

## ANALISIS DE REVISTAS

### SEMIOLOGIA

*EL VALOR DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA MEDIDA CON ÉTER EN EL DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA, (The value of the ether circulation time in the diagnosis of right heart failure), S. Baer y H. J. Isard, "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 209.*

En 329 pacientes fué determinada la velocidad circulatoria entre brazo y pulmón inyectando una mezcla de 5 gotas de éter y 5 gotas de suero en la vena antecubital. Fué considerado el tiempo transcurrido entre la iniciación de la inyección y la percepción del éter en las vías respiratorias superiores. En 184 sujetos normales la velocidad circulatoria promedió 5.8 segundos, en 26 pacientes pulmonares 6.1 y en 90 cardiópatas 10.2 si existía insuficiencia cardíaca y 5.8 si ella no estaba presente.

El método es por lo tanto de un definido valor en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca y permite diferenciar a ésta de todas las condiciones que la simulen. — *J. González Videla.*

*DISFAGIA CON DESORDENES DEL CORAZON Y GRANDES VASOS, (Dysphagia with disorders of the heart and great vessels), A. L. Bloomfield. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 289.*

Los autores analizan las distintas condiciones cardiovasculares que pueden acompañarse de disfagia, entendiendo por ello no solamente la dificultad al deglucir sino también el dolor a la deglución sin sensación de obstrucción.

La disfagia clínica en los casos con gran aurícula izquierda es excesivamente rara, a pesar de que en ellos la compresión del esófago ocurre con frecuencia.

En las pericarditis la disfagia no constituye tampoco un síntoma habitual y sólo ocurre probablemente cuando el esófago es comprimido por un derrame considerable.

Una suave disfagia, generalmente por espasmo esofágico reflejo, es frecuente en los aneurismas y no es de seria importancia; en cambio, si es severa y persistente, parece indicar un aneurisma falso o amenaza de ruptura en el esófago, vale decir, una condición de la mayor gravedad.

Ha sido también descrita la disfagia en casos de arco aórtico derecho, doble arco aórtico y arteria subclavia derecha aberrante, lo mismo que en casos de aneurisma disecante en los que su existencia puede ayudar a diferenciarlos de una oclusión coronaria. — *J. González Videla.*

*AFECCIONES MITRALES SUBCLINICAS, (Subclinical mitral disease), M. C. Sosman. "J.A.M.A.", 1940, 115, 1061.*

Existen casos de vicios valvulares mitrales (estrechez o insuficiencia) en los que los datos clínicos son insuficientes para formular el diagnóstico. En esas lesiones mitrales "sub-clínicas", el diagnóstico puede a menudo establecerse mediante la exploración radiológica, especialmente con la radioscopia, que permite examinar al enfermo en todas las posiciones que se desee.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

Los datos más importantes para ese diagnóstico consisten en la comprobación de: 1) la dilatación de la aurícula izquierda; 2) la calcificación mitral. Si ambas comprobaciones se efectúan en el mismo enfermo, el diagnóstico es seguro; en caso contrario, deberá tenerse en cuenta que la dilatación de la aurícula izquierda puede observarse también en la tirotoxicosis, el enfisema, la neumoconiosis, el beriberi, ciertas cardiopatías congénitas, etc. y que la calcificación de la válvula mitral puede confundirse con la de las arterias coronarias, el pericardio, el miocardio, el endocardio auricular y los tumores benignos. — *M. Joselevich.*

### PATOLOGIA

*DEGENERACION GRASA DEL MIOCARDIO ORIGINANDO INSUFICIENCIA CARDIACA, (Fatty degeneration of the heart causing Myocardial insufficiency report of a case), C. F. Garvin, "Arch. Int. Med.", 1940, 66, 603.*

Se refiere el caso de un hombre de 42 años que presentó una insuficiencia cardíaca clínicamente primitiva y en cuya autopsia se encontró solamente una degeneración grasa del miocardio sumamente intensa. Descartadas en ese caso todas las demás causas posibles de insuficiencia cardíaca, el autor llega a la conclusión de que debe considerarse a la degeneración grasa como un factor capaz de provocar una insuficiencia cardíaca de origen miocárdico y tenerla presente cuando se trata de identificar un cuadro semejante cuya etiología resulta poco clara. — *M. Joselevich.*

### ELECTROCARDIOGRAFIA

*UN TIPO DE QRS DE VALOR DIAGNOSTICO EN EL ELECTROCARDIOGRAMA, (A QRS pattern of diagnostic value in the electrocardiogram), W. A. Sodeman y H. T. Engelhardt, "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 337.*

Analizan una serie de trazados con desviación del eje eléctrico hacia la izquierda pero con  $R_2$  mayor que  $R_1$ , QRS de duración menor que 0.10" y  $S_3$  de 6 mm. o más. En 19000 curvas 61 satisficieron estas condiciones: en 57 había datos suficientes para establecer la ausencia o presencia de una afección cardíaca y de ellos 54 (94.7%) revelaron la existencia de una cardiopatía.

Agrupados estos casos de acuerdo a la altura de  $R_1$ , cuando ésta era menor de 5 mm. el porcentaje de corazones enfermos fué de 83.3% y cuando sobrepasaba los 5 mm. el porcentaje se elevó a 97.7%.

Clasificados los casos según la presencia o ausencia de otras evidencias e.c.g. de enfermedad cardíaca, un porcentaje significativo (59%) no mostró otras alteraciones, a pesar de existir en el 90.6% una evidente cardiopatía.

Desde el punto de vista del diagnóstico, los trazados con la característica e.c.g. descripta correspondían casi invariablemente a pacientes con afecciones cardíacas que sobrecargan y fatigan al ventrículo izquierdo. — *J. González Videla.*

*EL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL SHOCK INSULINICO*, (*The electrocardiogram in insulin shock*), D. Goldman. "Arch. Int. Med.", 1940, 66, 93.

De las numerosas modificaciones comprobadas en más de 200 enfermos, el autor destaca especialmente por su gran frecuencia a la taquicardia, la bradicardia, los cambios de la onda *T* y la aparición de la onda *U*.

Esos cambios suelen persistir un cierto tiempo después de suspendido el tratamiento, pero luego desaparecen. No son definitivos ni se puede establecer que obedezcan a lesiones orgánicas; la mecánica circulatoria experimenta a su vez modificaciones muy escasas.

El autor se inclina a pensar que se trata de variaciones semejantes a las observadas en la alcalosis, la hiperadrenalinemia y la hipovitaminosis: se explicarían por una distorción de la dinámica química normal de las contradicciones miocárdicas. — *M. Joselevich*.

## ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*SUBITA OCLUSION DE ARTERIAS CORONARIAS SIGUIENDO A LA SECCION DE VIAS CARDIOSENSORIALES*, (*Sudden occlusion of coronary arteries following removal of cardiosensory pathways: an experimental study*), C. G. Eachern, G. W. Manning y G. E. Hall. "Arch. Int. Med.", 1940, 65, 661.

Efectúan en 46 perros adultos normales la extirpación uni o bilateral del ganglio estrellado y los primeros 5 ganglios torácicos, ligando luego la rama circunfleja o la descendente anterior de la coronaria izquierda. En un trabajo anterior los autores ya habían comprobado lo que a continuación se resume. La ligadura de la descendente anterior provocó una mortalidad inferior al 10% en el animal anestesiado y de 40% en el animal conciente. La ligadura de la rama circunfleja de la coronaria izquierda arrojó una mortalidad del 25% en los perros anestesiados y del 75% en los perros no sometidos a anestesia. Todos los animales que murieron súbitamente después de la ligadura mostraron extrasístoles ventriculares, taquicardia y fibrilación ventricular terminal.

De estos experimentos deducían que la aumentada mortalidad que sigue a la ligadura en el animal conciente era debida a un mecanismo reflejo que provocaba un espasmo de las arteriolas coronarias colaterales o una irritabilidad alterada del miocardio, que lo hacía más propenso a la fibrilación ventricular.

Con la extirpación unilateral del ganglio estrellado y los primeros 5 ganglios torácicos la mortalidad siguiendo a la ligadura del ramo circunflejo de la coronaria izquierda en el animal conciente se redujo de 75 a 33%; si la extirpación era bilateral la reducción llegaba a 10%. Cuando era ligada la descendente anterior después de la denervación simpática bilateral del corazón la mortalidad descendió a 0.

Parece pues que la ablación de las vías cardiosensoriales, al interrumpir el mecanismo reflejo antes mencionado, no solamente impide el dolor después de la oclusión coronaria sino que también disminuye marcadamente la incidencia de

fibrilación ventricular y la mortalidad en los animales sujetos a tal experimentación. — *J. González Videla.*

*UNA OBSERVACION NUEVA DE UTILIDAD PARA EL DIAGNOSTICO DE LA TROMBOSIS CORONARIANA, (A new observation helpful in the diagnosis of coronary thrombosis), P. J. Steincrohn. "Ann. Int. Med.", 1940, 19, 495.*

El autor describe como característica de la trombosis coronariana la presencia de un dolor ritmado por períodos sucesivos de acentuación y de disminución. Se trata de un dolor semejante al del *angor* de esfuerzo, pero que se presenta espontáneamente en el reposo. Puede comparars también a los provocados por las contracciones uterinas en el momento del parto y de esa comparación puede obtenerse deducciones de importancia para el pronóstico: cuando los períodos de disminución se acortan a expensas de los de exacerbación, el enfermo llega a un estado de dolor continuo, que suele preceder a la terminación fatal. — *M. Joselevich.*

*INFARTO MILIAR AGUDO DEL CORAZON, (Acute miliary infarction of the heart), J. R. Lisa y E. Mc Peak. "Arch. Int. Med.", 1940, 65, 919.*

Encuentran 99 casos de infarto miliar agudo del miocardio en un material de 2.857 necropsias efectuadas en los últimos 20 años en el City Hospital. Los casos fueron divididos según existiera o no esclerosis de las arterias coronarias; si ella existía se separaban los casos que presentaron un síndrome clínico primario de orden cardiovascular. La lesión fué más frecuente en este último subgrupo, mucho menos que en el otro subgrupo y menos aún en los casos sin evidencia macroscópica de esclerosis coronaria. La mayor parte de los casos presentaba un corazón grandemente hipertrofiado con marcada esclerosis de las arterias coronarias. En 17 casos existía trombosis o embolia en las ramas miocárdicas de los vasos coronarios. En la gran mayoría de los casos había infecciones en otros órganos, especialmente en los pulmones.

Creer que la lesión es casi siempre tóxica y que sólo en un pequeño porcentaje es debida a embolia o a trombosis de las ramas musculares de las arterias coronarias asociada por lo general a una infección. — *J. González Videla.*

*EMBOLIA CORONARIA: UNA COMPLICACION DE AORTITIS SIFILITICA. CON RELATO DE TRE CASOS, (Coronary embolism: a complication of syphilitic aortitis. With report of 3 cases), W. B. Porter y E. W. Vaughan. "Am. J. Med. Sc.", 1940, 200, 184.*

Revisando un material de 3000 necropsias los autores encuentran 3 casos de oclusión de arterias coronarias por embolia en pacientes con aortitis sifilítica y aterosclerosis moderada de la primera porción de la aorta; esta última lesión daba lugar a la formación de trombosis mural sobre las placas ateromatosas. En los 3 casos la embolia ocluyó la coronaria izquierda, provocando la muerte por dilatación aguda del ventrículo izquierdo y edema agudo de pulmón.

La embolia coronaria debe ser pues considerada como una complicación, aunque rara, de la aortitis sifilítica. — *J. González Videla.*

## INFECCIOSAS

*ENDOCARDITIS BACTERIANA Y SIFILIS DE LA VALVULA AORTICA*,  
(*Bacterial endocarditis and syphilis of the aortic valve*), D. H. Rosenberg.  
"Arch. Int. Med.", 1940, 66, 441.

El autor analiza los casos hasta ahora publicados de endocarditis maligna desarrollada sobre la base de lesiones valvulares sifilíticas y llega a establecer que sólo 10 pueden ser aceptados como demostrados. Luego refiere 7 casos más, llegando a la conclusión de que la reinfección maligna de lesiones sifilíticas de la aorta (sin participación de la válvula misma) no es tan rara como se cree y que se la hallaría más frecuentemente si se pusiera más interés en el estudio de sus caracteres clínicos y anatómicos. — *M. Joselevich*.

*ENDOCARDITIS BACTERIANA SUPERPUESTA A VALVULITIS AORTICA SIFILITICA*, (*Bacterial endocarditis superimposed on syphilitic aortic valvulitis*), A. L. Braunstein y S. R. Townsend. "Arch. Int. Med.", 1940, 65A 957.

Analizan 20 casos de endocarditis bacteriana injertada sobre valvulitis aórtica sifilítica (9 casos personales y 11 encontrados en la literatura). El diagnóstico de la existencia simultánea de las dos condiciones puede ser sospechado cuando existe en su insuficiencia aórtica luética una anemia gradualmente progresiva con suaves ascensos térmicos sin causa aparente. No habiendo explicación para la fiebre y la anemia debe sospecharse la endocarditis bacteriana y efectuar hemocultivos repetidamente. ~~Las formas francas de endocarditis sólo ocasionalmente se implantan sobre las válvulas aórticas sifilíticas, localizándose por lo general sobre otras válvulas, reumáticas o normales.~~ — *J. González Videla*.

## PRESION ARTERIAL Y VENOSA

*PRESIONES SANGUINEAS EN LA COARTACION DE AORTA: ESTUDIO DE TRAZADOS DE PULSO TOMADOS POR EL METODO DIRECTO*,  
(*Blood pressures in aortic coarctation: study of pulse contours taken by the direct method*), R. A. Woodbury, E. E. Murphey y W. F. Hamilton. "Arch. Int. Med.", 1940, 65, 752.

En un caso de coartación de aorta, se hacen registros ópticos directos simultáneos de la presión sanguínea en arterias de los miembros superiores e inferiores. Las cifras tensionales fueron en el brazo 164 y 100 mm. y en la pierna 105 y 80 mm.

El esfigmograma registrado en las arterias por encima de la coartación fué de apariencia normal, en las arterias por debajo de la coartación fué muy plano, suave y con ligero retardo.

Durante la tos se produjo un aumento de la presión sistólica tanto por encima como por debajo de la coartación. Después de la inyección de adrenalina la presión ascendió en las arterias superiores y se elevó y luego decreció en las arterias

inferiores. La inhalación de nitrito de amilo produjo cambios generalmente opuestos a los producidos por la adrenalina. — *J. González Videla*.

*ESTUDIOS SOBRE LA PRESION ARTERIAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, INCLUYENDO EL EFECTO DEL EJERCICIO EN LA HIPERTENSION ESENCIAL, LA HIPOTENSION Y LOS SUJETOS NORMALES, (Blood pressure studies on university students, including the effect of exercise on essential hypertension, hypotension and normal subjects), E. A. Thacker. "Ann. Int. Med.", 1940, 19, 415.*

En 15.500 estudiantes de la Universidad de Illinois, clasificados en 3 grupos (normotensos, hipertensos e hipotensos) se investigó las modificaciones tensionales como consecuencia de una prueba de esfuerzo. Entre las conclusiones que formulan los autores de ese estudio, merecen destacarse las siguientes:

1) Antes de clasificar como hipertensa o hipotensa a una persona, debe efectuarse por lo menos 2 o 3 determinaciones tensionales, lo que permitirá eliminar el factor emocional, que tiene también una gran importancia en las respuestas a la prueba del esfuerzo.

2) Existe un factor hereditario en la regulación de la presión arterial; en cambio la intensidad del ejercicio físico o del trabajo no influye en la aparición de la hipertensión esencial.

3) La cantidad de alimentos parece ejercer influencia en la producción de la hipertensión arterial (en el grupo de los hipertensos había 2 veces y media más comilones que en los otros dos grupos estudiados). — *M. Joselevich*.

*DESARROLLO CORPORAL E HIPERTENSION, (Body build and hypertension), S. C. Robinson y M. Brucer. "Arch. Int. Med.", 1940, 66, 393.*

Se ha estudiado la relación existente entre el tipo constitucional y la presión arterial, en más de 3.500 personas de ambos sexos. Se comprobó en forma indudable que en los longilíneos predominaban los hipotensos mientras que entre los brevilíneos se observaba el mayor número de hipertensos. Esas características se manifestaban en los dos sexos y, en cuanto al aumento tensional en el transcurso de los años, predominaba también en las personas brevilíneas. — *M. Joselevich*.

*LA PRESION ARTERIAL MEDIDA DIRECTAMENTE EN LOS CASOS DE FIBRILACION AURICULAR, (Arterial blood pressure in cases of auricular fibrillation, measured directly), W. C. Buchbinder y H. Sugarman. "Arch. Int. Med.", 1940, 66, 625.*

En 8 casos de fibrilación auricular, uno de aleteo y otro con extrasístoles auriculares, se determinó la presión arterial mediante un procedimiento directo.

Cuando el ritmo era regular, las cifras eran también constantes, pero experimentaban grandes variaciones en el ritmo irregular y especialmente si se superponían extrasístoles. Esos resultados establecen en forma definitiva que es imposible obtener cifras seguras de la presión arterial mediante los métodos indirectos en los casos en que existe una acentuada irregularidad del pulso. — *M. Joselevich*.

*DISMINUCION DE LA PRESION ARTERIAL ELEVADA POR LA ADMINISTRACION DE EXTRACTOS RENALES*, (*Reduction of elevated blood pressure by administration of renal extracts*), A. Grollman, J. R. Williams y T. R. Harrison. "J. A. M. A.", 1940, 115, 1169.

Ciertos extractos renales preparados por los autores, administrados por boca a perros normales, no provocan un descenso de la presión arterial, pero en cambio disminuyen en parte la acción hipertensiva de la adrenalina inyectada posteriormente. Si los animales utilizados en las experiencias han sido previamente transformados en hipertensos, la administración oral o parenteral de esos extractos tiene por consecuencia un descenso franco y prolongado de las cifras tensionales.

Algunos enfermos han sido tratados en la misma forma, obteniéndose también un descenso de la presión arterial, tanto administrando la sustancia antipresora por vía oral como por la parenteral.

Los autores señalan el hecho de que la sustancia preparada por ellos difiere de las hasta ahora utilizadas, tanto por sus propiedades químicas como por su acción exclusiva sobre las presiones arteriales elevadas, dado que no tiene el mismo efecto si las cifras tensionales son normales. — *M. Joselevich*.

*HIPERTENSION (GOLDBLATT) Y NEFROESCLEROSIS MALIGNA UNILATERAL*, (*Hypertension (Goldblatt) and unilateral malignant nephrosclerosis*), O. Saphir y J. Ballinger. "Arch. Int. Med.", 1940, 66, 541.

Dos de los enfermos estudiados presentaron una acentuada hipertensión arterial provocada por lesiones arteriales con isquemia renal consecutiva unilateral. En ambos casos se produjo una insuficiencia renal, desencadenada por la insuficiencia cardíaca congestiva en uno de ellos y en el otro por una pielonefritis ascendente del riñón sano.

El riñón contralateral mostraba lesiones típicas de nefroesclerosis maligna, con modificaciones arteriolas de tipo necrótico, que los autores atribuyen a la hipertensión arterial y a la insuficiencia renal. El tercer caso tenía también lesiones arteriales en uno de los riñones, con isquemia renal e hipertensión consecutiva; no se observaron lesiones de arteriolonecrosis, por haber muerto el enfermo de una bronconeumonía intercurrente, faltando así el factor capaz de provocar el pasaje al periodo maligno, con insuficiencia renal consecutiva. — *M. Joselevich*.

*MODIFICACIONES ESTRUCTURALES EN LAS ARTERIOLAS DEL MIOCARDIO EN LA ENFERMEDAD ARTERIOLAR DIFUSA CON HIPERTENSION, GRUPO 4*, (*Structural changes in the arterioles of the myocardium in diffuse arteriolar disease with hypertension group 4*), H. M. Odel, "Arch. Int. Med.", 1940, 66, 579.

Estudio de 48 casos de hipertensión maligna, en los cuales se comprobó la presencia de lesiones en las arteriolas del miocardio. Dichas lesiones tenían una amplitud y distribución muy variables, no solamente en lo que respecta a los cambios histológicos observados en los distintos enfermos estudiados, sino también a los comprobados en un mismo enfermo, en una misma arteriola y aún en una misma rama de un vaso determinado.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

La hipertensión maligna es una enfermedad arteriolar difusa, a la que no escapa ninguno de los órganos sometidos al aumento tensional. Todavía no se conoce el motivo de la distribución aparentemente caprichosa de sus lesiones, las que predominan en uno u otro órgano según los enfermos y parecen progresar más lentamente en el miocardio. — *M. Joselevich.*

*LA MEDIDA DE LA PRESION VENOSA EN EL HOMBRE ELIMINANDO EL FACTOR HIDROSTATICO, (The measurement of venous pressure in man eliminating the hydrostatic factor), J. P. Holt. "Amer. J. Physiol", 1940, 130, 635.*

No existe acuerdo unánime respecto a la posición de la aurícula en el tórax. Diferentes autores señalan distintos puntos de referencia que, en algunos casos, están distantes unos de otros hasta 10 cms.

El autor ha buscado un método que le permita eliminar el factor hidrostático en la medida de la presión venosa. Determinó la presión venosa mediante el método de Moritz y Tabora en 10 sujetos normales en posición prona y supina analizando los distintos factores que intervienen en las lecturas.

Sugiere el siguiente método: Se mide la presión en la vena antecubital por el método directo, estando el sujeto en posición supina con el brazo extendido y en situación bien por debajo del centro del cuerpo y en abducción de alrededor de 45 grados. Se da vuelta al sujeto poniéndolo en posición prona y se mide nuevamente la presión con el brazo por debajo del centro del cuerpo y en abducción de 45 grados.

Las dos lecturas se refieren al nivel de la columna vertebral considerada como el cero. La suma de las dos presiones dividida por dos, corresponde a la presión venosa.

La presión venosa medida así varía entre 7.8 y 14.1 cms. de solución fisiológica con un 80% de los casos entre 7.8 y 12.1. — *E. Braun Menéndez.*

## VASOS

*ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA, (Dissecting aneurysm of the aorta), J. A. Reisinger. "Arch. Int. Med.", 1940, 65, 1097.*

Describe 4 casos de aneurisma disecante con examen necroscópico en uno de los cuales el diagnóstico fué hecho en vida. Dos casos fueron observados por periodos de 3 y 14 meses respectivamente.

La sintomatología de cada uno de los casos es analizada minuciosamente: en tres llamó la atención la ausencia del típico dolor, aunque en todos se hicieron presentes severos síntomas en forma abrupta.

La inexistencia de ruptura de la íntima en un caso sugiere que los cambios intiamurales pueden ser importantes como factor causal del aneurisma disecante. — *J. González Videla.*



*ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA CON ARTEROESCLEROSIS EXPERIMENTAL*, (*Dissecting aneurysm of the aorta with experimental arteriosclerosis*), Soma Weiss, T. D. Kinney y M. M. Maher. || *Am. J. Med. Sc.*", 1940, 200, 192.

Relatan tres casos de aneurisma disecante de la aorta con las siguientes particularidades de interés:

a) Curación completa del aneurisma disecante que no contribuyó a la causa del deceso.

b) Curso absolutamente silencioso en dos de los casos.

c) Formación de un nuevo canal aórtico competente desde el punto de vista funcional, con endotelio nuevamente desarrollado.

d) Presencia de lesiones ateromatosas en la íntima y en las capas más profundas de la pared del aneurisma disecante, avanzadas en un caso y suaves en los dos restantes.

e) Cuadro radiológico de la aorta en uno de los casos indicando un doble canal con paredes parcialmente calcificadas. — *J. González Videla*.

*OCCLUSION COMPLETA DE LA AORTA ABDOMINAL. UNA REVISION DE 7 CASOS*, (*Complete occlusion of the abdominal aorta. A review of seven cases*), H. Gross y B. Philips. "*Am. J. Med. Sc.*", 1940, 200, 203.

Analizan minuciosamente la sintomatología observada en 7 casos de oclusión completa de la aorta a nivel de su bifurcación y en un solo caso hallan el cuadro considerado como clásico. La variación en la fenomenología clínica puede imputarse a diferencias en la velocidad de progresión de la oclusión, presencia de una circulación colateral adecuada o desarrollo ulterior de una circulación anastomótica más eficiente. — *J. González Videla*.

*ARTERITIS DE LOS VASOS TEMPORALES: RELATO DE UN CASO*, (*Arteritis of the temporal vessels: report of a case*), J. M. Bowers. "*Arch. Int. Med.*", 1940, 66, 384.

El primer caso de esta entidad fué descrito en 1931 y desde entonces se han publicado algunos más (15 con el que se relata). Se trata de una lesión arterial diferente a las hasta ahora descritas, semejante a la de la periarteritis nudosa, de la que se distingue por la ausencia de aneurismas.

Su origen se ignora y su marcha no es inexorablemente fatal como la de la periarteritis nudosa. Sus síntomas principales son: cefálea intensa, persistente, con exacerbación nocturna; fiebre, sudores nocturnos, inapetencia, anemia, adelgazamiento, astenia; localmente se comprueba un alargamiento y tortuosidad de los vasos afectados, con zonas de hiperemia; formación de pequeños nódulos y ausencia parcial o total de latidos arteriales. — *M. Joselevich*.

*ESTUDIOS SOBRE LA CARDIOPATIA HIPERTENSIVA. IV. FACTORES EN LA PRODUCCION DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, (Studies in hypertensive heart-disease. IV. Factors in the production of congestive failure), D. D. Davis y M. J. Klainer. "Am. Heart J.", 1940, 20, 98.*

Se comparan los hallazgos anatómopatológicos de un grupo de casos con insuficiencia cardíaca congestiva, de los cuales 49 con hipertensión arterial y 25 sin ella.

En el grupo sin hipertensión arterial, el 90% presentaba marcada alteración de las arterias coronarias, el 76% mostraba oclusión de un tronco principal, y en el 56% de los casos se comprobó la existencia de infarto de miocardio.

En el grupo con hipertensión arterial, sólo el 53% presentaba marcada alteración coronaria, el 33% oclusión de un tronco principal y el 20% infarto de miocardio.

Comparando estos resultados se deduce que, al menos en el 40% de los casos, otros factores ajenos a las afecciones de las arterias coronarias desempeñan un papel importante en la génesis de la insuficiencia congestiva de la hipertensión arterial. — *R. Vedoya.*

## TERAPEUTICA

*ESTUDIOS SOBRE GLUCOSIDOS DIGITALICOS PURIFICADOS. I. POTENCIA Y DOSIFICACION DE LA "DIGITALINA NATIVELLE" ADMINISTRADA POR VIA ORAL AL HOMBRE, (Studies on purified digitalis glucosides. Potency and dosage of "Digitaline Nativelle" by oral administration in man), H. Gold, N. T. Kwit y McKeen Cattell. "J. Pharmacol. and exp. Therap.", 1940, 69, 177.*

Se ha comprobado que dos preparaciones de glucósidos purificados pueden tener la misma potencia cuando probados en animales (gato o rana) y sin embargo ser uno más potente que el otro cuando probados en el hombre. El objeto de este estudio fué comparar la acción de la digitalina Nativelle y de la hoja de digital en el hombre. El estudio fué realizado en 49 enfermos. El método empleado para apreciar el grado de acción de los digitálicos en el hombre consistió en la observación de las modificaciones del segmento S-T en el electrocardiograma de pacientes con ritmo sinusal o la disminución de frecuencia ventricular en aquellos con fibrilación auricular.

La digitalina Natvelle es 200 veces más potente (a igual peso) que el polvo de hoja de digital si se la ensaya en el gato o rana, pero 800 veces más potente si se las compara en el hombre administradas por vía oral. Se requieren 6 a 12 unidades gato de polvo de hoja para producir los efectos de 1 unidad gato de digitalina Nativelle.

Se puede administrar diariamente 0.1 a 0.2 mgr. (0.25 a 0.5 unidades gato) de digitalina Nativelle durante semanas sin que aparezcan síntomas tóxicos. La digitalización completa hasta un punto límite con la aparición de síntomas tóxicos se obtiene administrando 1 a 1.25 mgr. de digitalina en una vez (2.4 a 3

unidades gato) mientras que con el polvo de hoja se requieren alrededor de 25 unidades gato. La relación entre acción tóxica y acción terapéutica se similar para la hoja de digital y la digitalina Nativelle. — *E. Braun Menéndez*

*OBSERVACIONES SOBRE EL EFECTO DE LA CORAMINA EN CIERTOS ESTADOS CARDIACOS, (Observations upon the effect of coramine in certain cardiac states), W. D. Strodu. "Ann. Int. Med.", 1940, 19, 361.*

La coramina es capaz de actuar sobre ciertos tipos de respiraciones anormales que se observan en los cardíacos, siendo dicha acción rápida y breve cuando se la administra por vía endovenosa, menos rápida pero más duradera al aplicarla en inyecciones subcutáneas y mucho menos marcada si se la suministra por boca.

Esta acción parece depender de una estimulación de los receptores respiratorios, ejercida central o periféricamente por la coramina como agente químico. — *M. Joselevich.*

