Heart J.", 1940, 20, 667.

Describen un aparato compuesto de un micrófono dinámico especial, amplificadores y dos tubos de rayos catódicos; mediante este dispositivo tratan de registrar todas las vibraciones producidas en el corazón, sean audibles o no, con la esperanza de ampliar y complementar los datos aportados por la auscultación. Se comentan los trazados registrados en sujetos normales. — *R. Vedoya.*

## PATOLOGIA

*TROMBOSIS MURAL EN EL CORAZON COMO UNA CAUSA DE EMBOLIA*, (*Mural thrombi in the heart as a source of emboli*), C. F. Garvin. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 412.

En 771 adultos fallecidos por afección cardíaca se investigó la existencia

de trombos murales y de infartos. En 161 casos fueron encontrados uno o más trombos murales en corazón derecho y de ellos 93 (57.8%) mostraron uno o más infartos pulmonares. Los 610 casos restantes que no evidenciaron trombosis mural en cavidades derechas incluyeron 128 casos de infarto pulmonar (21%).

En 193 casos los trombos estaban depositados en el corazón izquierdo y de ellos 94 (48.7%) presentaban uno o más infartos en cerebro, riñones, bazo, intestinos o extremidades. En los restantes 578 casos existieron infartos viscerales en 135 (23.4%).

Estas observaciones indican que la trombosis mural cardíaca es una causa significativa de oclusión embólica de arterias en la pequeña y gran circulación. —  
J. González Videla.

*EL "FENOMENO DE OBSTACULO" DE DONAGGIO EN LA ORINA DE LOS ENFERMOS DEL CORAZON, (El "fenomeno d'ostacolo" del Donaggio nelle urine dei malati di cuore), F. Russo. "Cuore e Circ.", 1941, 25, 21.*

El autor ha estudiado la reacción de Donaggio (propiedad de la orina de inhibir parcial o totalmente la precipitación normal de los colores básicos de anilina en presencia de una solución de molibdato de amonio) en enfermos con o sin insuficiencia cardíaca encontrándola negativa en los primeros y constantemente positiva en los segundos, variando la intensidad de la reacción en proporción con el grado de la insuficiencia. Habiendo comprobado la existencia de un frecuente paralelismo entre las lesiones del hígado cardíaco y la intensidad de la reacción conceptúa probable que el estado anatómico y funcional del hígado desempeña un papel importante en el determinismo de la reacción. —  
B. Moia.

*TROMBOSIS CANCEROSA DE LA VENA CAVA INFERIOR Y CANCER DE LA AURICULA, (Thrombose cancreuse de la veine cave inferieure et cancer de l'oreillette), M. Loeper, R. Lebret y A. Mandé. "Soc. Med. Hôp. de Paris", 1940, 56, 123.*

Se relatan dos observaciones, la primera evolucionando como un cáncer de hígado y la segunda como una peritoneo-pericarditis tuberculosa injertada sobre una cirrosis. Ambas con ascitis y edemas. Los únicos signos cardíacos fueron en la primera ritmo de galope terminal y en la última frotos pericárdicos, siendo en ésta el electrocardiograma normal. La autopsia reveló en el primer caso un cáncer renal con obliteración de la vena renal y de la vena cava inferior hasta el orificio auricular, apareciendo en la aurícula derecha un enorme coágulo que obstruye el orificio y penetra en el interior de la misma. En el miocardio ventricular se observan nódulos cancerosos. Hígado cardíaco. Las paredes de la vena renal y de la vena cava están recubiertas de cédulas cancerosas. La segunda revela un cáncer de hígado injertado sobre cirrosis con trombosis cancerosa de la vena porta y de la vena cava, e invasión del orificio de esta última en la aurícula. —  
B. Moia.

*OBSERVACIONES SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR EN LA MIASTENIA GRAVE*, (*Observations on the cardiovascular systems in myasthenia gravis*), A. C. Taquini, T. Cooke y R. S. Schwab. "Am. Heart J.", 1940, 20, 611.

Se estudia el aparato cardiovascular de 14 sujetos que padecen una miastenia grave, de duración y severidad variable.

En todos los casos el examen clínico del aparato cardiovascular fué negativo.

El reflejo seno-carotídeo fué activo en todos los casos, y la inyección subcutánea de 10 a 15 miligramos de mecholyl, así como de 1 miligramo de atropina, provocó una reacción similar a la observada en sujetos normales.

El examen necrópsico de uno de estos casos, así como de otros dos provenientes de Massachusetts General Hospital, no demostró la existencia de anomalías del aparato cardiovascular. — *R. Vedoya*.

*SINDROME DE ESFUERZO EN LA GUERRA ACTUAL*, (*Effort syndrome in present wartime*), F. R. Fraser. "Edinb. Med. J.", 1940, 47, 451.

Hace una revista del síndrome de esfuerzo (astenia neurocirculatoria) y una indicación acerca del modo en que es actualmente tratado. Ya ha habido durante la guerra actual, una constante corriente de casos de síndrome de esfuerzo provenientes de Francia y de unidades establecidas aquí. Los rasgos generales de estos casos continúan siendo los mismos que en 1914-18. Durante la guerra pasada esta condición fué considerada como posiblemente orgánica en su origen, aunque se encontró poca evidencia en favor de este punto de vista. Actualmente es quizás considerada más bien como un desorden funcional del sistema nervioso involuntario debido a una variedad de factores que incluye a la vez fatiga y tensión mental y física, infecciones y debilidad constitucional. Como experimento, se ha establecido un centro en la escuela de Mill Hill, cerca de Londres, para la investigación de los casos de síndrome de esfuerzo desde el punto de vista nervioso. Después de una completa investigación preliminar por medio de la historia y el examen físico, aquéllos con enfermedad cardíaca orgánica u otras enfermedades orgánicas son puestos en manos de un médico con entrenamiento cardiológico, y aquellos en los cuales el factor mental es predominante son investigados por un psiquiatra. La mayor parte de los casos no pertenece a ninguno de estos dos grupos, sino que se encuentran entre los dos y tan pronto como es posible se les da un tratamiento que consiste en ejercicios graduados, juegos bajo supervisión y ocupaciones con fines curativos. Se ha propuesto que una prueba completa debería hacerse respecto al valor de la psicoterapia en un grupo de casos especialmente seleccionados. De la experiencia ya obtenida en Mill Hill se desprende claramente que cuanto más se demora en instituirse un tratamiento, más difícil resulta éste después. Un factor esencial para el éxito del tratamiento, es convencer al paciente de que no sufre de una enfermedad cardíaca. Hacer esto es difícil en presencia de síntomas que para su mente están lógicamente conectados con el corazón, y hacerlo después de varias semanas como enfermo hospitalario, y numerosos exámenes por médicos aparen-

temente competentes, es casi imposible. Para disminuir esta dificultad, el diagnóstico de enfermedad valvular del corazón nunca debe hacerse si existe alguna duda, y el diagnóstico de desorden funcional del corazón, corazón de soldado, o corazón irritable, nunca debería ser hecho bajo ninguna circunstancia.

Ahora que un centro ha sido establecido se tiene la esperanza que se evitará un retardo innecesario en comenzar el tratamiento; pues estos pacientes, puedan o no volver a ser aptos para deberes militares, pueden ser de valor al país en sus ocupaciones civiles. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*DOLOR SOMÁTICO SIMULANDO DOLOR VISCERAL. (Somatic simulatt ing visceral pain).* J. H. Kellgren. "Clin. Sci.", 1940, 4, 303.

Se registraron 8 casos en que el dolor de origen somático simuló muy aproximadamente el de una enfermedad visceral tal como angina pectoris, úlcera gástrica, apendicitis o enfermedad renal o biliar. La distribución y calidad del dolor fueron idénticas a las de la enfermedad visceral correspondiente y fué acompañado de los síntomas "viscerales" apropiados, tales como sofocación, náusea y hasta vómitos, así como por síntomas "viscerales" tales como sensibilidad y rigidez abdominal.

El origen somático de los síntomas se demostró anestesiando el origen del dolor con procaína. La lesión se hallaba por lo general situada en la espalda, en la región de los ligamentos interespinosos, y la espina dorsal a este nivel presentaba frecuentemente una cifosis localizada. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

*SINTOMAS PREMONITORES DE LA OCLUSION CORONARIA AGUDA: UN ESTUDIO DE 260 CASOS. (Premonitory symptoms of acute coronary occlusions: a study of 260 cases),* A. M. Master, S. Dack y H. L. Jaffe. "Ann. Int. Med.", 1941, 14, 1155.

Aunque el reconocimiento precoz de los síntomas premonitores no permite evitar la producción del infarto, puede reducir la mortalidad y las posibilidades de que se desarrolle la insuficiencia cardíaca, siempre que se imponga al enfermo un reposo en cama inmediato.

Su base anatómica es la oclusión progresiva de la luz arterial; su manifestación más frecuente, el dolor o malestar precordial o retroesternal, que suele presentarse 24 horas antes del ataque (menos a menudo 2 a 3 semanas antes), persistiendo entre algunos minutos y varias horas. En estos momentos no existe ninguno de los síntomas propios del infarto (caída tensional, modificaciones electrocardiográficas, fiebre, leucocitosis, etc.), lo que permite establecer el diagnóstico diferencial.

Los síntomas premonitores fueron encontrados en 115 de los 260 enfermos estudiados (44%), presentándose en la mayoría de los casos durante un esfuerzo pequeño o mediano (68.5%) y menos a menudo en reposo (28.5% de esos pacientes). — *M. Joselevich.*

## VALVULAS

*UN ESTUDIO DE LA SIFILIS DE LA AORTA Y SUS SIGMOIDES, (A study of syphilis of the aorta and aortic valve area)*, Ch. F. Nichols. "Ann. Int. Med.", 1940, 19, 960.

Este estudio comprende 70 casos clínicos y 41 autopsias de insuficiencia aórtica sifilítica. Los hombres estaban en la proporción de 6 a 1 con relación a las mujeres, la edad media era de 46 años, la máxima de 64 y la mínima de 28; el plazo medio entre el chancro y la aparición de los síntomas era de 22 años.

En el 40 por ciento de los casos se observó edemas al ingresar el enfermo por primera vez; el corazón estaba agrandado en el 93 por ciento de los casos y la reacción de Wassermann era positiva en el 85 por ciento.

El síntoma subjetivo más frecuente era la disnea de esfuerzo (71 por ciento) y el objetivo el clásico soplo diastólico (87 por ciento). La disnea y el dolor paroxísticos eran raros y el soplo musical se comprobó en 5 enfermos. En el trabajo se detallan también los caracteres anatómicos, radiológicos y electrocardiográficos (éstos poco característicos) y se refiere la manera de efectuar el diagnóstico diferencial. — *M. Joselevich*.

*VALVULAS AORTICAS BICUSPIDES CONGENITAS, (Congenital bicuspid aortic valves)*. S. Koletsky. "Arch. Int. Med.", 1941, 57, 129.

En una revisión de 3300 autopsias el autor encuentra 18 casos de válvula aórtica bicúspide congénita, que resultó así ser la anomalía cardíaca simple más común; le siguieron en orden de frecuencia la coartación de aorta con 16 casos y el defecto del septum interventricular en 14.

De los 18 casos, 9 correspondían a adultos y 14 al sexo masculino. Las anomalías más frecuentemente asociadas fueron coartación de aorta, persistencia del conducto arterioso y defecto del septum interventricular, pero en 9 casos la válvula aórtica bicúspide constituyó la única deformidad congénita.

En ninguno de los casos de corta edad existió una afección valvular superpuesta, pero en 7 de los 9 casos que llegaron a la edad adulta existía una agresión reumática, endocarditis lenta o esclerosis y calcificación manifiestas. — *J. González Videla*.

*VALVULAS AORTICAS BICUSPIDES ADQUIRIDAS, (Acquired bicuspid aortic valves)*, S. Koletsky. "Arch. Int. Med.", 1941, 67, 157.

En 3500 autopsias consecutivas son hallados 8 casos de válvula aórtica bicúspide adquirida. La edad de los pacientes oscilaba entre 13 y 74 años y siete correspondían al sexo masculino.

En 6 casos existía una afección orgánica superpuesta; 4 con esclerosis y calcificación, uno con valvulitis reumática aguda y el restante con endocarditis lenta.

La fusión de las valvas fué evidentemente debida a proceso inflamatorio, probablemente reumático. El examen histológico correspondió al de una lesión

reumática usual y en 7 de los 8 casos fueron demostradas lesiones reumáticas en otras partes del miocardio. — *J. González Videla.*

*UN SIGNO DE VALOR PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA AORTICA FUNCIONAL, (A valuable sign in the diagnosis of functional aortic insufficiency), S. A. Loewenberg. "Ann. Int. Med.", 1940, 19, 991.*

En condiciones normales las cifras de la presión sistólica son más o menos iguales en el brazo y el muslo. En la insuficiencia aórtica orgánica dicha presión es 50 a 100 milímetros de mercurio más elevada en el muslo que en el brazo, lo que no sucede cuando se trata de una insuficiencia aórtica funcional, en cuyo caso las cifras tensionales son semejantes en el miembro superior y el inferior.

Una mínima relativamente alta habla a su vez en favor de una insuficiencia aórtica poco acentuada y por lo tanto resulta también un dato importante en favor del trastorno funcional. — *M. Joselevich.*

## INFECCIOSAS

*LESIONES CARDIACAS ASOCIADAS CON ARTRITIS INFECCIOSA CRONICA, (Cardiac lesions associated with chronic infectious arthritis), A. H. Beggenstoss y E. F. Rosenberg. "Arch. Int. Med.", 1941, 67, 241.*

En un estudio de 25 casos de artritis infecciosa crónica llegando a la necropsia se encontraron lesiones cardíacas en veinte. Estas lesiones resultaron idénticas a las provocadas por la fiebre reumática en el 56%, a pesar de lo cual sólo la mitad de estos pacientes acusaron en vida signos o síntomas de enfermedad cardíaca. Ello sugiere que algunos pacientes con artritis infecciosa crónica pueden tener lesiones cardíacas reumáticas que no son suficientemente severas como para atraer la atención del médico o del enfermo. Se deduce además la posibilidad de una relación estrecha entre artritis infecciosa crónica y fiebre reumática dada la alta incidencia de lesiones cardíacas reumáticas en los casos estudiados. — *J. González Videla.*

*ESTREPTOCOCOS HEMOLITICOS EN LAS LESIONES CARDIACAS DE REUMATISMO AGUDO, (Haemolytic streptococci in the cardiac lesions of acute rheumatism), S. Thomson y J. Innes. "Brit. Med. J.", 1940, 2, 733.*

Diez casos fatales de reumatismo agudo fueron examinados *post-mortem*, aislándose estreptococos hemolíticos de los corazones de cinco. De 11 válvulas en un total de 26 que presentaban lesiones agudas se hicieron cultivos que resultaron positivos. Los autores sostienen que, aparte de las dificultades técnicas que son considerables, no puede esperarse obtener cultivos positivos en todos los casos en que la enfermedad es auto-limitante.

Los estreptococos aislados de tres de los casos fueron clasificados con éxito (Griffith) y las numerosas cepas aisladas de cualquiera de los casos, todas fue-

ron del mismo tipo incluso una cepa de garganta. En dos de los casos se aisló un estreptococo hemolítico de la sangre del corazón aunque los demás tejidos orgánicos no dieron dicho organismo. Los autores tienden a creer que existe una infección efectiva de las válvulas cardíacas causada por el estreptococo hemolítico, pero discuten la posibilidad de una invasión terminal procedente de la garganta que da lugar a una diseminación de estreptococos que pueden sobrevivir más tiempo en los trombos vasculares del reumatismo agudo que en los demás tejidos (incluso la sangre).

Se utilizaron medios de cultivo ricos (O'Meara, R. A. Q., 1934, Brit. J. exp. Path., 15, 295) y se obtuvieron con frecuencia crecimientos de bacilos coliformes. Se considera como parte importante de la técnica que los subcultivos en agar-sangre se hagan de los cultivos en caldo originales al cabo de seis horas de incubación solamente.

En algunas ocasiones se aislaron estreptococos alfa y gamma de válvulas dañadas e intactas. Los estreptococos hemolíticos se aislaron solamente de aquellas válvulas que presentaban precoces vegetaciones agudas de reumatismo agudo. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

#### DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENDOCARDITIS SUBAGUDA A ESTREPTOCOCO VIRIDANS, (*Earlier diagnosis of subacute streptococcus viridans endocarditis*), H. A. Christian. "J. A. M. A.", 1941, 116, 1048.

Estudio basado en 150 casos de endocarditis bacteriana subaguda observados en el "Peter Bent Brigham Hospital" en los 26 años transcurridos entre 1913 y 1939.

Las manifestaciones de comienzo más frecuentes fueron las náuseas e inapetencia (16 por ciento de los casos), los dolores articulares o musculares (42 por ciento) y el malestar general, escalofríos y fiebre (71 por ciento). En muchos de esos enfermos el cuadro de la infección subaguda se instaló después de un resfrío o una influenza, siendo probable que esa haya sido la puerta de entrada para el estreptococo viridans.

Cuando esas manifestaciones aparecen en un enfermo previamente afectado por una lesión valvular congénita o adquirida y persisten al cabo de una semana, sin que se encuentre otra causa que las explique, será muy probable que se trate de una endocarditis subaguda bacteriana. Esa sospecha se confirmará si se comprueban fenómenos embólicos o el hemocultivo es positivo, debiendo iniciarse de inmediato el tratamiento quimioterápico para poder actuar en forma precoz y eficaz. — *M. Joselevich.*

#### PERICARDIO

##### PERICARDIO ADHERENTE CONSTRICTIVO Y NO CONSTRICTIVO. (*Adherent pericardium constrictive and non-constrictive*), T. G. Armstrong. "Lancet", 1940, 2, 475.

Se ha llevado a cabo una investigación sobre la histología del pericardio en casos tomados de una serie de 114 autopsias del hospital de Londres, en los



cuales se encontró adherencia completa del pericardio; a éstos se añadieron cuatro casos de compresión cardíaca a los cuales se había extirpado el pericardio en la operación. Los casos se dividieron en dos grupos.

1. — Pericardio adherente asociado con compresión crónica del corazón — grupo "constrictivo".

2. — Pericardio adherente sin compresión cardíaca — tipo "no constrictivo".

Excepto en los casos operables, la evolución de estos grupos fué hecha sobre la base de evidencia tanto clínica como patológica completa. El autor llega a la conclusión de que el pericardio adherente puede dar lugar a asistolía asociada con un corazón pequeño (tipo constrictivo) o puede no tener efecto en absoluto sobre el corazón (tipo no constrictivo). No existe evidencia de que produzca dilatación del corazón a no ser que vaya acompañado de lesión valvular u otra enfermedad cardiovascular. La patología de ambos tipos, ofrece diferencias bien definidas, siendo la densidad y la consistencia del tejido fibroso el factor decisivo en la producción de constricción. El tipo constrictivo no es nunca reumático; puede ser de origen tuberculoso y se ha producido probablemente en algunos casos a consecuencia de pericarditis séptica ignorada. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

## ELECTROCARDIOGRAMA

*EMBOLIA PULMONAR: DIAGNOSTICO POR ELECTROCARDIOGRAFIA CON DERIVACION TORACICA.* (*Pulmonary embolism: Diagnosis by chest lead electrocardiography*), P. Wood. "Brit. Med. J.", 1941, 3, 21.

La embolia pulmonar aguda puede ser difícil de distinguir del infarto de miocardio posterior, clínicamente y por medio de electrocardiogramas con derivación en los miembros. Múltiples E.c.g. con derivación torácica ofrecen un buen método de diagnóstico diferencial. Como es bien sabido, en el infarto de miocardio posterior puede no haber cambio E.C. gráficos, o el segmento RS-T puede estar deprimido o las ondas T pueden ser muy altas. En la embolia pulmonar suficiente para causar sobrecarga del ventrículo derecho, existe inversión aguda de la onda T, máxima y de mayor duración en la derivación precordial derecha corrientemente, pero de más corta duración en la derivación precordial izquierda y, raramente, y de la más breve duración, en la derivación IV.

Alteraciones similares pueden hallarse en todos los estados que dan lugar a un mayor esfuerzo del ventrículo derecho. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

*EL COMPLEJO QRS EN DERIVACIONES PRECORDIALES EN EL INFARTO DE PARED ANTERIOR. CURVAS DE VERDADERO Y FALSO INFARTO.* (*The QRS complex in precordial leads in anterior wall infarction. True and false infarction curves*), V. Mortensen. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 349.

El autor estudia 23 casos de infarto de pared anterior controlado en la

necropsia. En estos casos fué registrado un total de 192 e.c.g. en 5 derivaciones: las tres convencionales de los miembros, CF2 y IVF, a un tiempo que variaba entre pocas horas y varios años después de la injuria miocárdica.

En 20 de los 23 casos el complejo QRS presentó en CF2 y IVF una deflexión inicial negativa en todos los trazados. De los 3 casos restantes, uno evidenció un complejo análogo en CF2 y otro en IVF. Solamente un caso mostró una deflexión positiva inicial en las derivaciones precordiales.

La aparición de la onda inicial negativa se acompañó en algunos casos de una abolición completa de la onda R, en otros ésta disminuyó suave o marcadamente o no sufrió variaciones de voltaje. En algunas ocasiones en que la R había desaparecido totalmente, se encontraba un pequeño nódulo en la deflexión negativa que marcaba el remanente del componente R.

Del análisis de las curvas de infarto se deduce que la ausencia clásicamente descrita de la onda R en el infarto de pared anterior es comprobable solamente en una reducida parte de los casos. En cambio, todos los tipos de QRS encontrados se explican si se consideran dos factores: aparición de una onda negativa precediendo a la onda R y completa o parcial abolición de R. Mientras el primer factor es casi constante en CF2 y IVF, el segundo factor es muy variable originando los distintos tipos observados de complejo.

Como la marcada preponderancia izquierda y el bloqueo de rama izquierda pueden presentar una abolición de R en CF2, el complejo QRS no puede ser distinguido en estos casos de una curva típica de infarto. Pero como en ellos actúa ese sólo factor, cuando existe un remanente de R aparece como un pequeño pico inicial, en cambio en el infarto se presenta como una melladura en la onda negativa inicial. — *J. González Videla.*

*EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LAS HERIDAS PUNZANTES DEL CORAZON CURADAS, (Das Elektrokardiogramm bei geheilter Herzstichverletzung), J. Thyssen. "Z. Kreislaufforschg.", 1940, 32, 456.*

Se describe un caso de herida punzante del corazón, en el cual se efectuaron continuadas investigaciones electrocardiográficas. Alteraciones severas que aparecieron en el E.C.G. ya a las 20 horas después de la herida, se mostraron ampliamente susceptibles de retrocción. El pronóstico es favorable, a pesar de los trastornos E.C.G., siempre que se consiga vencer el shock inicial. — *F. Batlle.*

*EL COMPORTAMIENTO DE LA ONDA T EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO EN SEVEROS DAÑOS CARDIACOS Y EXTRASISTOLES VENTRICULARES, (Das Verhalten der Nachschwankung in Belastungselektrokardiogramm bei schweren Myokardschaeden und Kammerextrasystolen), G. Fritzler. "Z. Kreislaufforschg.", 1940, 32, 409.*

Se investigaron 30 pacientes con daño miocárdico, cuyo E.C.G. mostraba una onda T negativa en DII; después de un esfuerzo ésta tendía a elevarse y se acercaba a la isoeleétrica; frecuentemente la onda T negativa después de un

esfuerzo se transformaba en positiva. Este hecho se considera la expresión de una *mejoría circulatoria en la zona miocárdica dañada, debido al esfuerzo.*

Además se investigaron pacientes cuyos E.C.G. también después del esfuerzo presentaban extrasístoles derechas. En 5 casos se hacía más profunda la onda T negativa de la extrasístole después del esfuerzo. En los otros 10 casos se aplataba la onda T negativa después del esfuerzo. — *F. Battle.*

## ARRITMIAS

*DIAGNOSTICO DEL SITIO DE ORIGEN DE LOS EXTRASISTOLES VENTRICULARES EN SERES HUMANOS, (Diagnosis of the site of origin of ventricular extrasystoles in human beings), M. R. Castex, A. Battro y R. González Segura. "Arch. Int. Med.", 1941. 67, 76.*

En 23 pacientes con extrasístoles ventriculares los autores obtienen simultáneamente electrocardiograma, fonocardiograma y pulso arterial central o venoso.

En 10 casos, en los que la extrasístole ventricular presentaba una deflexión inicial negativa en I derivación, el registro simultáneo de los trazados antedichos demostró:

a) La longitud del primer ruido excedió 0.08'' (normalmente 0.06 a 0.08'') y las oscilaciones finales cabalgaban más allá de lo normal sobre la rama ascendente del pulso arterial central.

b) El intervalo QC, medido en 46 extrasístoles de estos 10 casos, tenía un mínimo de 0.11'', un máximo de 0.22'' y un promedio de 0.17''.

c) El segundo ruido aparecía desdoblado, coincidiendo su primer componente con el fondo de la incisura del pulso arterial central o precediéndolo por 0.01 a 0.03'' y coincidiendo también con la melladura de la rama ascendente de la onda V del flebograma; el segundo componente seguía al primero tras un intervalo de 0.06 a 0.08''.

En 13 casos con extrasístoles ventriculares a deflexión positiva en I derivación, se realizaron las siguientes comprobaciones:

a) Desdoblamiento o prolongación del primer ruido, pero no en forma tan clara como en los casos precedentes, con la particularidad de que las oscilaciones de la primera parte no cabalgan tanto como normalmente sobre la rama ascendente del pulso arterial central.

b) El intervalo QC, medido en 77 extrasístoles de estos 13 casos, arrojó un mínimo de 0.16'', un máximo de 0.28'' y un promedio de 0.22''.

c) El segundo ruido mostraba también un desdoblamiento, pero con la peculiaridad de que su primer componente precedía a la incisura del pulso arterial central y a las oscilaciones de la rama ascendente de la onda V del flebograma por 0.06 a 0.12''; el segundo componente coincidía con la incisura y con las oscilaciones de la rama ascendente del pulso venoso.

Cuando extrasístoles de este tipo aparecieron en un caso de bloqueo de rama izquierda el desdoblamiento del segundo ruido guardaba la misma relación al pulso arterial o venoso que en el bloqueo.

Todas estas comprobaciones ponen de manifiesto el asincronismo existente

durante las extrasístoles ventriculares y demuestran que cuando el complejo extrasistólico presenta su deflexión inicial negativa en I derivación existe una anticipación de la actividad del ventrículo izquierdo sobre la del ventrículo derecho. Inversamente, cuando la extrasístole ventricular es a deflexión positiva en I derivación, las pruebas de asincronismo revelan prioridad de contracción del ventrículo derecho, demostrando que en él se ha originado la extrasístole. — *J. González Videla.*

*ACCION DE LA NOVOCAINA SOBRE LA FIBRILACION VENTRICULAR PRIMARIA POR LA OCLUSION CORONARIA EXPERIMENTAL*, I. Maldonado Allende y O. Orías. "Rev. Soc. Arg. de Biología". 1940. 6, 467.

Mientras en cincuenta y dos perros testigos la ligadura de la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda produjo fibrilación ventricular antes de los 60 minutos en  $76.92 \pm 4\%$  de los casos, en 61 animales tratados con clorhidrato de novocaína endovenosa a razón de 0.005 grs. por kgr. antes o después de la ligadura el mismo porcentaje fué de  $57.54 \pm 3\%$ . La diferencia (19.385) es estadísticamente significativa. La novocaína parece ser más eficaz para evitar la fibrilación cuando se la inyecta inmediatamente después de la ligadura que cuando se la inyecta inmediatamente antes. En el primer caso  $51.61 \pm 6\%$  de fibrilaciones antes de la hora y el segundo  $63.33 \pm 6\%$ . En los casos en que la fibrilación ventricular se produjo a pesar de la inyección de novocaína, no se observó ninguna prolongación significativa en el tiempo transcurrido desde la ligadura hasta la fibrilación. — *Autor.*

*EL EFECTO DE LAS SALES DE POTASIO EN LAS IRREGULARIDADES CARDIACAS*, (*The effect of Potassium Salts on cardiac irregularities*). L. I. M. Castlodon. "Brit. Med. J.", 1941. 1, 7.

La administración de sales de potasio produjo la desaparición de extrasístoles en un caso en el que iban acompañados de hipoglucemia insulínica y en cuatro en que eran espontáneos. En tres de estos cinco casos, fué calculado el nivel de potasio en el suero y la desaparición de los extrasístoles fué acompañada de un aumento en el nivel del potasio. No tuvieron éxito los intentos de producir extrasístole por medio de la administración de efedrina. Al contrario que con la insulina y la adrenalina, la efedrina no produce constante descenso en el potasio en suero. Se ha dicho que las sales de potasio producen irregularidades cardíacas en animales experimentales y aumentan la incidencia de extrasístoles y taquicardia paroxística en algunos pacientes, de modo que su acción en la supresión de extrasístoles no puede ser utilizada con confianza en el tratamiento de enfermos hasta tanto que nuevos estudios aclaren el mecanismo de tales efectos. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

*ALETEO AURICULAR EN LA DIFTERIA TOXICA*, (*Vochofflattern bei toxischer Diphtherie*), W. Bolt. "Z. f. Kreislaufforschg.", 1940, 32, 345.

Se refieren 2 casos de aleteo en el curso de difterias tóxicas. arritmia muy

## ANÁLISIS DE REVISTAS

rara en el curso de esta enfermedad, que han sido seguidos en forma seriada por el electrocardiograma. El pronóstico es malo cuando el aleteo aparece junto con la miocarditis precoz post-diftérica; no es desfavorable cuando ocurre junto con las parálisis nerviosas después de desaparecer los fenómenos miocárdicos agudos. — *F. Battle.*

*UN ESTUDIO EXPERIMENTAL DE RITMO RECIPROCO, (An experimental study of reciprocating rhythm), D. Scherf. "Arch. Int. Med.", 1941, 67, 372.*

El autor realiza sus experimentos en perros cuyos corazones han sido expuestos y cuyos vagos han sido seccionados en el cuello. Induce luego un ritmo a-v inhibiendo el nódulo sinusal por enfriamiento o compresión de él o de sus arterias.

De 28 experiencias realizadas, en 11 fueron observadas extrasístoles de retorno. En una parte, el ritmo anormal fué obtenido fatigando el sistema de conducción con extrasístoles sucediéndose a cortos intervalos. En los restantes apareció durante la estimulación del vago izquierdo con una débil corriente farádica. Todos los trazados mostraron que las extrasístoles de retorno aparecieron regularmente tan pronto como el intervalo RP era suficientemente prolongado. Su conducción se explicaría por una disociación longitudinal funcional de la parte superior del sistema a-v; si el intervalo RP no tuviera una cierta longitud la extrasístole de retorno no sería conducida al ventrículo por la parte inferior del sistema a-v que es aún refractario y en la que no existe disociación longitudinal. — *J. González Videla.*

### PRESION ARTERIAL

*HIPOTENSION Y TAQUICARDIA ORTOSTATICAS. TRATAMIENTO CON EL LECHO DE CABECERA LEVANTADA, (Orthostatic hypotension and orthostatic tachycardia. Treatment with the "head-up" bed), A. R. Mc. Lean y E. V. Allen. "J. A. M. A.", 1940, 115, 2162.*

Los autores denominan "head-up bed" a una cama en la que se ha levantado la cabecera hasta una altura de 18 pulgadas. Haciendo dormir a los enfermos en semejante lecho en lugar de en los comunes, han obtenido una desaparición de los descensos tensionales y de la aceleración del pulso que se producen respectivamente en la hipotensión y taquicardia ortostáticas.

Como coincidiendo con ello mejoran también los síntomas subjetivos, los autores concluyen en que ese procedimiento constituye el mejor tratamiento para las mencionadas enfermedades. — *M. Joselevich.*

*TUBERCULOSIS PULMONAR Y PRESION ARTERIAL, (Tuberculosis pulmonare e pressione arteriosa), E. Podestá y L. Raffo. "Cuore e Circ.", 1941, 25, 2.*

Contrariamente a lo que los autores consideran la opinión generalizada encuentran que entre los enfermos con tuberculosis pulmonar en sus distintas

etapas, los normotensos y los hipertensos se encuentran en proporción superior a los hipotensos, tal como sucede en los sujetos sanos de la misma edad. La hipotensión parece guardar relación con la gravedad de la afección; así a medida que se pasa de las formas menos graves a las más graves se ve disminuir el número de hipertensos y aumentar el de los normotensos y especialmente el de los hipotensos. Por lo tanto la hipotensión constituye como en otras entidades mórbidas una consecuencia del proceso toxémico y caquetisante. — *B. Moia.*

*APOPLEJIA PRECIPITADA APARENTEMENTE POR BAJA PRESION SANGUINEA, (Apoplexy apparently precipitated by low blood pressure). A. D. Ecker y M. Deren. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 415.*

Comentan tres casos fatales en los cuales la presión arterial fué registrada de hora en hora a partir de una intervención quirúrgica, comprobándose un descenso lento y gradual. Cuando la cifra tensional alcanzó un nivel muy bajo los enfermos presentaron inconciencia y hemiplejía progresiva.

La necropsia reveló áreas extensas de necrosis parcialmente hemorrágica en la corteza cerebral. No existieron trombos en los troncos arteriales o venosos pero algunos vasos de la pía madre en el centro de las áreas necróticas aparecieron ocluidos por trombos. — *J. González Videla.*

*FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE LA HIPERTENSION EN ENFERMOS QUE SUFREN DE AFECCIONES RENALES, (Factors contributing to the development of hypertension in patients suffering from renal disease). E. A. Hines y H. H. Lander. "J. A. M. A.", 1941, 116, 1050.*

Se estudió las modificaciones de la presión arterial en 264 personas que presentaron afecciones urológicas de distinto tipo, comprobándose un sorprendente paralelismo con las cifras de otros 790 utilizados como testigo y que no sufrieron dichas enfermedades.

Sin pretender negar el papel que puedan desempeñar las afecciones mencionadas en el desarrollo de la hipertensión arterial en esos casos, los autores afirman que no se lo debe exagerar en detrimento de los otros factores que producen el aumento tensional. — *M. Joselevich.*

*HIPERTENSION ARTERIAL. CORRELACION ENTRE LAS OBSERVACIONES EXPERIMENTALES Y CLINICAS, (Arterial hypertension. Correlation of clinical and experimental observations), A. C. Corcoran e I. H. Page. "J. A. M. A.", 1941, 116, 691.*

En el desarrollo y evolución clínica de la hipertensión esencial y de la hipertonia maligna del hombre intervendrían tres factores principales, de acuerdo con los resultados de la inyección experimental de angiotonina o renina en los animales: renal, endócrino y nervioso.

Las secreciones de la corteza suprarrenal y la hipófisis mantendrían al co-

## ANÁLISIS DE REVISTAS

razón y los vasos en un estado de receptibilidad especial para los estímulos presores. El mismo papel indirecto podría representar el sistema nervioso en ciertos tipos de hipertensión, mientras que el rol de la angiotonina estaría evidenciado por los resultados de las experiencias antes citadas.

La preponderancia de uno u otro de esos tres factores en un caso dado establecería el aspecto clínico y la evolución del mismo. — *M. Joselevich.*

*LA ACCION DEL PAREDROLINOL DESPUES DE LA INDUCCION DE HEMORRAGIA Y COLAPSO CIRCULATORIO, (The action of paredrolinol after induction of hemorrhage and circulatory collapse).* E. A. Stead y R. V. Ebert. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 396.

Los autores estudian la acción del sulfato de paredrolinol en 6 sujetos normales voluntarios en los cuales el volumen sanguíneo fué disminuído por sangría de 760 a 1220 c.c.

En 5 de los seis sujetos ocurrió un colapso circulatorio durante o inmediatamente después de la sangría. En tres de ellos se inyectó paredrolinol durante el colapso, comprobándose dentro de los tres minutos siguientes a la inyección un aumento franco de la presión arterial sin llegar empero a las cifras encontradas antes de la prueba. Los dos sujetos que no recibieron paredrolinol se recuperaron del colapso mucho más lentamente.

Estos experimentos demuestran que una disminución del volumen sanguíneo no contraindica el empleo de la droga, pues ésta eleva la presión arterial y acorta el curso del colapso. Su falla en pacientes con enfermedades infecciosas agudas depende de que en estos casos el colapso es el resultado de la acción de varios factores y no solamente de una reducción de la masa circulante. — *J. González Videla.*

## VASOS

*LA IMPORTANCIA CLINICA DE PEQUEÑAS VENAS INTRACUTANEAAS EN EL TORAX HUMANO, (The clinical importance of small intracutaneous veins in the human chest),* J. B. Burret y D. Scherf. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 399.

En 385 pacientes con afecciones clínicas de toda clase se investigó la presencia de pequeñas venas intracutáneas a nivel de los senos pleurales o alrededor de la última vértebra cervical y primera a quinta dorsal.

Se encontró tal particularidad en 261 sujetos (67.7%), no hallándose ninguna relación entre su número e incidencia y la afección que aquejara al enfermo.

Se desecha que estas ectasias venosas constituyan una anomalía congénita, pues su incidencia aumenta claramente con la edad y su distribución no sigue la de los segmentos torácicos sino la localización de los senos pleurales. Posiblemente sean debidas a una carencia o incompetencia de las válvulas venosas a ese nivel, de tal manera que cada aumento de la presión intratorácica (esfuerzo,

tos, defecación, prueba de Valsalva) provoca una congestión en los vasos tributarios. — *J. González Videla.*

*EL PAPEL DE LAS ANASTOMOSIS ARTERIO-VENOSAS EN LAS AFECCIONES VASCULARES PERIFERICAS, (The role of the arterio-venous anastomosis in peripheral vascular disease), K. Harpuder, I. D. Stein y J. Byer. "Am. Heart J.", 1940, 20, 539.*

De las investigaciones realizadas en 15 sujetos normales y 15 con afecciones vasculares periféricas, deducen las siguientes conclusiones:

1. — Una proporción relativamente elevada de  $O_2$  y baja de  $CO_2$  en la sangre venosa proveniente de un territorio con circulación defectuosa, traduce la existencia de una anastomosis arteriovenosa permeable.

2. — El ejercicio de la extremidad con defecto de circulación, provoca en la sangre venosa las modificaciones químicas propias de la fatiga, pero si predomina el corto-circuito circulatorio se observa un aumento de  $O_2$  y acumulación de ácido láctico.

3. — La eficiencia de la circulación periférica en las afecciones vasculares de las extremidades, depende de la circulación de la sangre a través del lecho capilar utilizable; en presencia de comunicaciones arterio-venosas permeables, el aumento de la circulación en una extremidad no significa necesariamente que haya aumentado el aporte sanguíneo a los tejidos a través de los capilares. Ello representa una crítica fundamental a la aplicación del método pletismográfico en el estudio de las afecciones vasculares periféricas. — *R. Vedoya.*

*ANEURISMA DISECANTE CRONICO DE LA AORTA SIMULANDO UNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SIFILITICA, (Chronic dissecting aneurysm of the aorta, simulating syphilitic cardiovascular disease; notes on the associated aortic murmur), B. A. Gouley y E. Anderson. "Ann. Int. Med.", 1940, 19, 978.*

Seis enfermos con aneurisma disecante de la aorta evolucionaron en forma lenta, casi sin dolores, con el cuadro de la insuficiencia congestiva. Existía una insuficiencia aórtica, que era funcional y provocada por la dilatación de la aorta ascendente y el anillo a causa del aneurisma y un acentuado agrandamiento cardíaco. Las hemóptisis eran muy frecuentes (se observaron en 5 de los 6 casos). — *M. Joselevich.*

*ARTERIOESCLEROSIS OBLITERANTE. UN ESTUDIO CLINICO Y ANATOMOPATOLOGICO, (Arterioesclerosis obliterans. A clinical and pathologic study), E. A. Hines y N. W. Barger. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 717.*

Estudian clínicamente 280 casos de trombo-arterioesclerosis obliterante observados en la Clínica Mayo desde 1929 a 1933 y complementados con el estudio histopatológico de 32 miembros que fué necesario amputar.

La afección ocurrió predominantemente en hombres (240), por lo general entre 50 y 70 años de edad, sin diferencias significativas en la incidencia racial.



## ANÁLISIS DE REVISTAS

El cuadro patológico, completamente distinto al de la tromboangeítis obliterante, presenta como características esenciales:

- a) Marcada degeneración de la túnica media, con adelgazamiento irregular, fibrosis, hialinización y a veces calcinosis.
- b) Ateromatosis intensa en la capa subíntima, con grasa y colesterol.
- c) Trombos a menudo incompletos, con organización irregular y relativamente acelular.

Analizan a continuación en forma minuciosa la sintomatología, el pronóstico y el tratamiento de la afección, recalcando los procedimientos terapéuticos que actuaran con mayor eficacia. — *J. González Videla.*

*OBSERVACIONES SOBRE LA PERIARTERITIS NODOSA, (Observations on periarteritis nodosa), R. T. Grant. "Clinic Sci.", 1940, 4, 245.*

La experiencia reciente sugiere insistentemente que la periarteritis nodosa es mucho menos rara de lo que se cree de ordinario, que no es necesariamente —ni siquiera generalmente— fatal, y que puede ser reconocida clínicamente en una considerable proporción de casos. Desde fines de 1937 han sido identificados siete casos en el Guy's Hospital, de los cuales sólo tres han fallecido. El diagnóstico se hizo sobre base clínica y fué confirmado histológicamente en cuatro; en otros dos se sospechó en vida y el caso restante fué descubierto después del fallecimiento. Se describen en detalle estos casos y se pasa revista a la patología y manifestaciones clínicas de la enfermedad. Las principales características del diagnóstico clínico, son síntomas locales debidos a inflamación de las pequeñas arterias. Sin embargo, muchos de los síntomas locales pueden ser considerados como debidos a otra etiología, y probablemente no se pensará en su origen arterial a menos que se tenga presente la posibilidad de la periarteritis nodosa. El hallazgo de signos tales como nódulos a lo largo del curso de las arterias superficiales, nódulos subcutáneos pulsátiles, desaparición del pulso en las pequeñas arterias, fenómeno de Raynaud debido a obstrucción arterial, gangrena de las extremidades y dolor anginoso, particularmente en los jóvenes, es por consiguiente de importancia especial en el diagnóstico. La ocurrencia de hemorragia de las vías digestivas, pulmón o riñón, o en la piel, indica lesión vascular aunque no necesariamente arterial. Otros síntomas tales como neuritis periférica, asistolía congestiva, áreas dolorosas en los músculos e hinchazón de las articulaciones, aunque pueden ser atribuidos a lesión vascular también pueden ser explicados en otras formas. Las manifestaciones tales como asma y diarrea no sugieren al principio trastorno vascular. Sin embargo, una combinación de síntomas, cada uno de los cuales puede ser interpretado como debido a trastorno circulatorio local, es una indicación importante para el diagnóstico de la periarteritis nodosa, especialmente si puede demostrarse que al menos uno de los síntomas de la combinación proviene de participación de las pequeñas arterias. El cuadro general es a veces el de una infección aguda o toxemia. Más comúnmente es el de una enfermedad subaguda, a menudo con remisiones e intermisiones y exacerbaciones agudas. Esta forma de la enfermedad es la más fácil de reconocer y está de acuerdo con la de los dos casos descritos originalmente por

Kussmaul y Maier. En un pequeño número de casos los síntomas generales son poco evidentes, siendo los síntomas locales las principales manifestaciones de la enfermedad arterial originaria. En una pequeña proporción de casos el cuadro clínico principal es asimismo el de una hipertensión grave o maligna. En este grupo, el diagnóstico en vida ofrece dificultades especiales. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

## TERAPEUTICA

*LA EFECTIVIDAD DE LOS PREPARADOS DE XANTINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO, (The effectiveness of the xanthine drugs in the treatment of angina pectoris. I. Aminophylline), G. V. Le Roy. "J. A. M. A.", 1941, 116, 921.*

Se estudió el efecto de la aminofilina en 68 personas que sufrían de angina de pecho, obteniéndose buenos resultados en el 75 por ciento de los casos. El empleo de sedantes u otras sustancias, presentadas con igual apariencia que dicha droga, provocó mejorías sólo en el 20 por ciento de los enfermos, mientras que el 80 por ciento de los que habían beneficiado con la administración de la aminofilina volvieron a su sintomatología dolorosa, en un plazo menor de 3 meses, cuando se la suspendió o se la sustituyó por los otros medicamentos.

El autor insiste en la necesidad de usar la aminofilina a dosis mayores de las utilizadas habitualmente: salvo que dosis menores hubieran resultado eficaces, a ningún enfermo se le administró menos de 0.20 gramos 3 veces al día, aumentándosela hasta 0.80 y 1 gramo diarios cuando con 0.60 no se obtenían beneficios. — *M. Joselevich.*

*EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CONGESTIVA EN NIÑOS CON FIEBRE REUMÁTICA EN ACTIVIDAD, (The treatment of congestive failure in children with active rheumatic fever), B. J. Walsh y H. B. Sprague. "J. A. M. A.", 1941, 116, 561.*

La insuficiencia congestiva en casos de carditis reumática es de mal pronóstico, como lo demuestra el hecho de que 32 de los 44 niños estudiados (el 73 por ciento) hayan fallecido. La digital puede ser utilizada, aunque es evidente que resulta fácilmente tóxica en esos casos; también puede emplearse los diuréticos mercuriales, aunque no enseguida de una digitalización intensiva, porque suelen aparecer los síntomas tóxicos de la digital al eliminarse el líquido retenido.

Los mejores resultados se obtienen con los diuréticos derivados de la xantina, especialmente con el salicilato cálcico de teobromina y el acetato sódico de teobromina (1 gramo, 3 veces al día). Menos eficaz resulta el salicilato sódico de teobromina, aunque puede dar buenos resultados si se lo administra por vía rectal. — *M. Joselevich.*

*TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL PERMANENTE POR DOSIS ALTAS DE VITAMINA "A", J. Govea Peña y M. Villaverde. "Rev. Cub. Cardiología", 1940, 2, 332.*

Los autores refieren haber obtenido descensos tensionales llamativos y mejorías subjetivas, tratando 65 casos de hipertensión arterial, con una dosis inicial de 180.000 U. de vitamina A, seguida de 90.000 U. diarias por vía oral. Hubo cuatro fracasos por tratarse de casos de hipertensión arterial maligna. — *B. Moia.*

*HIPERTENSION ARTERIAL Y SECCION DE LOS NERVIOS ESPLACNICOS, (Arterial hypertension and section of the splanchnic nerves), D. A. Rytand y E. Holman. "Arch. Int. Med.", 1941, 67, 1.*

Comentan los resultados obtenidos en 40 pacientes afectados de hipertensión arterial en los cuales fué practicada la resección bilateral de los esplácnicos y de los tres pares de ganglios torácicos inferiores. Los enfermos sometidos a esta intervención no fueron previamente seleccionados, como en experiencias similares de otros autores, de tal modo que se incluyeron aún cuando contaran avanzada edad o presentaran insuficiencia cardíaca, congestiva, angina de pecho, hemiplejía o glomérulonefritis.

Los resultados en general fueron pobres. Solamente en un paciente el resultado fué brillante, en 5 se obtuvo una suave disminución de la tensión sanguínea, en 6 hubo una mejoría sintomática pero sin descenso tensional, en 9 no se observó ninguna modificación. Ocho pacientes fallecieron dentro de las dos semanas y once dentro del año y medio, a contar desde la intervención.

Con la operación realizada, tampoco logróse modificar el pronóstico. Aquellos pacientes que evolucionaron mal, fueron los que evidenciaron severas lesiones retinianas y renales. En comparación con este criterio, la edad del enfermo, duración de la afección, labilidad de la presión, etc., carecieron de significación. — *J. González Videla.*