

ANALISIS DE REVISTAS

PATOLOGIA

INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS ANCIANOS (Heart failure in the aged), "British H. J.", 1944, 6, 20.

Se estudia la insuficiencia cardíaca de 75 ancianos, comprendidos entre los 62 y 92 años de edad; no había ningún caso de cardiopatía congénita ni reumática y el único con sífilis cardiovascular era el menor de todos.

La causa más frecuente de la insuficiencia cardíaca fué la hipertensión arterial y las lesiones coronarianas, aunque en algunos casos desempeñó también un papel importante la "toxemia miocárdica", determinada por una neumonía u otros cuadros infecciosos. En 13 de los 75 casos no se pudo determinar el origen de la insuficiencia cardíaca, destacando este hecho los autores y señalando que no había argumentos suficientes para atribuir el cuadro a causa alguna. — *M. Joselevich.*

INSUFICIENCIA CIRCULATORIA DEBIDA A DEFICIENCIA DE VITAMINA B. (*Circulatory failure due to vitamin B deficiency*), A. Schott. "British H. J.", 1944, 6, 27.

Se refieren 3 casos de insuficiencia cardíaca por deficiencia de vitamina B₁; dos en alcoholistas y el tercero en una persona con brucelosis sometida a dieta deficiente. Las manifestaciones clínicas desaparecieron con la administración de la vitamina B₁.

Se reproducen los electrocardiogramas de los 3 casos y su evolución paralela a la mejoría clínica: en uno de los casos se observó un marcado aumento del espacio Q-T, con T₁ amplia y "en cúpula" y T₃ negativa; en el segundo caso existían modificaciones del segmento R-T y en el tercero una onda T de dimensiones desmesuradas en todas las derivaciones menos en la 1^a. — *M. Joselevich.*

EL CORAZON EN LA MIOTONIA ATROFICA (The heart in mytonia atrophica), W. Evans. "British H. J.", 1944, 6, 41.

Se refiere el resultado del examen del aparato circulatorio en 13 personas afectadas de miotonía atrófica.

Los resultados más variables fueron los suministrados por la exploración radiológica (el corazón aparecía de tamaño normal en 5 casos, pequeño en 4, ligeramente agrandado en 2 y moderadamente aumentados en los otros 2).

El examen clínico mostró: pulso pequeño y a veces lento, presión arterial a veces baja y primer tono mitral impuro o redoblado. El electrocardiograma: espacio P-R prolongado, P baja y QRS mellada. Cuando el espacio P-R estaba prolongado, se observaban modificaciones concomitantes de los tonos cardíacos (desdoblamiento del primer tono, ritmo a 3 tiempos) y agrandamiento cardíaco en relación proporcionada a la magnitud de dicho espacio. — *M. Joselevich.*

EL ELECTROCARDIOGRAFIA

HECHOS ELECTROCARDIOGRAFICOS ASOCIADOS CON HIPERTIROIDISMO (*Electrocardiographic features associated with hyperthyroidism*), G. Gordan, M. H. Soley y F. C. Chamberlain. "Arch. Int. Med.", 1944, 73, 148.

En 168 pacientes con hipertiroidismo, 61 mostraron electrocardiogramas anormales, imputables exclusivamente a la causa precitada. En 4 casos existía un grado significativo de arritmia sinusal, en 6 extrasístoles ventriculares, en uno extrasístoles auriculares, en 5 fibrilación auricular paroxística, en 15 fibrilación auricular crónica, en 7 bloqueo a-v simple o parcial, en 39 melladura de la onda P, en 7 anormal ensanchamiento de la P en I ó II, en 2 excesiva altura de la onda P, en uno bifasismo de la P, en 23 anomalidades, especialmente aplanamiento, de T₁, en 22 alteraciones de T₂ y en 12 anomalías de T₁ y T₂. Tratado el hipertiroidismo, desaparecieron las anomalidades de T en 14 de 17 pacientes y la fibrilación auricular en 7 de 8 pacientes. — J. González Videla.

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DESPUES DE PERDIDAS AGUDAS DE SANGRE (*Electrocardiographic changes after acute loss of blood*), D. Scherf y S. D. Klotz. "Ann. Int. Med.", 1944, 20, 438.

En 14 de los 15 casos de hemorragias gástricas profusas estudiados, se observaron modificaciones electrocardiográficas, tanto inmediatamente como al día siguiente del episodio, las que desaparecían entre 2 y 9 días después. Lo primero y más constante en aparecer fué una depresión de la onda T; más tardíamente se manifestaban: desaparición y aplanamiento de dicha onda y depresión del segmento S-T.

Esas modificaciones, que aparecieron también en 2 de otros 3 casos de hemorragia de origen diferente, eran independientes del shock, la anemia y el tenor de hemoglobina de la sangre y fueron así mismo observadas en 8 de 33 flebotomías. En su producción intervendría el espasmo de las coronarias como parte del espasmo general de las arteriolas que tiende a compensar por vía refleja las consecuencias de la pérdida sanguínea.

Su conocimiento es indispensable para diferenciar las hemorragias' internas con síntomas cardiacos de los casos de trombosis coronariana y de embolia pulmonar. — M. Joselevich.

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

ARTERIOESCLEROSIS CORONARIANA FATAL EN SOLDADOS JOVENES (*Fatal coronary arteriosclerosis in young soldiers*), A. J. French y W. Dock. "J.A.M.", 1944, 124, 1233.

Se estudiaron 80 casos de muerte por enfermedades coronarianas en soldados cuya edad oscilaba entre los 20 y los 36 años. En el 10 por ciento de los casos el ataque o la muerte súbita se produjo durante el sueño, aunque el 50 por ciento de las crisis fatales sobrevino a raíz de grandes esfuerzos.

La arterioesclerosis fué demostrada en todos los casos y la trombosis coronaria en el 36 por ciento; en el 59 por ciento de las autopsias se halló placas miocárdicas antiguas e infartos recientes en el 19 por ciento.

El efecto del tabaco no pudo ser establecido, así como tampoco se demostró predisposición racial alguna. El único factor común fué la obesidad, discreta o franca, dado que 73 de los 80 casos mostraron un peso mayor que el normal. — *M. Joselevich.*

ENFERMEDADES CARDIACAS DE ORIGEN CORONARIO: ANGINA DE PECHO, INSUFICIENCIA CORONARIA AGUDA Y OCLUSION CORONARIA (*Coronary heart disease: angina pectoris, acute coronary insufficiency and coronary occlusion*), A. M. Master. "Ann. Int. Med.", 1944, 20, 661.

Angina de pecho, insuficiencia coronaria aguda y oclusión coronaria son tres entidades distintas que poseen una base anatómopatológica, clínica y electrocardiográfica propia.

Por *angina de pecho* se entiende la aparición de un dolor precordial de origen coronario, provocado por el esfuerzo, el frío, la comida, la excitación, etc., sin modificaciones de la eritrosedimentación, sin descenso tensional, con pocas o ninguna variaciones del electrocardiograma y que desaparece con la nitroglicerina. Se debe a la isquemia transitoria del miocardio y no se acompaña de lesiones agudas del mismo.

La *insuficiencia coronaria aguda* es un síndrome más severo de isquemia con lesiones de necrosis focal diseminada en el subendocardio y músculos papilares. Los síntomas y signos son menos severos que en el "infarto", pudiendo existir ligero grado de fiebre, leucocitosis y aceleración de la eritrosedimentación. Puede determinar la muerte y presenta modificaciones del electrocardiograma caracterizadas por la depresión del segmento RS-T e inversión de las ondas T, que desaparecen generalmente al cabo de pocos días. Es provocada por la intervención de un factor precipitante que disminuye el flujo coronario o aumenta el trabajo cardíaco o el requerimiento de oxígeno del miocardio.

La *oclusión coronaria* se debe a la producción de un coágulo con obturación completa y definitiva de la luz arterial. No es provocada ni influida por los factores precipitantes de la "angina de pecho" y la "insuficiencia coronaria aguda" y presenta el cuadro clínico y electrocardiográfico característico ya bien conocido, que permite diferenciarla de los otros dos síndromes. La nitroglicerina es aquí ineficaz o perjudicial. — *M. Joselevich.*

ESTUDIOS SOBRE EL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (*Studies in acute myocardial infarction*), S. Baer y H. Frankel. "Ann. Int. Med.", 1944, 20, 108 y 115.

I. *El cuadro clínico y el diagnóstico.* — En 378 casos de infarto del miocardio se comprobó una mayor incidencia en los varones (la proporción con respecto a las mujeres era de 3 a 1), siendo la edad media de su aparición más avanzada en las mujeres (61 años) que en los varones (56).

ANÁLISIS DE REVISTAS

El síntoma más frecuente fué el dolor (90 por ciento de los casos); la disnea se observó sólo en el 76 por ciento y la cianosis en menos de la mitad. Entre los signos, el frote sólo se observó en el 12 por ciento de los enfermos, la fiebre en el 66 por ciento y la taquicardia (más de 100 pulsaciones por minuto) en el 47 por ciento.

En la mitad de los casos, los enfermos ingresaron en el "Jewish Hospital" de Filadelfia, con el diagnóstico de infarto; en un 20 por ciento no se había pensado en una afección cardíaca. La mortalidad fué mayor en las personas de más edad y en las mujeres; en éstas también eran más frecuentes la insuficiencia cardíaca y la hipertensión.

II. *El laboratorio como ayuda para el diagnóstico.* — En el 94 por ciento de los 321 casos en que se lo obtuvo el electrocardiograma sirvió para efectuar el diagnóstico. En el 95 por ciento de los 180 enfermos en que fué efectuada, la eritrosedimentación estaba acelerada y existía una leucocitosis de más de 10.000 elementos en el 74 por ciento de los 274 casos en que se practicó el recuento globular.

En 289 casos se determinó la glucemia: en 94 enfermos se comprobó una hiperglucemia, aunque 34 de ellos sabían que eran diabéticos. — *M. Joselevich.*

INFECCIOSAS

EL PAPEL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA EN LA PRODUCCION DEL EDEMA DE LA GLOMERULONEFRITIS AGUDA (The rôle of congestive heart failure in the production of the edema of acute glomerulonephritis), J. S. La Due. "Ann. Int. Med.", 1944, 20, 405.

En 12 enfermos con glomerulonefritis aguda y edemas se comprobó dilatación cardíaca y aumento de la presión venosa; 9 de ellos presentaban además síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva. La velocidad circulatoria era normal o baja en 11 de los 12 enfermos y en igual número de casos existía un segundo tono acentuado en el foco pulmonar, que podría indicar un aumento de la presión a nivel del pequeño círculo.

En 7 de 8 de los enfermos no tratados con digital el descenso de la presión arterial constituyó el primer signo de mejoría de la función cardíaca; la presión venosa descendió después, así como fué también posterior la desaparición de los edemas. El volumen diastólico del corazón disminuyó mucho al restablecerse la compensación cardíaca y fué todavía menor al cabo de 2 a 4 semanas de la desaparición de la insuficiencia del órgano. — *M. Joselevich.*

LA LESION RENAL EN LA FIEBRE REUMÁTICA (The renal lesion in rheumatic fever), R. L. Hutton y C. R. Brown. "Ann. Int. Med.", 1944, 20, 85.

En ninguno de los 1622 casos de fiebre reumática atendidos en el "Lincoln Hospital" de Nueva York durante los últimos 14 años se efectuó el diagnóstico clínico de nefritis reumática. De 3000 autopsias efectuadas, 153 mostraron al

reumatismo cardíaco como causa principal de la muerte; en sólo 4 de esas autopsias se halló una lesión renal (3 de glomerulitis focal y arteritis y 1 con lesión vascular difusa obliterante) coincidiendo con reumatismo cardíaco activo y nódulos de Aschoff en el miocardio.

Se comentan las distintas opiniones formuladas sobre las lesiones renales reumáticas y su relación con la endocarditis maligna, la periarteritis nudosa, las lesiones generalizadas de los endotelios vasculares, las lesiones coronarias reumáticas, etc. — *M. Joselevich*.

CONSECUENCIAS ALEJADAS DEL EMBARAZO SOBRE LAS CARDIOPATIAS REUMATICAS (*The ultimate effect of pregnancy on rheumatic heart disease*), N. H. Boyer y A. S. Nadas. "Ann. Int. Med.", 1944, 20, 99.

Este trabajo no estudia los peligros inmediatos del embarazo en las mujeres cardíacas, sino su repercusión alejada sobre la duración de la vida de esas enfermas. La comparación del término medio de vida de un grupo de multíparas con otro de nulíparas y un tercero de varones afectados de cardiopatías reumáticas de distintos tipos, permite afirmar a los autores que el embarazo no afecta la evolución de esas cardiopatías. Igualmente permite establecer el examen necrópico, dado que no se hallaron mayores diferencias en la hipertrofia cardíaca de las nulíparas y multíparas afectadas de cardiopatías reumáticas semejantes, lo que indicaría que el aumento del trabajo del corazón que ocasionan el embarazo y la maternidad no tiene gran influencia sobre la magnitud de dicha hipertrofia. — *M. Joselevich*.

EL DESARROLLO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN CARDIOPATIAS CONGENITAS (*The development of pulmonary tuberculosis in congenital heart disease*), O. Auerbach y M. G. Stemmerman. "Am. J. Med. Sc.", 1944, 207, 219.

Durante el curso de 1545 exámenes de individuos tuberculosos, encuentran 13 casos de cardiopatía congénita (0.4%), de los que en siete pudo realizarse un examen necrópico. En todos estos últimos existía una estenosis pulmonar, asociada en cinco de ellos con los otros componentes de la tetralogía de Fallot. De los seis casos sin necropsia, tres también presentaban clínicamente una estrechez pulmonar, uno tenía un conducto arterioso permeable y los otros dos padecían una cardiopatía congénita cianótica sin evidencia de estenosis pulmonar. Es, pues, evidente que la tuberculosis pulmonar se presenta con suma frecuencia en los sujetos portadores de estrechez pulmonar congénita.

El curso clínico de la afección bacilar es típico e independiente de la cardiopatía. Dado que la suficiencia miocárdica no es afectada por el proceso pulmonar y que la muerte sobrevino en todos los pacientes a consecuencia de este último, se recomienda el tratamiento activo de la lesión bacilar; así, cuando el reposo es insuficiente para impedir la progresión de la infección tuberculosa o no permite realizar el cierre cavitario, debe ser complementado con colapsoterapia, a pesar de la existencia de la cardiopatía. — *J. González Videla*.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

INFLUENCIA DE LA RESPIRACION SOBRE LA PRESION SANGUINEA EN EL HOMBRE CON UNA NOTA SOBRE ONDAS VASOMOTORAS (*Influence of respiration on blood pressure in man, with a note on vasomotor waves*), A. Battro, R. González Segura, C. A. Elicabe y E. Araya. "Arch. Int. Med.", 1944, 73, 29.

Estudian las relaciones entre la presión arterial y los diferentes tipos respiratorios y trazados obtenidos durante la apnea siguiendo a una espiración normal y a una inspiración profunda. En un total de 15 sujetos obtienen 40 registros de presión intra-arterial con trazados neumográficos simultáneos a fin de estudiar las ondas respiratorias.

Bajo condiciones normales existen en el hombre dos tipos principales de ondas respiratorias:

1) Las ondas vasomotoras, caracterizadas por su baja frecuencia y su independencia de los movimientos respiratorios, aparecen durante la respiración normal o durante breves períodos de apnea, volviéndose en este último caso más claras y frecuentes.

2) Las ondas respiratorias se caracterizan por ser sincrónicas con los movimientos respiratorios.

En 7 sujetos no se observaron modificaciones respiratorias de la presión arterial durante la respiración ordinaria. En 9 se produjo un aumento en las presiones sistólica y diastólica durante la espiración y en 3 una caída tensional durante la misma fase. Lo contrario ocurrió en inspiración.

Con respiración profunda se registró generalmente un descenso de presión arterial durante la inspiración y un ascenso durante la espiración y la pausa respiratoria.

Un aumento tensional durante la inspiración es probablemente debido a la predominancia del factor de presión negativa intratorácica y positiva abdominal que favorece el retorno venoso al corazón y por ende la descarga sistólica del ventrículo. Un aumento en la presión arterial durante la espiración permite suponer la predominancia del factor pulmonar con el consiguiente aumento del retorno venoso al corazón.

El registro de la curva de presión arterial durante la apnea inspiratoria muestra que las tensiones sistólica y diastólica caen gradualmente en los primeros 3 a 5 segundos, aumentando luego progresivamente hasta el fin de la apnea y retornando a su nivel original en cuanto la respiración es reanudada.

Los cambios iniciales pueden ser explicados especialmente por el bloqueo del retorno venoso al corazón que ocasiona una disminución de la descarga sistólica, los cambios que siguen por un fenómeno reflejo debido a estimulación de los centros vasomotores.

En la apnea que sigue a una espiración ordinaria se observa un suave descenso tensional en los primeros segundos, atribuible a la eliminación por el paro respiratorio del factor tóracodiafragmático que reduce el aflujo venoso al corazón y disminuye la oleada sistólica; luego se produce un aumento pro-

gresivo en la tensión, explicable por la excitación de los centros vasomotores por la defectuosa oxigenación de la sangre arterial o por acumulación de anhídrido carbónico.

Durante la prueba de Valsalva la curva de la presión arterial muestra alguna similitud con la de la apnea inspiratoria.

La presión intra-arterial fué también estudiada durante la tos, comprobándose que asciende a veces a niveles muy altos. — *J. González Videla.*

FRAGILIDAD CAPILAR EN RELACION A LA DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION Y EDAD, (Capillary fragility in relation to diabetes mellitus, hypertension and age), S. B. Beaser, A. Rudy y A. M. Seligman. "Arch. Int. Med.", 1944, 73, 18.

Tras de ensayar varios métodos para medir la fragilidad capilar, comprueban que el de Wright es el que suministra informaciones más fidedignas. Con él investigan la fragilidad capilar en 54 diabéticos adultos (15 con hipertensión) y 64 no diabéticos (21 con hipertensión), comprobando una mayor incidencia de aquélla en los pacientes diabéticos. Evidenciaron además un aumento de la fragilidad capilar todos los hipertensos diabéticos, el 53% sin diabetes, el 54% de los diabéticos no hipertensos y el 24% de los sujetos sin hipertensión ni diabetes. Durante la 5ª y 6ª décadas de vida era mayor la incidencia de una aumentada fragilidad vascular. — *J. González Videla.*

EFFECTOS DE LA NEFRECTOMIA UNILATERAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION. UNA EVALUCION, (Effects of unilateral nephrectomy in treatment of hypertension. An evaluation), W. Sensenbach. "Arch. Int. Med.", 1944, 73, 122.

Comentan cuatro casos personales y 75 casos de la literatura en los que realizóse una nefrectomía unilateral como tratamiento de la hipertensión arterial. En el 48% de los casos publicados una pielonefritis crónica fué la condición patológica encontrada en el riñón extirpado. En los otros casos fué neoplasma renal, tuberculosis, cálculos y pielonefritis asociada, infarto renal, etc. Considerando que un plazo de dos años es el mínimo para poder juzgar como permanente al descenso tensional, sólo 5 de los 75 casos llegaron a curar, 19 normalizaron su cifra tensional pero no fueron seguidos durante el lapso indicado, 23 redujeron su presión sin llegar a una cifra normal y los 28 restantes no sufrieron modificación alguna.

De los cuatro casos personales, en dos no se modificó la presión arterial, en uno se elevó a cifras por encima del nivel preoperatorio y en otro se normalizó en forma definitiva.

Debe, por lo tanto, seleccionarse cuidadosamente los casos pues la intervención puede aumentar la severidad de la hipertensión, investigar prolijamente la función de cada riñón por separado y tener muy en cuenta la edad del paciente y la duración de la hipertensión para la selección de los casos. — *J. González Videla.*

EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION: COMPARACION DE LA MORTALIDAD EN LOS CASOS TRATADOS MEDICA Y QUIRURGICAMENTE, (*The treatment of hipertension: comparison of mortality in medically and surgically treated cases*), N. Flaxman. "Ann. Int. Med.", 1944, 20, 120.

En un total de 244 enfermos seleccionados de hipertensión arterial en personas menores de 50 años, seguidos entre 5 y 10 años y sometidos a tratamiento médico, se observó una mortalidad de 77 casos, o sea del 31%. Esas cifras son similares a las de estudiados en igual forma por otros autores y sometidos al tratamiento quirúrgico: la mortalidad fué en ellos del 30,5% (350 casos).

En vista de ello, el autor sostiene que resulta dudoso que el tratamiento quirúrgico modifique el curso y pronóstico de la hipertensión arterial. — *M. Joselevich.*

EXTIRPACION QUIRURGICA DE UN ADENOMA SUPRARRENAL CON MEJORA DEL SINDROME DE CUSHING, (*Surgical removal of adrenal adenoma with relief of Cushing syndrome*), S. F. Wilhelm y S. Cross. "Am. J. Med. Sc.", 1944, 207, 196.

Comentan el caso de un hombre de 46 años de edad que presentaba un clásico síndrome de Cushing. Los estudios pielográficos hicieron sospechar un neoplasma de la corteza suprarrenal, confirmándose el diagnóstico con la insuflación perirrenal y la laminografía. En la intervención quirúrgica se extirpó una gran adenoma encapsulado de la glándula suprarrenal derecha; el postoperatorio inmediato fué accidentado pero pronto el paciente mejoró en forma absoluta y perdió todos los estigmas de su primitiva enfermedad, sintiéndose bien aún después de 16 meses de practicada la intervención.

El tratamiento en el postoperatorio orientóse hacia la prevención de insuficiencia córtico-suprarrenal. Se administró extracto de corteza suprarrenal, desoxicorticosterona e infusiones salinas, utilizándose como guía importante la lectura de las cifras tensionales. Cuando la presión arterial descendía por debajo de 100 mm., la inyección de extracto córticosuprarrenal se mostró notablemente eficaz. — *J. González Videla.*

TERAPEUTICA

LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA MERCUPURINA ADMINISTRADA ORALMENTE, (*The effectiveness and safety of mercupurin administered orally*), R. C. Batterman, A. C. De Graff y J. E. McCormack. "J.A.M.A.", 1944, 124, 1243.

El efecto de los diuréticos mercuriales administrados por vía oral se estudió en 42 enfermos (32 hospitalizados y 10 ambulatorios), obteniéndose buenos resultados con pocas molestias de orden tóxico.

Los autores aconsejan utilizar las dosis siguientes: cuando se requiere una

diuresis mayor (enfermos hospitalizados), una dosis inicial de 5 tabletas; cuando se desea un aumento menos rápido de la diuresis, 2 tabletas 3 veces por día durante 2 a 3 días. En los ambulatorios, comenzar con 1 tableta 3 veces al día, repitiendo esa dosis si es necesario sin sobrepasar los 4 días de tratamiento; aumentar a 2 tabletas por dosis en un segundo ensayo, si la primera tentativa fracasa.

La cura de sostenimiento con dosis diarias no es aconsejable; debe preferirse la repetición de las primeras dosis, durante 2 a 4 días y con intervalos no menores de otros 4 días. — *M. Joselevich.*

TERAPEUTICA COMBINADA DE HEPARIDINA Y QUIMIOTERAPIA EN LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA, (Combined heparin and chemotherapy in subacute bacterial endocarditis), L. N. Katz y S. R. Elek. "J.A.M.A.", 1944, 124, 149.

Se administró la heparina combinándola con distintos tipos de compuestos (sulfonamidas solas o combinadas con derivados arsenicales a grandes dosis). En uno de esos 4 casos la administración de la heparina a grandes dosis y en forma continua por vía endovenosa se mantuvo durante 6 meses sin inconvenientes. En cambio en otros 2 casos aparecieron signos de hemorragia cerebral en el curso de dicho tratamiento. Los 4 enfermos padecían de una endocarditis bacteriana subaguda determinada por el estreptococo viridans.

El tratamiento de referencia fracasó en todos los casos, en vista de lo cual y teniendo también en cuenta los malos resultados relatados por otros autores, se deduce que la terapéutica de la endocarditis bacteriana subaguda mediante la administración de la heparina debería ser abandonada. — *M. Joselevich.*

TERAPEUTICA DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA CON EL USO COMBINADO DE LA PENICILINA Y HEPARINA, (Combined penicillin and heparin therapy of subacute bacterial endocarditis), L. Loewe, P. Rosenblatt, H. J. Greene y M. Russell. "J.A.M.A.", 1944, 124, 144.

Se refieren 7 casos tratados con éxito mediante la combinación penicilina-heparina (6 de E.B.S., desarrollada sobre lesiones reumáticas y 1 sobre una malformación cardíaca). Aunque los autores reconocen que debe transcurrir todavía mucho más tiempo antes de que la observación de esos enfermos, permite afirmar hasta qué punto ha actuado la mencionada terapéutica, destacan el buen resultado inmediato (esterilización de la sangre, buen estado general, desaparición de las manifestaciones clínicas y perfecta tolerancia de la medicación). El germen fué individualizado en todos los casos (en 5 era el estreptococo viridans y en los otros 2, el estreptococo hemolítico y el neumococo). — *M. Joselevich.*

LA DOSIS OPTIMA DE LOS DIURETICOS MERCURIALES, (The optimal dose of mercurial diuretics), W. Modell. "Ann. Int. Med.", 1944, 20, 265.

Se estudió el efecto de los diuréticos mercuriales en 37 enfermos ambulatorios con insuficiencia cardíaca congestiva. Se demostró que las dosis muy pequeñas no tienen efecto diurético de importancia, pero que resulta más eficaz administrar la dosis de 2 c.c. en dos inyecciones de 1 c.c. cada una por semana, que darla en una sola inyección semanal de 2 c.c. Procediendo en esa forma, se obtiene una diuresis que resulta ser de un 60% mayor por cada centímetro cúbico.

De los casos estudiados se deduce que administrando 2 inyecciones semanales de 1 c.c. en lugar de una sola de 2 c.c. se obtiene una diuresis total en un 20% mayor. Agregando cloruro de amonio, esa diuresis aumenta todavía en un 15%. No hay diferencia de efectos entre las vías endovenosa e intramuscular, siendo esta última poco peligrosa. Con el procedimiento indicado se obtiene mayores beneficios con menores molestias y riesgos — *M. Joselevich.*