

NOTICIAS

El 26 de julio se realizó en la aula de Radiología del Hospital Escuela José de San Martín, la 4ª Reunión Científica de la Sociedad, habiendo sido presentados los siguientes trabajos:

1º Síndrome de Noonan - Hallazgos cardiovasculares infrecuentes. (Servicio de Cardiología del Hospital Italiano).

Dres. C. O. Glasserman, C. Seara y C. Sinclair.

Se presentan dos pacientes afectados de este síndrome genético, vistos en el Servicio de Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires. El motivo de esta presentación consiste en demostrar la presencia de cardiopatías congénitas que son infrecuentes en este tipo de síndrome genético.

En uno de los casos el diagnóstico fue corroborado por cateterismo cardíaco y la subsiguiente intervención quirúrgica y en el otro fue confirmado por la necropsia.

Es de hacer notar que este tipo de pacientes afectados de Síndrome de Noonan presentan habitualmente una estenosis pulmonar valvular por displasia de la válvula, hallazgos que no fueron encontrados en nuestros pacientes y que presentan una serie de malformaciones generales que permiten habitualmente orientar al diagnóstico hacia este tipo de trastornos genéticos.

2º La magnitud de los cambios de presión intraventricular izquierda. Metodología para su determinación. (Servicio de Cardiología del Hospital Militar Central).

Dres. E. J. A. Garcilazo, J. D'Oliveira, N. Ruiz Calderón y E. A. Teneyro.

El objeto de la presente comunicación es determinar con la mayor precisión la velocidad de cambios de presión intraventricular, con la fidelidad de valorar el trabajo dinámico del miocardio sano o enfermo.

Para obtener la inclinación debida, en los registros de alta fidelidad y evitar errores, el sistema catéter-transductor-registrador, debe tener una respuesta extraordinariamente elevada, con la amortiguación correspondiente. Esto puede ser logrado mediante el empleo del micromanómetro, ubicado en el extremo distal del catéter.

El año pasado comenzamos con nuestras observaciones sobre la función ventricular y precisamente sobre contractilidad miocárdica, en pacientes que serían sometidos a cirugía cardíaca y en especial coronaria.

El primer paso fue la elección del instrumental adecuado, que estuviera a nuestro alcance, para obtener la magnitud del dp/dt mx. y a partir de ella los índices derivados de la misma. Se utilizó la diferenciación electrónica calibrada mediante el método geométrico.

Usamos un diferenciador electrónico con una constante de tiempo de 5 mseg. y otro con base de tiempo variable entre 1 y 5 mseg., este último más sensible a los cambios rápidos.

En el presente se discuten las ventajas de usar esta magnitud y se analizan los errores del método empleado, comparándolo asimismo con el uso de los manómetros externos.

3º Acción del Verapamil endovenoso en arritmias supraventriculares rápidas. Nuestra experiencia en cincuenta casos.

Dres. L. A. Wolman, H. A. Rosso y H. Faella. (Servicio de Cardiología del Hospital Rawson).

Se presentan 53 episodios de arritmias cardíacas acaecidas en 50 pacientes y que se clasificaron de la siguiente manera:

Taquicardia supraventricular (18 casos); Aleteo auricular (8 casos); fibrilación auricular (24 casos) y taquicardia ventricular (3 casos). Estas arritmias fueron tratadas con la administración de 10 mg de Verapamil por vía endovenosa rápida y el objetivo era la reversión a ritmo sinusal o el enlentecimiento de la frecuencia cardíaca.

Se analizan los resultados hallados y los probables mecanismos de la acción antiarrítmica de la droga objeto del estudio.

4º Plan de ejercicios programados, resultados en 50 pacientes. (Servicio de Cardiología del Hospital Rawson).

Dres. R. H. Frías, C. Otero y Garzón, R. A. Schena, C. Rodríguez Ferrari, E. Marpagán y R. Vedoya.

50 pacientes con enfermedad coronaria fueron incorporados a un plan de rehabilitación con Ejercicios Programados, en la División Cardiología del Hospital Rawson y en un Centro Privado. El plan se ajustó a cada paciente según la capacidad física de trabajo, medida en la bicicleta ergométrica, los pacientes practicaron calistenia y pedaleo en bicicleta tres veces por semana, durante 5 meses.

30 pacientes sufrían angor con la actividad diaria y 20 tenían historia clínica de coronariopatía sin presentar angor en el momento de su ingreso al plan. En los primeros el angor con la actividad diaria desapareció en 12, se redujo en 13 y no se modificó en 5; en el primer test de esfuerzo 22 pacientes padecieron angina y sólo 5 de ellos en la prueba final; de las 26 pruebas de esfuerzo positivas al iniciar la rehabilitación se negativizaron 13 al finalizar el plan.

En los 20 pacientes sin síndrome anginoso hubo una baja incidencia de test inicial positivo (sólo 5), al finalizar uno lo negativizó.

El grado de entrenamiento se determinó por medio de una prueba de esfuerzo final similar en tiempo y carga a la inicial, encontrándose una disminución significativa de la frecuencia cardíaca. El grado de suficiencia coronaria por medio de una prueba final del 85 % de la F C Mx. negativizándose el 27 % de las pruebas.

Durante la duración del plan no hubieron complicaciones.

5º Cirugía cardíaca valvular en el Servicio del Dr. Alberto Starr. (Universidad de Oregón, USA.). Dr. Héctor Pérez Barros.

El objeto de este trabajo es comunicar la experiencia personal recogida como integrante del equipo de Cirugía Cardíaca del Dr. Albert Starr.

Con la experiencia creciente de este grupo el riesgo de los reemplazos valvulares ha sido progresivamente disminuido. Los resultados tardíos clínicos y hemodinámicos se han definido claramente.

En la actualidad se utilizan como prótesis valvulares los modelos aórtico 2320 y mitral 6320.

Presentación de los resultados de los reemplazos aórtico y mitral aislados. Reemplazo valvular múltiple, consideraciones.

Las complicaciones más frecuentes son: tromboembolismo, infección, pérdida perivalvular, anemia. Mortalidad operatoria y alejada. Estadística.

El éxito de los reemplazos valvulares depende de muchos factores: facilidad de implantación de las prótesis, baja mortalidad operatoria, función hemodinámica satisfactoria, baja incidencia de complicaciones tardías y durabilidad a largo plazo del material utilizado.

Conclusión: Continuo estudio de los métodos y materiales empleados permitirá mejorar aún más los resultados.

6º Cirugía coronaria aislada y combinada con reemplazo valvular. (Servicio de Cirugía Cardíaca del Dr. Albert Starr, Oregón, USA.). Dr. Héctor Pérez Barros.

Se presenta la experiencia de este grupo quirúrgico en Cirugía Coronaria.

Cirugía coronaria aislada: Frecuencia de los puentes aortocoronarios simples, dobles y triples y su ubicación. Estadística. Mortalidad operatoria y alejada, consideraciones de acuerdo a los distintos grupos clínicos estudiados. La permeabilidad de los puentes (promedio) fue de 77 %. Análisis de la evolución clínica postoperatoria y de la durabilidad de los resultados.

Cirugía coronaria combinada con reemplazo valvular: La distribución de la frecuencia de los reemplazos valvulares y la cirugía de las coronarias ha demostrado un creciente aumento de la necesidad de los puentes aortocoronarios.

La enfermedad coronaria es una importante causa de muerte y complicaciones del reemplazo valvular. La revascularización miocárdica en el mismo tiempo quirúrgico del reemplazo reduce el riesgo de la operación.

Presentación del material. La táctica y técnica quirúrgicas son las mismas utilizadas en los casos de cirugía coronaria valvular aisladas. Los resultados obtenidos demuestran la disminución significativa de la mortalidad en los reemplazos aórticos a los que se agregan técnicas de revascularización.

Conclusión: Importancia de la coronariografía en los enfermos valvulares y del tratamiento quirúrgico completo en los cardiopatas.

7º Diagnóstico de glucogenosis miocárdica por medio de biopsia de miocardio a cielo abierto. (Policlínico A. Posadas - ex INS) Sección Cardiología Infantil.

Dres. M. Ithualde, J. Graci y Susini, L. Coarasa, R. C. Vedoya y L. Becú.

Se presenta una niña de 6 años que ingresa al

Servicio en insuficiencia cardíaca. Luego de ser estudiada clínicamente, se realizó cateterismo cardíaco con cineangiografía selectiva, arribándose al diagnóstico de miocardiopatía de causa desconocida.

Con el objeto de establecer un diagnóstico etiológico y sentar un pronóstico, se realizó mediante toracotomía mediana mínima una punción biopsia de miocardio. Esta reveló que se trataba de una miocardiopatía glucogenótica.

Se ha enfatizado en recientes publicaciones sobre el estudio hemodinámico y cineangiográfico de los distintos tipos de miocardiopatía. En muchos pacientes, éstos son insuficientes para establecer un diagnóstico etiológico preciso.

Creemos que la punción biopsia realizada a cielo abierto y efectuada con las precauciones necesarias, presenta un riesgo mínimo y puede ser empleada en casos seleccionados luego de un estudio clínico y hemodinámico completo.

8º Síndrome de isquemia miocárdica transitoria en el período neonatal. (Policlínico A. Posadas (ex INS). Sección Cardiología Infantil).

Dres. M. Ithualde, J. M. Ceriani y H. Rossignoli.

Se presenta un niño de 48 horas de vida que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal por presentar dificultad respiratoria y cianosis.

Al ingreso se aprecia una frecuencia respiratoria de 68 por minuto, frecuencia cardíaca de 160 por minuto, tiraje intercostal moderado y depresión xifoideas. El resto del examen es normal.

El electrocardiograma revela predominio de cavidades derechas (normal para la edad) con ondas Q en DII, DIII y AVF y desnivel de ST en V1 y V2. La radiografía de tórax muestra una discreta cardiomegalía con vascularización pulmonar normal. La impresión inicial fue que no existían datos que sugirieran el diagnóstico de cardiopatía orgánica, pensándose en un síndrome de isquemia transitoria. La evolución posterior fue satisfactoria, notándose una continua mejoría.

A los 20 días de vida, el niño continuaba asintomático, obteniéndosele un nuevo electrocardiograma de características normales.

El 30 de agosto se realizó en el aula del Hospital Escuela José de San Martín de esta Capital, la 5ª Reunión Científica de la Sociedad.

La reunión comenzó con la presentación de los Temas Libres para continuar con la Mesa Fonomecanocardiografía con el Tema "Tiempos sistólicos", cuyo Coordinador fue el Dr. Guillermo J. Ricci, integrantes de la misma, los Dres. Osvaldo Robiolo, Ricardo J. Esper, Martín P. Caiafa y Víctor Roisenfeld.

Se presentaron los siguientes trabajos:

1º Valor diagnóstico del carboangiocardiógrama. (Servicio de Cardiología del Hospital P. Piñero).

Dres. H. Slafer, E. Fongi, J. Herzfeld, C. Bardi y C. Corso.

En el presente trabajo se discute el valor del carboangiocardiógrama en el diagnóstico diferencial de las cardiomegalias. Se hace una descripción detallada de su técnica, indicaciones y contraindicaciones y se compara su sensibilidad con la del angio-

cardiograma con sustancias radioopacas, con la del centellograma y con la del ecocardiograma. Se hace resaltar la sencillez de su ejecución, su inocuidad, su bajo costo y la posibilidad de su obtención en ambientes poco especializados.

Se describen las imágenes características de los derrames pericárdicos de los engrosamientos pericárdicos y de sus combinaciones. Se presentan también las imágenes en condiciones normales y en las dilataciones cardíacas. Se analizan brevemente varios casos ilustrativos. Finalmente se revisan las publicaciones más importantes sobre el tema.

2º Fundamentos de un conocido método vectocardiográfico.

Dr. Federico P. Arrighi.

Según Frank, los potenciales por él obtenidos en modelos y en el cuerpo humano, fundamentan la exactitud de su método vectocardiográfico y la inexactitud de todos los demás métodos electrocardiográficos y vectocardiográficos, así como del central terminal de Wilson.

De la simple observación de esos mismos potenciales se infiere que esos resultados son erróneos y absurdos, y por lo tanto también lo son los fundamentos de esas afirmaciones.

Esta apreciación confirma las investigaciones físico-matemáticas, experimentales y advertencias clínicas de Bayley sobre los grandes errores de electrodo cero de referencia de Frank y Kay en los modelos arriba señalados.

Con ello se demuestra, una vez más, que los problemas de la medicina deben ser resueltos principalmente por investigadores médicos con o sin la colaboración, según el caso de las otras disciplinas y no a la inversa.

3º Tiempos sistólicos del ventrículo izquierdo y sus variaciones con el ejercicio isométrico. (and-grip test). I: normales.

Dres. R. J. Esper, R. Machado, R. Nordaby y H. Bidoggia (Servicio de Cardiología del Hospital Militar Central).

Se estudió un grupo de individuos normales realizando un test de ejercicio isométrico de tres minutos de duración.

Se valoró la importancia del esfuerzo con controles de pulso y tensión arterial. Se midieron la sístole electromecánica (SE), el período eyectivo (Ey) y el pre-eyectivo (PEy) en reposo y después del primer, segundo y tercer minuto de un esfuerzo sostenido del 50 % de la capacidad total individual con un dinamómetro de diseño original.

Se realizó estudio estadístico de los hallazgos y se comentaron los mismos, destacándose la utilidad del método.

4º Tiempos sistólicos del ventrículo izquierdo y sus variaciones con el ejercicio isométrico. (Hand-grip test). II: coronarios.

Dres. H. Bidoggia, R. Nordaby, R. Machado y R. J. Esper. (Servicio de Cardiología del Hospital Militar Central).

Se sometió al estudio de un ejercicio isométrico a un grupo de pacientes coronarios, probados todos ellos con cinecoronariografía y ventriculografía izquierda.

Se obtuvieron la SE y los períodos Ey y PEy en condiciones de reposo y al minuto, dos y tres de

sostenido un esfuerzo del 50 % de la capacidad total individual.

Se procesaron los resultados estadísticamente y compararon con los normales. Se comentan los hallazgos y los posibles mecanismos fisiopatológicos producidos.

5º Cardiopatía congénita compleja asociada a sordomudez y raquitismo.

Dres. Joaquín Toledo (Formosa) y J. Samaja.

Se presenta un caso de un paciente de 28 años, sordomudo y con severo trastorno de desarrollo físico que además presentaba una cardiopatía congénita combinada, constituida por una **coartación de aorta, persistencia del ductus proximal a la coartación, insuficiencia aórtica con aorta bicúspide calcificada, hipertensión pulmonar severa e insuficiencia cardíaca global.**

Se analizan los distintos signos clínicos, electrocardiográficos, radiológicos, fonocardiográficos y hemodinámicos con las manifestaciones de las diferentes patologías en los distintos métodos de estudio, y la compleja combinación de los mismos con las consideraciones sobre el diagnóstico diferencial.

Sometido a tratamiento quirúrgico se corrigió la Coartación de Aorta y se seccionó el Ductus con evolución muy favorable. Se presentan los hallazgos intraoperatorios y su correlación con la Clínica.

La 6ª Reunión Científica del año se realizó el jueves 27 de setiembre, en el Aula de Radiología del Hospital Escuela José de San Martín.

La reunión comenzó con la presentación de los Temas Libres, para continuar con la Mesa de "Unidad coronaria" con el tema "Angina de pecho - Clasificación, plan de estudio y plan de seguimiento alejado", cuyo coordinador fue el Dr. Raúl Oliveri. Integrantes de la misma los doctores Carlos Otero y Garzón, Saúl Drajer, Eliseo Segura, Jorge Trongé, Alfredo Cecchi y Carlos Krasnov.

Han sido presentados los siguientes trabajos:

1º Nuevas técnicas histológicas en el infarto y en la isquemia del miocardio.

Dres. J. Milei, M. Rapaport, R. Núñez y M. R. Fortunato (Divisiones de Cardiología y Patología del Hospital J. A. Fernández).

Actualmente interesa conocer la extensión en cm² de las áreas de infarto, los volúmenes cavitarios correspondientes y las áreas isquémicas adyacentes o lejanas al infarto, a fin de aclarar sus roles en la dinámica ventricular izquierda y poder correlacionarlos con los modernos métodos de estudio (cruentos e incruentos) utilizados en las Unidades Coronarias.

Un buen método constituyó hasta ahora la Planimetría Macroscópica de las áreas de infarto, pero que no valora las áreas isquémicas y no suministra datos tan precisos como para ser correlacionados con los métodos clínicos. Por tal motivo nos abocamos a ensayar una técnica histológica apta para tal fin; por lo que se estudiaron: a) 20 infartos humanos con componentes isquémicos importantes, y b) lesiones focales "como-infarto" en 20 ratas inyectadas con isoproterenol. Efectuadas diversas técnicas, la más adecuada fue la de Barbeito-López, útil y barata no sólo para planimetría histológica sino que junto con las Técnicas de Isquemia, imprescindibles en todo estudio rutinario del corazón, dado

que permite constatar y valorar la alteración del componente glucoproteico, acidez citoplasmática, y alteraciones nucleares de las fibras miocárdicas.

2º Calibración y control electrónico de la primera derivada de la presión ventricular izquierda.

(Hospital Militar Central - Sección Hemodinamia).

Dres. N. R. Ruiz Calderón, E. J. A. Garcilazo y J. R. d'Oliveira.

Debido a la importancia que presenta la medición de la primera derivada de presión intraventricular como parámetro útil para integrar índices de correlación con la función ventricular, decidimos calibrar la misma mediante el método electrónico.

Utilizamos un generador de funciones de onda cuadrada, sinusoidal, triangular y serrucho, con amplitud fija y frecuencia variable entre 0,0001 y $5 \times 10 + 9$ Hz.

Mediante este aparato logramos obtener la altura de la primera derivada y medir la respuesta dinámica del registrador.

Se comenta la metodología empleada y los resultados obtenidos.

3º Seguimiento de 409 pacientes con angina de pecho y arterias coronarias angiográficamente normales.

Dres. K. Shinji, E. K. Shirey y M. Sones.

Estudio retrospectivo de 501 pacientes con sintomatología de angina de pecho, con arterias coronarias y ventriculograma izquierdo angiográficamente normales, de los cuales se realizó el seguimiento, de 1-6 años, de 409 (81,63 %) el cual demostró una mortalidad de 1,2 % (5 casos) aparentemente debida a causa no coronaria.

Se analiza cuadro clínico, electrocardiográfico, factores de riesgo y evolución clínica del mismo.

4º Ruptura cardíaca externa post-infarto su evolución y pre y postoperatoria.

Unidad Coronaria del Hospital Italiano).

Dres. C. Glasserman, O. Bazzino, R. Doval, R. Oliveri y F. Donato.

Se presenta un paciente de 68 años con ruptura cardíaca externa, hemopericardio y taponamiento cardíaco.

Es estudiado efectuándose cateterismo derecho y se procede a la intervención quirúrgica para el cierre de su ruptura.

Se comenta la evolución clínica, hemodinámica y quirúrgica del caso.

5º Metodología del fonomecanocardiograma de esfuerzo.

Dres. H. Londero, C. Righetti, Bruno y G. J. Ricci.

Hemos encontrado útil en nuestra experiencia la siguiente rutina en la obtención de registros fonomecanográficos de esfuerzo.

Canal 1: Derivación bipolar torácica cV7.

Canal 2 y 3: Fonocardiograma del 4º espacio intercostal izquierdo a 2 cm de la línea media filtrado selectivamente en 25 y 100 Hz.

Canal 4: Pulso carotídeo.

Los registros se hacen en el momento de la detención, a 100 MM/seg obteniéndose en general muy buenos trazados. Sólo hemos tenido dificultad en la ubicación del 2º ruido aórtico cuando los enfermos presentan intensa disnea con las cargas altas.

En nuestros trazados hemos encontrado como fenómenos patológicos, no presentes en los de base y potenciados con el esfuerzo, la presencia de 3º a 4º ruido en la banda de 100 Hz, soplos expulsivos o de reflujo, desdoble invertido del 2º ruido y/o alteraciones morfológicas del pulso carotídeo.

Consideramos que la aparición de uno cualquiera de estos signos le da al estudio el carácter de positivo. Proponemos esta denominación homologándola a la de las pruebas ergométricas.

El 25 de octubre se realizó en el Aula Nº 20 de Pediatría del Hospital Escuela José de San Martín, la 7º Reunión Científica de la Sociedad, habiendo sido presentados los siguientes trabajos:

1º Forma infrecuente de equinococosis pericárdica

Serv. de Cardiología del Hospital Italiano.

Dres. C. Sinclair, J. Mejía, C. Glasserman, A. Tamashiro, F. Donato y A. Pisanú.

Se presenta un caso de equinococosis pericárdica con cuadro clínico de derrame pericárdico.

Con estudio inmunológico de líquido pericárdico y cateterismo cardíaco. No se registraron signos electrocardiográficos de daño miocárdico y en la intervención quirúrgica no se comprobó la presencia de quistes miocárdicos. Estos últimos hechos permiten suponer una localización cardiovascular primaria en pericardio.

2º Un caso de miocardiopatía, arritmias severas y prolapso de la válvula mitral, coincidiendo con toxoplasmosis.

(División Cardiología. Hospital G. Rawson.

Dres. H. Rosso, J. E. Ubaldini, C. A. Otero y Garzón, S. Averbach y R. Vedoya.

Se acepta hoy día que la toxoplasmosis debe ser considerada entre las causas de miocardiopatía de etiología desconocida.

Se presenta el caso de una paciente joven que padece una miocardiopatía con arritmias severas y prolapso de válvula mitral, cuya probable etiología es la toxoplasmosis.

3º Determinación del magnesio plasmático en el infarto agudo del miocardio.

(Servicio de Cardiología del Hospital Rawson).

Dres. Carlos A. Otero y Garzón, O. M. Fernández de Sturla, J. E. Ubaldini y R. Vedoya.

Con el fin de comprobar su referida disminución en el infarto agudo del miocardio (I.A.M.) se determinó el magnesio plasmático en 30 pacientes con I.A.M. internados en unidad coronaria, tratándose de vincular los valores hallados con las distintas complicaciones del I.A.M.

Se encontró una disminución estadísticamente significativa del magnesio en la primera y segunda semana de evolución del I.A.M. con respecto a un grupo de normales, pero no se pudo establecer una diferencia significativa entre los casos no complicados y los que desarrollaron insuficiencia cardíaca, shock o arritmias.

4º Tratamiento con magnesio en el infarto agudo de miocardio.

(Servicio de Cardiología del Hospital Rawson).

Dres. C. A. Otero y Garzón, C. M. Fernández de Sturla, J. E. Ubaldini y R. Vedoya.

Basándonos en un trabajo previo donde observamos una disminución del magnesio plasmático en 30 enfermos con infarto agudo del miocardio (I.A.M.), determinamos el magnesio en plasma, eritrocitos y orina de 24 horas en otros 30 pacientes con I.A.M. internados en unidad coronaria, a los que se administró magnesio como tratamiento de rutina.

El grupo tratado fue similar al no tratado en cuanto a edad, sexo, índice de Peel y Killip.

Los valores anormalmente bajos en plasma y eritrocitos se normalizaron con la administración del magnesio, pero no se encontró diferencia significativa entre los complicados con arritmias, insuficiencia cardíaca o shock y los que no presentaron estas complicaciones.

5º Comparación doble ciego de la acción hipocolesteromizante e hipouricemiente del Halofenato y el Clofibrate en pacientes con hiperlipoproteinemias de los Tipos III, IV y V.

(Servicio de Cardiología del Hospital Israelita).

Dres. J. Neuman, M. P. P. de Neuman, S. Talmasky, R. Pesce, E. Valero y J. L. Martiarena.

Formando parte de una investigación multicéntrica, se realizó un estudio doble ciego con distribución al azar y estratificación de los pacientes, en un grupo de 26 enfermos con Hiperlipoproteinemias tipo III, IV y V, administrando Clofibrate a 14 de ellos y Halofenato (MK 185-2 acetamido etil (p-clorofenil) m-trifluorometil fenoxi) acetato) a los otros 12 pacientes. Completaron 48 semanas de tratamiento 17 pacientes (11 con Clofibrate y 6 con Halofenato).

Se controló la acción de las drogas utilizadas efectuando electrocardiogramas, exámenes de laboratorio de rutina y enzimáticos (transaminasas glutámico oxalacética y glutámico pirúvica y creatinofosfokinasa), y controlando clínica y bioquímicamente en forma periódica las funciones hepática, renal, muscular, cardiovascular y el aparato visual de los pacientes.

El Halofenato produjo un descenso estadísticamente significativo de la Colesterolemia ($13,4 \% \pm 2,9$ p 0,01) y de la Uricemia ($51 \% \pm 4,9$ p 0,001). El Clofibrate también produjo descensos estadísticamente significativos de la Colesterolemia ($19,4 \% \pm 2$ p 0,001) y de la Uricemia ($8,8 \% \pm 3,4$ p 0,05).

Los efectos colaterales de ambas drogas fueron de poca significación, observándose sin embargo, que únicamente el Clofibrate produjo trastornos digestivos en 3 casos.

De los resultados obtenidos se infiere que el Halofenato tiene una acción hipocolesteromizante algo menor que el Clofibrate. Por otra parte el Halofenato demostró una acción hipouricemiente mucho mayor que el Clofibrate.

6º Comparación doble ciego de la acción sobre la trigliceridemia y tipificación de las lipoproteínas del Halofenato y el Clofibrate en pacientes con hiperlipoproteinemias de los tipos III, IV y V.

Servicio de Cardiología del Hospital Israelita.
Dres. J. Neuman, M. P. P. de Neuman, S. Talmasky, R. Pesce, E. Valero y J. L. Martiarena.

En un grupo de 26 pacientes afectados de Hiperlipoproteinemias tipo III, IV o V se administró Clofibrate a 14 de ellos y Halofenato (MK 185-acetamido etil (p-clorofenil m-trifluorometil fenoxi) acetato) a los otros 12 pacientes, con el objeto de normalizar la trigliceridemia y registrar las modificaciones en la tipificación de las lipoproteínas plasmáticas de estos enfermos.

El estudio fue realizado con la misma metodología seguida en el trabajo anterior.

Se obtuvo un descenso de la Trigliceridemia estadísticamente significativo con Halofenato ($42,8 \% \pm 4,9$ p 0,001) y con Clofibrate ($41,6 \% \pm 6,1$ p 0,001).

El Halofenato produjo una transformación de las Hiperlipoproteinemias en lipidogramas normales en el 83 % de los casos; el Clofibrate normalizó el lipidograma en el 45 % de los pacientes tratados, produciendo un cambio en la tipificación lipoproteica en 4 casos.

Los resultados obtenidos evidencian la utilidad de estos preparados para normalizar la trigliceridemia, apreciándose que con Halofenato hubo mayor normalización del lipidograma, menos incidencia de efectos colaterales, así como la ventaja de poder administrar la droga en una sola toma diaria.

Se considera que ambas drogas tienen actividad hipolipidémica. Además el Halofenato tendría indicación específica en aquellos casos de Hiperlipemia en que se requiriera también acción hipouricemiente.

7º Aneurisma del septum interventricular.

Hospital Italiano Bs. As. Servicio de Cardiología
Dr. Carlos A. Seara.

Se presentan los datos hemodinámicos de cuatro pacientes menores de 3 meses de edad que se encontraban en insuficiencia cardíaca debido a una comunicación interventricular de gran tamaño.

Esos mismos pacientes fueron estudiados 4 años más tarde demostrándose que dicha comunicación interventricular se encontraba en todos los casos en vías de cierre mediante la formación de aneurisma del septum interventricular. Este último mecanismo es considerado actualmente como el mecanismo más común de cierre de dichas comunicaciones interventriculares. Se comentan las posibilidades de identificar esta evolución mediante el seguimiento del paciente que presenta habitualmente características auscultatorias particulares.

8º Estudio hemodinámico post-operatorio de la transposición completa de los grandes vasos.

Hospital Italiano. Bs. As. Servicio de Cardiología.

Dr. Carlos A. Seara.

Se presentan a continuación los resultados de estudios hemodinámicos efectuados en pacientes que padecían transposición completa de los grandes vasos y que fueron corregidos con la técnica de Mustard. Las complicaciones más frecuentes fueron defectos en el parche de pericardio, arritmias de tipo aurículo-ventricular, obstrucción de las venas cavas por el parche de pericardio al igual que de las ve-

nas pulmonares. Se recalca la importancia de entrar en la arteria pulmonar utilizando el catéter de Swan-Ganz.

9º Observaciones clínico-angiográficas de lesiones únicas de arteria coronaria derecha o arteria circunfleja.

Dres. S. C. Eciolaza, M. Ruda Vega, L. G. de Roncoroni, E. Zuffardi, K. Shinji y L. M. de la Fuente.

Se analizan 59 casos de lesiones únicas severas (del 70 % o más) de las arterias coronaria derecha (30 casos) o circunfleja (29 casos).

Del total de los pacientes, 25 presentaban angina de pecho típica, 6 (10 %) de los cuales tenían infarto previo (I.P.) y 19 (32,2 %) no habían tenido I.P.; 18 pacientes presentaban dolor torácico indeterminado, 10 (17 %) de ellos con I.P. y 8 (13,6 %) sin I.P.; 12 (20,4 %) pacientes habían padecido un infarto de miocardio y se encontraban totalmente asintomáticos.

Un paciente (1,7 %) se estudió con una C.I.V. post-infarto en el período agudo; 2 (3,4 %) se

estudiaron por arritmias y 1 (1,7 %) por presentar un electrocardiograma anormal.

En 53 pacientes se pudieron investigar las manifestaciones iniciales de la enfermedad, destacándose que 16 (30,2 %) pacientes presentaron dolor torácico indeterminado y en 12 (22,6 %) pacientes la primera manifestación de su coronariopatía fue un infarto de miocardio.

Se discutirán las correlaciones clínico-angiográficas y electrocardiográficas.

**VII CONGRESO MUNDIAL DE CARDIOLOGIA
AMPLIACION DEL PLAZO DE INSCRIPCION**

El Comité Organizador del VII Congreso Mundial de Cardiología resolvió postergar la fecha de vencimiento para la Inscripción al Congreso, por lo tanto el cuadro de fechas límites es el siguiente:

	TITULARES	ADHERENTES
Hasta el 31-12-73	U\$S 100.—	U\$S 70.—
Hasta el 31-3-74	U\$S 120.—	U\$S 85.—
Desde el 1-4-74	U\$S 150.—	U\$S 100.—