

nonucleosis infecciosa, complicaciones de parotiditis (orquitis, etc.), púrpura y cáncero-meningitis, fiebre reumática aguda, hepatitis, triquinosis e incluso en el caso de severos efectos tóxicos de la medicación (especialmente penicilina). La base de la medicación esteroide es la administración de grandes dosis durante breves períodos de tiempo, con lo cual se evita la aparición de efectos secundarios y se consiguen mejores resultados.

### Tratamiento de la acidosis respiratoria

ESSAI D'UN INHIBITEUR DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE LE DICHLORPHENAMIDE, DANS LE TRATEMENT DE L'ACIDOSE RESPIRATOIRE. De Strihou, Van I., L. Brasseur, A. Charlier, J. Tremouroux y F. Lavenne. *Acta Clin. Belg.* 15: 127, 1960.

En 6 enfermos con hipoventilación pulmonar sin síntomas de insuficiencia ventricular derecha (5 enfisema y 1 síndrome de Pickwick) emplean la Diclorofenamida a la dosis de 150 mgr. diarios durante 10 días.

Estos enfermos han estado hospitalizados durante un mes o más y sometidos a un régimen de sodio constante. Les han seguido antes, durante y después del tratamiento las siguientes determinaciones: sedimento en orina, electrolitos en sangre y orina, el  $\text{CO}_2$  total, el pH, los gases de la sangre, la ventilación global y la ventilación alveolar.

Observan que a la hora de la administración del producto hay aumento de la diuresis y en orina del sodio, potasio y los bicarbonatos y sube también el pH, análogo a lo que se ha descrito por la Acetazolamida. Sin embargo su efecto es más intenso y duradero, pues a los diez días de tratamiento la natriuria y la kaliuria permanecieron elevadas sin notar efecto clorurético importante.

Desde el punto de vista sanguíneo, la Diclorofenamida produce una disminución del  $\text{CO}_2$  total y a veces del pH, con hipercloremia; no modifica la natremia ni kalemia. En cuatro de estos seis enfermos tratados la retención de  $\text{CO}_2$  ha disminuído, esta disminución de la  $\text{pCO}_2$  acompañada de un aumento de la saturación oxihemoglobínica no ha podido atribuirse en todos los casos a un aumento de las ventilaciones global y alveolar. El mecanismo de acción sobre los gases de la sangre se desconoce en la actualidad.

Estos dos últimos pacientes como los otros cuatro, han mejorado subjetivamente, pero no se ha registrado una disminución de la  $\text{pCO}_2$  y se ha agravado la acidosis respiratoria.

Concluyen diciendo que la Diclorofenamida puede emplearse en las hipoventilaciones alveolares, en particular en los enfisematosos graves con cor pulmonale crónico e insuficiencia ventricular derecha a la dosis de 100 a 150 mgr. diarios durante una semana o dos. Este tratamiento se hará con conocimiento y control regular del pH y reserva alcalina, en particular en las acidosis respiratorias agudas fuertemente descompensadas.

### Infarto de miocardio y trastornos del ritmo

HERZINFARKT UND RHYTHMUSSTÖRUNGEN. Heinecker, Von R. y F. Walbeck. *Dtsch. Med. Wschr.* 85: 1483, 1960.

Los autores en 619 enfermos de infarto de miocardio reciente encuentran en 302 trastornos del ritmo evidenciados por ECG. Dan un pronóstico del infarto en relación con los trastornos del ritmo y así: las arritmias lo empeoran con frecuencia de modo considerable; las taquicardias desfavorable sobre todo las de frecuencia superior a 135/m.; igualmente

la fibrilación auricular con arritmia completa y en especial el bloqueo aurículo-ventricular total; los extrasístoles si no son muy frecuentes y los bloqueos aurículo-ventriculares parciales no lo influyen considerablemente; las bradicardias comprendidas entre 40 y 60/m es más favorable que en las de frecuencia superior a 60/m, la «marcha pausada» del corazón parece ser necesaria para la curación del infarto. Observan que en los últimos años ha disminuído la letalidad de enfermos con infarto de miocardio y en particular los que se acompañan de trastornos del ritmo, lo que atribuyen a la terapéutica anticoagulante y al más eficaz tratamiento del colapso.

Los trastornos del ritmo que acompañan al infarto son por orden de frecuencia: taquicardia sinusal, la bradicardia sinusal, le siguen los extrasístoles ventriculares, a continuación, la fibrilación auricular con arritmia completa, y con igual frecuencia, los bloqueos aurículo-ventriculares parciales (de 1.º y 2.º) y el bloqueo aurículo-ventricular total. Otros trastornos del ritmo son raros.

En relación con la edad encuentran que el infarto de miocardio es más frecuente entre los 45 y los 69 años. Por encima de los 60 son más frecuentes los trastornos del ritmo que no les hace suponer una mayor letalidad por infarto. Son más raros los trastornos del ritmo en los pequeños infartos que en los extensos pudiendo presentarse en cualquier localización. Comparan los dos tipos más frecuentes de infarto y encuentran que los de pared anterior y punta se acompañan frecuentemente de taquicardia sinusal y fibrilación auricular con arritmia completa, mientras que en el de pared posterior son más frecuentes la bradicardia y arritmia sinusales y más raros el ritmo nodal superior, los extrasístoles supraventriculares y los bloqueos aurículo-ventriculares.

### Cardiopatías congénitas y embarazo

Espino Vela, J., R. García Madrigal, R. Pérez Martín y C. González. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 30: 117, 1960.

Los autores estudian 117 enfermas con cardiopatía congénita analizando los efectos de la malformación antes y durante el embarazo o embarazos que presentaron las pacientes en alguna época de su vida. Encuentran que el curso del embarazo en estas enfermas depende del grado de sobrecarga que el nuevo estado origina considerando que la gestación viene a tener el efecto de una fístula arteriovenosa que suma su acción a la de la malformación. Si existe cardiopatía con corto-circuito arteriovenoso, la sobrecarga se debe a un factor volumétrico por el aumento del flujo a través del pequeño circuito procedente de las cavidades izquierdas. Si se suma un factor mecánico por aumento de la presión intracavitaria, la malformación puede descompensarse apareciendo la insuficiencia. Por el contrario, si existe cardiopatía con corto-circuito veno-arterial, la tolerancia del corazón al embarazo está en relación con el grado de anoxia que la malformación por sí misma ocasiona. En los casos de cardiopatía con obstáculo al vaciamiento ventricular, el pronóstico está determinado por el grado de hipertensión en el ventrículo sobrecargado, encontrando buena tolerancia a la malformación de este tipo en las enfermas estudiadas en contraste con la opinión de otros autores que señalan el mayor riesgo para los casos en los que se encuentra este tipo de cardiopatía. Sin embargo, en la coartación aórtica los peligros se deben fundamentalmente a los efectos de la hipertensión arterial sobre los vasos (ruptura aórtica, aneurisma disecante, aneurisma cerebral) más que sobre el miocardio. En los casos en que no existe corto-circuito ni hipertensión, el pronóstico es bueno. La cardiopatía sólo influye excepcional-