

Patogénicamente tienen interés depósitos de mucroproteínas en las paredes de los vasos, que conducen a necrosis mesenquimatosas y calcificaciones de la elástica. (Zischka).

El infarto de miocardio agudo mortal

DER AKUTE TÖDLICHE MYOKARDINFARKT.
G. Goder. *Zschr. Kreislaufforschg.*
49: 105, 1959.

Los autores encuentran, entre 31.097 autopsias desde 1920 a 1957, 752 infartos recientes, no más antiguos de tres semanas. La frecuencia (de 2,42% en total) fue aumentando en forma casi regular hasta 1942 desde 1926 con 0,87% a 3,89%, sobrepasó por primera vez en 1933 el 1% y bajó en los últimos años de la guerra nuevamente al 1%, para aumentar desde 1946 de forma bastante unánime hasta el 6,23%. Por determinados estudios aislados se comprueba que este angustioso aumento se sigue manteniendo hoy en día. Los hombres se ven atacados más frecuentemente y en grado creciente. (Hombres: mujeres=1,63/1). La edad media es en ellos de 63 años, en las mujeres 67 años. Los afectados son en general hombres de más de 40 años y mujeres de más de 50. El máximo de mortalidad teniendo en cuenta todas las autopsias está entre los 70 y los 74 años (escasamente el 4%), es decir, la diferencia entre sexos es sólo aparente, condicionada por la menor vitalidad del hombre en general. Sin embargo es real la mortalidad aumentada en personas más jóvenes. En más del 92% la causa del infarto es la esclerosis coronaria. La arteria coronaria izquierda se afecta con más frecuencia que la derecha, los infartos de pared anterior son más frecuentes que los de pared posterior. El caso más raro es la afectación exclusiva del septum. En el 6% no existían aún alteraciones

apreciables al microscopio. La lúes apenas tiene importancia como enfermedad básica, la diabetes sólo tiene un interés escaso (4,9% de los diabéticos entre los infartos de miocardio mortales frente al 2,8% del total de autopsias). Entre los muertos por infarto se encuentra un número significativo de obesos. En los meses de invierno se producen más muertes por infarto. Los puntos más bajos son abril y septiembre. Se llegó a una rotura en el 10% de los casos, eran fundamentalmente personas ancianas.

Entre las causas del aumento del infarto de miocardio tienen un papel muy importante la sobrecarga anímica y los hábitos fisiológicos de alimentación y ejercicio.

Variación de la presión venosa tras la simpatectomía lumbar en las perturbaciones de la irrigación periférica

VERÄNDERUNG DES VENÖSEN DRUCKES
NACH LUMBALER SYMPATHEKTOMIE BEI
PERIPHEREN DURCHBLUTUNGSSTÖRUN-
GEN. G. Väs y L. László. *Zschr.*
Kreislaufforschg. 48: 1.106, 1959.

En las perturbaciones de la irrigación la presión venosa de las extremidades inferiores está disminuída, tanto en reposo como también al estar de pie y en los momentos de sobrecarga. Si el proceso degenerativo no se ha extendido aun a las colaterales, arteriolas y capilares, se mejora la irrigación arterial de los miembros por la simpatectomía lumbar, con lo cual se consigue también la elevación de la presión venosa.

Variaciones fugaces de ST y T en el ECG del infarto

FLÜCHTIGE VERÄNDERUNGEN VON ST

UND T BEIM INFARKT-EKG. H. Klepzig y A. Gröschl. *Zschr. Kreislaufforschg.* 48: 1.110, 1959.

Se investigan las variaciones diarias del ECG con 52 enfermos en que el infarto había tenido lugar entre 4 meses y 10 años antes.

Las variaciones más intensas en comparación con el ECG en ayunas se encontraron después del desayuno. Las variaciones se refirieron a ST y T en varias derivaciones. Menos señaladas eran después y antes de la comida y por la tarde, así como después de los baños. También se podían desencadenar variaciones, aunque menos importantes, por administración oral de glucosa.

Sólo un 19% de los ECG siguieron sin variación después del desayuno. En el 37% se hallaron variaciones claras, importantes para el diagnóstico, de ST y T.

Los cambios de forma con notable aumento de la negativa de la T o aplanamiento de la T, sólo aparecieron en el infarto de pared posterior, lo contrario se observó fundamentalmente en el infarto de pared anterior.

Variaciones claras, en el sentido de una mejoría o empeoramiento, se mostraron tanto en el infarto reciente como en el más antiguo. No pudo demostrarse una relación con el tamaño del infarto, la edad, la capacidad de rendimiento del enfermo, ni con las molestias o la labilidad de la presión sanguínea. Tampoco existió correlación con los estudios radiológicos de la silueta cardíaca.

Tras la administración de CIK el ECG mejoraba o permanecía inalterado.

Las variaciones fugaces de la irritabilidad en el espacio de pocas horas, hablan contra una estrecha correlación con procesos morfológicos. Tampoco parece probable una relación inmediata con una falta de irrigación cardíaca pues no se mostró paralelismo entre el empeoramiento del ECG con la aparición de molestias anginosas.

Por el hecho de hallarse variaciones

fugaces de T y ST en el estadio tardío del infarto independientemente de la edad del infarto, con la capacidad de rendimiento y los hallazgos cardíacos radiológicos, no permiten sacar conclusiones acerca del pronóstico.

Enfermedades por virus

CURRENT PRACTICES IN GENERAL MEDICINE. 13. VIRAL DISEASES. W. J. Martín y W. E. Wellman. *Proc. Staff. Meet. Mayo. Clin.* 35: 15, 1960.

Estudio efectuado sobre el material clínico propio. Para establecer el diagnóstico es necesario: demostrar el virus, la respuesta de anticuerpos, el antígeno específico, y estructuras morfológicas en los tejidos.

Exponen los aspectos clínicos de más interés y de estudio más reciente en la viruela, varicela, herpes zoster, herpes simple, parotiditis y se detienen más especialmente en las enfermedades por enterovirus. En la poliomielitis el principal transmisor es el hombre y discute la importancia de la vía digestiva, y sólo 1% de las infecciones dan el síndrome de poliomielitis. Las enfermedades por adenovirus se pueden diferenciar también por los tipos antigénicos y antisueros neutralizantes. En las enfermedades por estos gérmenes se pueden distinguir: Enfermedades respiratorias agudas esporádicas o epidémicas, siendo la más grave la influenza, y la neumonitis la complicación más frecuente. En la infancia puede ser fatal la neumonía con o sin conjuntivitis y erupción morbiliforme. Faringitis febriles agudas, ordinariamente asociadas con coriza y tos y posiblemente complicadas con otitis media o neumonía. Fiebre faringoconjuntival que se presenta en forma epidémica en verano. Conjuntivitis folicular que puede ser epidémica en adultos y suele ir asociada con linfadenopatía