

ANALISIS DE REVISTAS

PATOLOGIA

TAMAÑO CARDIACO Y ATEROMATOSIS EXPERIMENTAL EN EL CONEJO, (*Heart size and experimental atheromatosis in the rabbit*), L. N. Katz, A. Sanders, R. S. Megibow y S. Carlen. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 731.

Con el propósito de establecer la relación entre hipertrofia cardíaca y esclerosis coronaria, 22 conejos fueron sometidos a una dieta rica en colesteroína y vitamina B. De ellos, 16 desarrollaron aterosclerosis moderada o severa, extendida a las arterias coronarias y mostraron un peso cardíaco mayor que los animales no tratados o sometidos a la dieta especial sin aterosclerosis resultante. Puede pues inferirse que la aterosclerosis coronaria per se produce hipertrofia cardíaca en el conejo. — *J. González Videla.*

INJURIAS DIRECTAS NO-PENETRANTES DEL CORAZON, (*Direct nonpenetrating injuries of the heart*), H. D. Leinoff. "Ann. Int. Med.", 1940, 19, 653.

Relato de 10 casos en los que aparecieron síntomas cardíacos, en personas que hasta ese momento estaban aparentemente sanas, inmediatamente después de sufrir un traumatismo torácico.

El análisis de esos casos muestra que sólo uno presentaba lesiones francamente traumáticas (hematoma del miocardio y posiblemente del pericardio); en otro se instaló un cuadro de neurosis cardíaca y en los 8 restantes existía sin lugar a dudas lesiones cardiovasculares previas, lo que lógicamente limita la importancia del traumatismo a un simple papel de factor desencadenante. — *M. Joselevich.*

CONTUSION DEL MIOCARDIO, (*Contusion of the myocardium*), H. Barber. "Brit. Med. J.", 1940, 2, 520.

Un traumatismo directo en el pecho puede dar lugar a ruptura de cualquiera de las cavidades del corazón con o sin lesión externa u ósea. La lesión del ventrículo derecho es la más corriente pero también puede ser afectada la porción posterior del corazón. La contusión miocárdica a raíz de traumatismo en el pecho es difícil de reconocer clínicamente. Se discuten los puntos 1) Casos asintomáticos con curación son probables y autopsias después del fallecimiento por otras causas revelan a veces lesiones miocárdicas de dicho origen. 2) Se han visto casos de ruptura diferida del corazón, sin síntomas a veces hasta sobrevenir el colapso fatal. Esto sucede por lo general en la segunda semana. Probablemente la lesión inicial es la ruptura del endocardio. 3) En todos los casos de traumatismo, torácico debe dedicarse una atención extrema a cualquier síntoma de alteración cardíaca, ya que acostumbra a haber un intervalo entre el accidente y el comienzo de la disnea, síntomas anginosos, y, tal vez, expectoración espumosa. 4) El hemopericardio puede reconocerse por radiología y se aconseja un examen radiológico sistemático en todos los casos de traumatismo,

torácico que puede revelar casos insospechados. 5) Después de traumatismo torácico puede sobrevenir debilidad miocárdica persistente, y en alguno de estos casos la gravedad de la lesión torácica puede haber disimulado la historia precoz. Los signos son similares a los de corazón senil. 6) Después de lesión torácica pueden producirse bloqueo del corazón y trombosis coronaria. 7) Angina de esfuerzo, fibrilación auricular o lesión valvular a consecuencia de golpe, pueden acompañar a contusión miocárdica. El autor ha hallado historias clínicas y casos que sugieren todas estas posibilidades, como consecuencia de violencia directa al tórax. En muchos casos, la prueba clínica definitiva justifica el diagnóstico de contusión miocárdica.

Beck (1935), Kissane (1937) y Warburg (1938) publicaron casos. Algunos han sido confirmados por anomalías temporales en el electrocardiograma. Los experimentos animales dan hallazgos semejantes. La fibrilación ventricular a consecuencia de golpe, conduce a un resultado fatal rápido. — *Brit. Med. Inf. Serv.*

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL MIOCARDIO MUTILADO POR EXTIRPACION DE FRAGMENTOS, R. Velasco. "Rev. Med. Córdoba", 1941, 29, 142.

A 23 perros se extirpó una lengüeta de la pared ventricular izquierda procurando no llegar a la cavidad, estudiando luego las modificaciones de la frecuencia, ritmo, presión arterial media, y volumen de una pata. En todos los casos se produjo marcada insuficiencia cardíaca, traducida por taquicardia, arritmia extrasistólica, acentuada hipotensión y reducción en el volumen de una pata. En 3 hubo fibrilación ventricular inmediata. En varios casos hubo recuperación espontánea y rápida de la función, aunque la mayoría de los casos se ha mantenido en marcado déficit funcional. La inyección de variadas sustancias (adrenalina, acetilcolina, ouabaina, pilocarpina, fagarina, digalena, y nitrito de sodio) repetidas antes y después de la intervención quirúrgica, produjo después de la intervención efectos similares a los observados antes de la misma. La ouabaina mejora considerablemente las condiciones funcionales del miocardio, pero produce frecuentemente la muerte por fibrilación ventricular. Hay que ser parco en las dosis de las drogas empleadas para evitar la fibrilación. Estos experimentos ponen de manifiesto la extraordinaria capacidad de reserva del corazón, lo que confirma la posibilidad de practicar sobre el mismo diversas maniobras quirúrgicas. — *B. Moia.*

SINDROME DE CIRCULACION SUBNORMAL EN PACIENTES AMBULATORIOS, (*Syndrome of subnormal circulation in ambulatory patients*), I. Starr y L. Jonas. "Arch. Int. Med.", 1940, 56, 1095.

En alrededor de 1000 sujetos efectúan los autores prolijas mediciones del volumen sistólico, encontrando en 100 pacientes ambulatorios cifras por debajo de lo normal. La mayoría de estos pacientes se quejan de debilidad, disnea de esfuerzo y frecuentemente nervosismo. El síntoma más característico está constituido por vértigos en la posición de pie, existiendo a veces repetidos ataques sincopales. La frecuencia de pulso, el tamaño cardíaco y la tasa metabólica

basal arrojan valores bajos o en los límites mínimos normales. Casi la mitad de los pacientes presentaba afecciones coronarias; es común también en hipertensos sin agrandamiento cardíaco, en pacientes con astenia neurocirculatoria o ciertas afecciones endocrinas y en convalescientes de severas infecciones agudas.

El síndrome es suficientemente característico como para permitir el diagnóstico en casos en que es imposible efectuar la medición del volumen sistólico. — *J. González Videla.*

ENFISEMA PULMONAR. UN ESTUDIO DE SU RELACION CON EL CORAZON Y EL SISTEMA ARTERIAL PULMONAR, (Pulmonary emphysema; a study of its relation to the heart and pulmonary arterial system), R. L. Parker. "Ann. Int. Med.", 1940, 19, 795.

Treinta y dos casos de enfisema "esencial" fueron anatómicamente estudiados; en el 75 por ciento de esos casos estaba dilatado el ventrículo derecho y en el 44 por ciento había existido insuficiencia del corazón, manifestaciones ambas que parecían estar en relación con la intensidad del enfisema.

En el 80 por ciento de los casos existía esclerosis del sistema de la arteria pulmonar, localizada de preferencia en las arteriolas (66 por ciento). Aunque la extensión de esa esclerosis era mayor en los de casos de enfisema más severo, no había relación entre la intensidad de esa esclerosis y la de la aorta o coronarias, así como tampoco con el grado de dilatación dextroventricular.

En el enfisema existe una hipertensión en el sistema de la pulmonar, producida probablemente por la obstrucción del lecho capilar; la esclerosis de las arterias es secundaria a la hipertensión. — *M. Joselevich.*

TUMORES DEL CORAZON: DESCRIPCION DE CUATRO CASOS Y REVISION DE LA LITERATURA, (Tumors of the heart: report of four cases and review of literature), J. R. Lisa, L. Hirschhorn y C. A. Hart. "Arch. Int. Med.", 1941, 67, 91.

Relatan cuatro casos de tumores metastásicos del corazón, haciendo además un análisis minucioso de los casos similares existentes en la bibliografía. Recalcan la importancia para el diagnóstico de la existencia de una insuficiencia cardíaca que no responde a medicación alguna y de un agrandamiento cardíaco extremo, sin causa determinante manifiesta. Se observa asimismo frecuentemente la combinación de signos y síntomas contradictorios, presencia de un derrame pericárdico serohemorrágico, modificaciones acentuadas de los soplos con los cambios posturales, etc. — *J. González Videla.*

ANEURISMA DEL VENTRICULO IZQUIERDO, (Aneurysm of ventricle of heart), M. N. Fulton. "J.A.M.A.", 1941, 116, 115.

Al referir 2 casos de aneurisma cardíacos (uno de la zona apexiana y otro de la pared posterior del ventrículo izquierdo) y compararlos con otro en el que el diagnóstico fué erróneo puesto que se trataba de una lesión sífilítica localizada de la pared ventricular, los autores destacan que esos enfermos

raramente mueren a consecuencia de la ruptura aneurismática y que por el contrario pueden vivir varios años gozando de una vida agradable, aunque de actividad limitada.

A parte de los antecedentes y datos clínicos, lo más importante para el diagnóstico resulta la exploración radiológica, que muestra un agrandamiento cardíaco con deformación en saco o en huevo del contorno ventricular. Otras características radiológicas suelen ser: 1) sombra de una calcificación de la pared del saco o de su contenido; 2) pulsación paradójica por expansión sistólica del aneurisma; 3) menor densidad de la sombra aneurismática y menor intensidad de su latido en relación con el resto del corazón. — *M. Joselevich.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

NOMENCLATURA Y DESCRIPCION DEL ELECTROCARDIOGRAMA, (Nomenclature and description of the electrocardiogram), H. E. B. Pardee. "Am. Heart J.", 1940, 20, 655.

Considerando la confusión actual respecto a la denominación de las ondas del electrocardiograma, analiza los métodos propuestos por Einthoven y Lewis, proponiendo el empleo de este último; aunque el sistema de denominar las ondas propuesto por Lewis es hoy aceptado por la mayoría de los autores, es necesario insistir en que esta terminología es absolutamente arbitraria, no siendo posible relacionar ondas del mismo nombre en distintas derivaciones, ya que un determinado momento de la excitación del miocardio puede originar ondas positivas en una derivación y ondas negativas en otra derivación.

El autor propone también la forma de denominar las ondas en ciertos tipos de complejo QRS no mencionados por Lewis: complejo en "M", complejo QRS vibratorio, única onda negativa de QRS. Sugiere un método para la descripción de las manchas y melladuras del complejo QRS, y llama la atención sobre ciertos hechos referentes a la medición de la onda P, intervalo PR, complejo QRS e intervalo QT. Analiza también un método para describir las ondas P y T, sugiriendo una definición del término *bifásico*. — *R. Vedoya.*

MODIFICACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS SIGUIENDO LAS CONVULSIONES PROVOCADAS POR CARDIAZOL, (Electrocardiographic changes following metrazol-induced convulsions), E. M. Kline, J. L. Fetterman y C. H. Williams. "Am Heart J.", 1940, 20, 702.

Se analizan las modificaciones del E.C.G. en 43 casos de convulsiones provocadas por el Cardiazol y en 9 casos en los cuales la droga fué inyectada en dosis insuficiente para provocar convulsiones. En todos los casos se observó un aumento de la presión sistólica y diastólica, así como una variación de la frecuencia cardíaca, inconstante en dirección y magnitud.

El hecho más llamativo fué la aparición de diversas arritmias, probablemente provocadas por aumento del tono vagal y otros factores, tal como asfixia.

Después de las convulsiones la onda T aumenta de voltaje y su vértice se hace más agudo; el valor del índice sistólico de Bazett disminuía francamente. — *R. Vedoya.*

EL ELECTROCARDIOGRAMA DURANTE EL TRATAMIENTO POR SHOCK ELECTRICO DE TRASTORNOS MENTALES, (*The electrocardiogram during electric shock treatment of mental disorders*), S. Bellet, A. Kershbaum y W. Furst. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 167.

Realizan el estudio de 100 e.c.g. obtenidos en 50 pacientes tratados por shock eléctrico. En 98 casos las alteraciones e.c.g. fueron de menor grado, consistiendo en arritmia sinusal, bradicardia sinusal, bloqueo s-a, ritmo nodal, marcapaso errático o extrasístoles auriculares. En los dos casos restantes mostraron serias modificaciones: ritmo idioventricular en uno de ellos, inversión de onda T en I y II derivación en el restante. — *J. González Videla*.

LA SIGNIFICACION DE LA POSICION DEL SUJETO EN LA INTERPRETACION DEL ELECTROCARDIOGRAMA, (*The significance of the position of the subject in the evaluation of the electrocardiogram*), L. S. Ylvisaker y H. B. Hirkland. "Am. Heart J.", 1940, 20, 592.

En 37 sujetos normales registran el electrocardiograma en decúbito dorsal y posición sentada, observando en esta última marcadas modificaciones del segmento ST y onda T, que en ocasiones pueden inducir a error. Se recomienda que el ECG sea siempre registrado en decúbito dorsal. — *R. Vedoya*.

MODIFICACIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA Y EN EL RITMO CARDIACO DURANTE LA ADMINISTRACION TERAPEUTICA DE SALES DE POTASIO, (*Changes in the electrocardiogram and in the cardiac rhythm during therapeutic use of potassium salts*), H. J. Stewart y J. J. Smith. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 177.

Comentan los autores la observación en 5 pacientes que recibían dosis terapéuticas de sales de potasio de alteraciones e.c.g. análogas a las observadas en la experimentación en animales tratados con cantidades considerables de esas sustancias.

Tres de los cinco pacientes exhibieron cambios en la forma de la onda T y del segmento ST que se atribuyeron a una oclusión coronaria hasta que fué precisada su asociación con el potasio.

Las alteraciones del ritmo consistieron en taquicardia sinusal, taquicardia paroxística supraventricular, disociación a-v, bloqueo a-v parcial y paro auricular. Estos efectos tóxicos, con la única excepción del paro auricular, desaparecieron con la suspensión del medicamento. — *J. González Videla*.

ESTUDIOS SOBRE EL TIEMPO DE CONDUCCION AURICULO-VENTRICULAR DE NIÑOS NORMALES Y DE NIÑOS REUMATICOS SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD REUMATICA, (*Studies on the auriculo-ventricular conduction time of normal children and of rheumatic children without signs of rheumatic activity*), G. Reyersbach y A. G. Kuttner. "Am. Heart J.", 1940, 20, 573.

Se estudia el E.C.G. de 150 sujetos normales, cuya edad oscila entre 6 y 16 años, comprobando un intervalo PR prolongado en 8 casos (5%), lo cual representa la incidencia más alta publicada hasta la fecha.

En un grupo de 140 niños reumáticos, sin signos de cardiopatía orgánica ni de actividad reumática, encuentran 8 casos de PR prolongado, siendo este porcentaje (5.7%) casi idéntico al observado en sujetos normales.

Las maniobras de excitación e inhibición vagal producen el mismo efecto sobre el intervalo PR en el grupo de sujetos normales y en el de sujetos reumáticos; ello sugiere que la hipertonia vagal es un factor importante en la producción del PR prolongado observado en sujetos normales, sugiriendo también que el alargamiento del intervalo PR no es un signo fiel de lesión miocárdica.

En ausencia de otras anormalidades, permanece dudosa la significación clínica del alargamiento o acortamiento del intervalo PR en niños reumáticos sin signos de actividad de la infección. — R. Vedoya.

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

EL EFECTO DE LA DISTENSION DE LAS VISCERAS ABDOMINALES SOBRE LA CIRCULACION EN LA RAMA CIRCUNFLEJA DE LA CORONARIA IZQUIERDA DEL PERRO, (The effect of distention of abdominal viscera on the blood flow in the circumflex branch of the left coronary artery of the dog), N. C. Gilbert, G. V. Le Roy y G. K. Fenn. "Am. Heart J.", 1940, 20, 519.

En experiencias realizadas en el perro, bajo anestesia suave, la distensión del estómago o de la cavidad peritoneal provoca una disminución de la circulación a través de la rama circunfleja de la coronaria izquierda, que puede oscilar entre el 15 y 35%; se sugiere que ello se debe a un reflejo vagovagal.

Este efecto no se obtiene en todos los casos, pues el aumento de la presión intra-abdominal, resultante de las condiciones experimentales, tiende a provocar taquicardia, elevación de la tensión arterial, y aumento del volumen minuto; todos estos factores aumentan la circulación coronaria, y puede enmascarar el efecto de la vasoconstricción refleja.

Los autores aplican el resultado de sus experiencias al terreno clínico, tratando de explicar los ataques de angina de pecho que se observan en pacientes con estómago distendido. — R. Vedoya.

REFLEJO CARDIOINHIBIDOR HIPERACTIVO DEL SENO CAROTIDEO: UNA AYUDA POSIBLE EN EL DIAGNOSTICO DE AFECCION CORONARIA, (Hyperactive cardioinhibitory carotid sinus reflex: a possible aid in the diagnosis of coronary disease), L. H. Sigler. "Arch. Int. Med.", 1941, 67, 177.

El autor analiza los trazados de 1151 hombres y 735 mujeres en los cuales fué realizada la compresión del seno carotídeo. La respuesta cardioinhibitoria fué por lo general muy intensa en los distintos grados de enfermedad coronaria y más o menos proporcional al grado de la afección. Las cardiopatías de otro orden mostraron una menor incidencia y un grado de respuesta menos alto pero mayor que en las otras condiciones.

En vista de esta ocurrencia frecuente de cardioinhibición inducida por

estimulación del seno carotideo en las afecciones coronarias, un reflejo netamente positivo puede ser considerado como un importante hallazgo confirmatorio en pacientes sospechosos de un padecimiento coronario. — *J. González Videla.*

ANGINA DE PECHO, INSUFICIENCIA CORONARIANA E INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, (*Angina pectoris, coronary failure and acute myocardial infarction. The role of coronary occlusions and collateral circulation*), H. L. Blumgart, M. J. Schlesinger y P. M. Zoll. "J.A.M.A.", 1941, 116, 91.

Los términos *obstrucción coronariana* y *trombosis coronariana* no significan lo mismo que *infarto del miocardio*: puede existir una obstrucción completa de una rama arterial sin que se produzca el infarto y a su vez este último puede formarse con una arteria permeable. Así lo afirman los autores como consecuencia del estudio de 355 casos autopsiados.

En la *angina de pecho*, la *insuficiencia coronariana* y el *infarto del miocardio* existe una desproporción entre la cantidad de sangre requerida por el corazón y la que le aportan sus arterias. La extensión y duración de la isquemia establecerá el tipo de trastorno que sobreviene. Si la circulación se restablece rápidamente, existen colaterales suficientemente desarrolladas o se reduce la demanda circulatoria con el reposo, sedantes y la vuelta al ritmo cardíaco normal, la necrosis del miocardio no se produce, correspondiendo esos casos a la *angina de pecho* o a la *insuficiencia coronariana*.

Si la isquemia es muy prolongada, tiene lugar la necrosis del tejido mal irrigado y entonces aparece el cuadro llamado de *oclusión coronariana*, que debe llamarse en realidad *infarto del miocardio*: opresión o dolor precordial prolongado, caída tensional, palidez y otros síntomas del *shock*, fiebre, leucocitosis, eritrosedimentación acelerada y modificaciones electrocardiográficas. — *M. Joselevich.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS

DETERMINACIONES DE PRESION ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ESENCIAL. II. LA DIFERENCIA ENTRE LAS LECTURAS EN LA CASA DEL PACIENTE Y EN EL CONSULTORIO DURANTE Y DESPUES DEL TRATAMIENTO, (*Blood pressure determinations by patients with essential hypertension. II. The difference between home and clinic readings during and after treatment*), D. Ayman y A. D. Goldshine. "Am. J. Med. Sc.", 1941, 201, 157.

Observan la respuesta al tratamiento medicamentoso en 34 pacientes hipertensos en los cuales la cifra tensional fué también determinada en la casa del enfermo, directamente por éste o por uno de sus familiares. Consideran que esta última medición es la real por ser así eliminado el efecto hipertensor de la presencia del médico, como claramente lo demuestra la comparación de las cifras obtenidas en la clínica y en el domicilio del paciente. Deducen asimismo que algunas drogas que han sido consideradas desprovistas de acción hipotensora

deben ser de nuevo estudiadas en ese sentido sobre la base de las cifras de la presión arterial obtenidas en la casa del enfermo. — *J. González Videla.*

HIPERTENSION ASOCIADA CON ENFERMEDAD RENAL UNILATERAL,
(*Hypertension associated with unilateral renal disease*), R. M. Nesbit y R. K. Ratliff. "J.A.M.A.", 1941. 116, 194.

El estudio de una serie de casos de afecciones renales unilaterales, asociadas con hipertensión arterial (hidronefrosis, pielonefritis, lesiones de las arterias renales), que mostraron cifras tensiones normales después de un tratamiento quirúrgico adecuado, permite a las autores formular una serie de conclusiones a ese respecto.

Las lesiones unilaterales que más a menudo se asocian con la hipertensión arterial son: las que producen una acentuada obstrucción de las arterias renales o del árbol urinario y las inflamaciones crónicas. El tratamiento profiláctico de las pielonefritis crónicas, el exámen del árbol urinario en todos los hipertensos, buscando las afecciones renales latentes y las extirpación del órgano afectado siempre que el riñón opuesto funcione en buenas condiciones, permitirán mejorar el pronóstico en un buen número de estos casos. — *M. Joselevich.*

DEGENERACION CROMATROFICA Y RUPTURA DE LA AORTA DESPUES DE LA TIROIDECTOMIA EN CASOS DE HIPERTENSION,
(*Chromatrophic degeneration and rupture of the aorta following thyroidectomy in cases of hypertension*), Wm. B. Kountz y L. H. Hempelmann. "Am. Heart J.", 1940, 20, 599.

Comentan tres casos de acentuada hipertensión arterial en personas jóvenes, que mueren por ruptura de la aorta después de una tiroidectomía; en los 3 casos la necropsia mostró la existencia de un proceso degenerativo crónico e idiopático de la aorta.

Aunque los autores reconocen que la coexistencia del hipotiroidismo y la degeneración cística de la aorta puede ser debida a simple coincidencia, sugieren la posibilidad de que el proceso degenerativo sea la consecuencia de una deficiencia metabólica del músculo de la pared aórtica, sometido a sobrecarga por la hipertensión. — *R. Vedcya.*

EL EFECTO DEL TRANSPLANTE DEL RIÑON ISQUEMICO Y DE LA ISQUEMIA RENAL COMPLETA Y TRANSITORIA, SOBRE LA TENSION ARTERIAL DEL CONEJO, (*The effect of transplanted ischemic kidneys and of temporary, complete, renal ischemia upon the blood pressure of rabbits*), M. Prinzmetal, H. A. Lewis, J. Taggart, H. Wilkins y D. R. Drury. "Am. Heart J.", 1940, 20, 525.

Los autores repiten en el conejo las experiencias realizadas por Houssay y colaboradores en el perro. El injerto del riñón isquémico de conejo hipertenso en animales normales (6 casos) y en animales nefrectomizados (5 casos), no modifica en forma significativa la presión arterial.

Si se provoca isquemia del riñón pinzando el pedículo renal, al retirar la

pinza no se comprueba el aumento de la presión arterial comprobado en el perro. Se interpretan los diferentes resultados obtenidos en el perro y el conejo, como un ejemplo de la distinta modalidad reaccional de cada especie. — R. Vedoya.

TERAPEUTICA

LOS EFECTOS DE LAS SOLUCIONES ENDOVENOSAS EN ENFERMOS CON Y SIN LESIONES CARDIOVASCULARES, (The effects of intravenous solutions on patients with and without cardiovascular defects), F. D. Murphy, H. Correll y J. C. Grill. "J.A.M.A.", 1941, 116, 104.

La inyección de 100 c.c. de la solución al 50 por ciento de dextrosa, endovenosa y con una rapidez de 10 c.c. por minuto, produjo una acentuación de la insuficiencia en los cardíacos, precipitándolos al grado 3 de esa insuficiencia en el 20 por ciento de los casos. La inyección de 50 c.c. de la misma solución provocó una mejoría de los síntomas en todos los casos (aumentó la diuresis, y disminuyó la disnea y la presión venosa).

Ninguno de los métodos de exploración funcional del corazón permite establecer la forma como va a ser tolerada una inyección endovenosa; solo el examen clínico permitirá establecer la presencia de una cardiopatía, en cuyo caso la inyección deberá ser administrada lentamente, en volúmenes pequeños, a intervalos no menores de 4 a 6 horas, siendo preferible utilizar el suero fisiológico. El suero glucosado hipertónico tan preconizado en la insuficiencia ventricular izquierda aguda no debe ser usado a dosis mayores de 50 c.c. — M. Joselevich.

LA INFLUENCIA DE LA DIGITAL SOBRE EL BALANCE DE ELECTROLITOS Y AGUA DEL MIOCARDIO, (The influence of digitalis on the electrolyte and water balance of heart muscle), P. K. Boyer y Ch. A. Poindexter. "Am. Heart J.", 1940, 20, 586.

En un grupo de 20 gatos, de los cuales 11 controles y 9 digitalizados, las dosis terapéuticas de digital producen un aumento significativo del potasio y del contenido de agua intracelular del miocardio. La cantidad de cloruros y agua extracelular fué reducida por digitalización.

Se sugiere que el efecto beneficioso de la digital sobre la insuficiencia cardíaca sea producido, al menos en parte, por una acción sobre el miocardio similar a la de la corteza suprarrenal; ello puede resultar de una modificación de la permeabilidad de la membrana celular a los electrolitos. — R. Vedoya.

EFECTO DEL CALCIO SOBRE LA DIURESIS EN LA DESCOMPENSACION CARDIACA, (Effect of calcium on diuresis in cardiac decompensation), N. Morris y A. S. Rogen. "Lancet", 1940, 2, 545.

La administración de inyecciones intravenosas diarias de 10 c.c. de gluconato de calcio al 10% a 10 enfermos con edemas por insuficiencia cardíaca produjo resultados variables, llegando a la conclusión de que la administración de calcio

aisladamente posee una acción diurética inmediata escasa o nula. De 7 casos con terapéutica digitálica seguida por inyecciones de calcio, en 6 la diuresis fué mucho mayor que durante el período digitálico previo, lo que permite suponer que posiblemente el calcio potencializa los efectos diuréticos de la digital mediante el aumento de su acción cardiotónica. También en 10 enfermos con edema cardíaco se administraron diariamente 20 unidades de parathormona, observándose en 9 una indudable reducción del edema. Se observó además que la parathormona refuerza el efecto diurético del salirgán ya sea directamente o mediante el aumento del calcio en suero. En efecto el aumento en la cantidad de orina fué asociado con aumento del calcio en suero lo que no sucedió en un enfermo en el que la parathormona no aumentó la diuresis. — *B. Moia.*

MANIFESTACIONES TOXICAS DE LA TERAPEUTICA DEL CALCIO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA, (Toxic manifestations of calcium therapy in heart failure), A. S. Rogen. "Lancet", 1940, 2, 452.

A varios pacientes con insuficiencia cardíaca que no habían respondido a la terapéutica digitálica se hicieron inyecciones venosas de gluconato de calcio al 10%. No se observaron manifestaciones desagradables si se tarda más de 2 minutos en hacer la inyección. En un paciente con insuficiencia cardíaca grave rebelde a la medicación digitálica, la administración simultánea de calcio produjo notable bradicardia con bigeminismo. Posteriormente ante el fracaso de nuevas series digitálicas se reinició la terapéutica con calcio; después de la tercera inyección el enfermo presentó frigidez y vómitos, y el ritmo cardíaco pasó de 44 a 132 latidos por minuto, falleciendo el paciente 12 horas más tarde. En otro paciente también digitalizado después de la quinta inyección se produjeron vómitos e intensa bradicardia, que fué seguida después de mejoría clínica. Siendo evidente la posibilidad de aparición de síntomas tóxicos resultantes de la terapéutica combinada de calcio-digital se aconseja que cuando los enfermos están tomando digital se interrumpa su administración durante 4 días antes de dar calcio. — *B. Moia.*

EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA. ESTADO ACTUAL, (The treatment of subacute bacterial endocarditis. Present status), S. S. Lichtman y W. Bierman. "J.A.M.A.", 1941, 116, 286.

Estudio basado en 55 casos de endocarditis bacteriana subaguda tratados en el "Mount Sinai Hospital" de New York y otros 232 procedentes de otras fuentes, lo que hace un total de 287 observaciones.

De esos 287 casos, 200 fueron tratados exclusivamente con sulfanilamidas, 43 con sulfanilamida y heparin y los 44 restantes con quimioterapia y con hipertermia artificial (23 con procedimientos físicos y 21 con inyecciones endovenosas de vacuna anti-tifo-paratifoidea).

El promedio de curaciones espontáneas sería del 3 por ciento según Libman; en los casos analizados se obtuvo el 6 por ciento de buenos resultados en los enfermos tratados sólo con sulfanilamidas, el 11.5 por ciento en los que se

agregó herparin, el 16 por ciento en los que se provocó la hipertermia por medios físicos y el 25 por ciento en los que se inyectó las vacunas. — *M. Joselevich*.

DIFUSION DE LAS SULFANILAMIDAS EN EL INTERIOR DEL PERICARDIO, (*Diffusion of sulfonamide compounds into the human pericardium*), M. H. Nathanson. "J.A.M.A.", 1941, 116, 280.

Los autores determinaron la presencia de la sulfanilamida, sulfopiridina y sulfatiazol en el interior del pericardio, en 2 casos de pericarditis con derrame, extrayendo mediante la punción una muestra del líquido, 60 y 90 minutos después de la inyección endovenosa de aquellos compuestos. Estos resultados permiten aconsejar el uso de la sulfanilamida para el tratamiento de las pericarditis provocadas por los gérmenes que son susceptibles a dicha medicación (neumococos, estreptococos, estafilococos). — *M. Joselevich*.

EL USO DE LA HIPERTERMIA ARTIFICIAL PROVOCADA POR PROCEDIMIENTOS FISICOS Y LA QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA, (*The use of physicaly induced pyrexia and chemotherapy in the treatment of subacute bacterial endocarditis*), W. Berman y G. Baehr. "J.A.M.A.", 1941, 116, 292.

De 16 casos tratados con piritoterapia y sulfanilamida o sulfopiridina, los autores destacan 2 en los que los enfermos continúan aparentemente curados después de transcurridos 2 años en uno de ellos y 10 meses en el otro; un tercer enfermo lleva sólo 4 meses de observación después de obtenida la mejoría, por lo que no lo describen como una curación. Esos resultados parecen indicar que la hipertermia artificial conseguida mediante procedimientos físicos refuerza la acción de la quimioterapia en el tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda. Es necesario destacar que en los otros 13 casos sólo se obtuvo mejorías temporarias o fracasos. — *M. Joselevich*.

TERAPEUTICA CONVULSIVANTE CON CARDIAZOL EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, (*Convulsive cardiazol therapy in cardiovascular disorders*), R. Good. "Brit. Med. J.", 1940, 2, 624.

A pesar que durante las convulsiones cardiazólicas pueden demostrarse clínica y electrocardiográficamente arritmias cardíacas de carácter serio e incluso grave como resultado del agotamiento y anoxia del músculo cardíaco, sufriendo el corazón un grado variable de dilatación aguda durante un breve período, el autor ha visto sin embargo, que la preexistencia de una afección cardiovascular no contraindica el empleo de la terapéutica convulsivante, como lo demuestran los resultados obtenidos en 6 observaciones con variadas alteraciones cardíacas (insuficiencia mitral o aórtica con agrandamiento cardíaco, arterioesclerosis, angina de pecho, herida de bala en el corazón tratada quirúrgicamente 16 años antes, extrasístoles). Deduce el autor que los trastornos cardiovasculares, incluso de carácter grave, no son contraindicaciones para el empleo de la

terapéutica convulsivante, siempre que se encuentren bien compensados. Además el examen electrocardiográfico de estos casos no permite predecir como tolerará el paciente la convulsión. — *B. Moia.*

LA ACCION SIMULTANEA DE CIERTAS DROGAS SOBRE LA TENSION ARTERIAL Y LA CIRCULACION EN LAS ARTERIAS CORONARIAS DERECHA E IZQUIERDA, (The simultaneous action of certain drugs on the blood pressure and on the flow in the right and left coronary arteries), R. Wégria, H. E. Essex, J. F. Herrick y F. C. Mann. "Am. Heart J.", 1940, 20, 557.

En el perro anestesiado con cloralosa, estudian el efecto de diversas sustancias sobre la circulación a través de la coronaria derecha y la rama circunfleja de la coronaria izquierda, así como sobre la presión arterial media determinada en la femoral. La circulación en la coronaria izquierda (rama circunfleja) fué 2,66 veces mayor que en la derecha, siendo las modificaciones provocadas por las drogas cualitativamente iguales en una y otra arteria.

El *nitrito de amilo*, *nitroglicerina*, *aminofilina*, *histamina*, *mecholyl*, y la *papaverina*, disminuyen la presión arterial media, aumentan la frecuencia cardíaca y la circulación coronaria, este último efecto como consecuencia de la disminución de la resistencia periférica a la circulación coronaria.

La *adrenalina* aumenta la presión arterial y la circulación coronaria, siendo este efecto consecuencia del aumento de la "cabeza de tensión" y de la disminución de la resistencia periférica efectiva.

El *Pitressin* aumenta la presión arterial y disminuye la frecuencia cardíaca, así como la circulación coronaria, debido al aumento de la resistencia periférica efectiva en los vasos coronarios.

La *Coramina* aumenta la presión arterial y la circulación coronaria, resultando ello, al menos en parte, de una disminución de la resistencia periférica efectiva.

La *atropina* aumenta la frecuencia cardíaca y la circulación coronaria, pero afecta muy poco la presión arterial. El aumento de la circulación coronaria fué provocado casi exclusivamente por disminución de la resistencia periférica efectiva.

No fué determinado si la disminución de la resistencia periférica provocada por varias drogas, fué originada por relajación activa de la túnica muscular de los vasos coronarios, o por modificación del soporte extravascular, o por ambos factores actuando simultáneamente. — *R. Vedoya.*