

ANALISIS DE REVISTAS

CLINICA

AULD W. H. L., WATSON H. — **Fibroelastosis of the heart in adolescence.** — (Fibroelastosis del corazón en la adolescencia). *British Heart Journal*, 1957, **XIX**, 186.

Se revisa un pequeño grupo de casos publicados para probar que algunos pacientes con fibroelastosis endocárdica congénita pueden sobrevivir después de la infancia. Se describe el caso de una joven de 15 años que murió en insuficiencia cardíaca. El examen posmortem mostró un corazón agrandado con evidente fibroelastosis endocárdica, trombos murales y fibrosis miocárdica.

Se discute la patogenia de este caso en relación con la fibroelastosis congénita y con enfermedades cardíacas idiopáticas del adulto. Los electrocardiogramas eran de interés poco común, mostrando una patente comúnmente asociada con infarto miocárdico transmural extenso.

Carlos Copello

GIBBS N. M., HAWORTH J. C., RENDLE-SHORT J. — **Endocardial fibroelastosis with generalized Lymphadenopathy, oedema and Rash.** — (Fibroelastosis endocárdica con linfadenopatía generalizada, edema y rash). *British Heart Journal*, 1957, **XIX**, 193.

Se presentan dos casos de fibroelastosis endocárdica cuyos cuadros clínicos son muy parecidos. Ambos niños eran sanos durante los primeros meses de vida, luego tuvieron infecciones respiratorias, gran edema, linfadenopatía generalizada, albuminuria y proteínas bajas en suero. Además, uno de los niños tuvo una erupción cutánea.

Los hallazgos patológicos en los dos casos fueron similares: había extensa fibroelastosis endocárdica que tomaba las cuatro cámaras cardíacas, y agrandamiento quístico de los ganglios linfáticos. Estos casos abren la posibilidad de que las lesiones cardíacas de la fibroelastosis endocárdica, sean solamente manifestaciones locales de una enfermedad generalizada.

Carlos Copello

EVANS W. y LLOYD THOMAS H. G. — **The Syndrome of the suspended heart.** — (El síndrome del corazón suspendido). *British Heart Journal*, 1957, **XIX**, 153.

En ausencia de medicación digitálica, la depresión del segmento ST en el electrocardiograma tomado en posición acostada se acepta como evidencia de injuria miocárdica por arteriosclerosis o como signo de hipertrofia ventricular izquierda. En un grupo de enfermos encontraron que de acuerdo con los datos clínicos no podían aceptar ese significado.

Los trazados mostraban depresión del ST en D3, D3 inspirada y en menor grado en D2 y CR-7 y no se modificaban en posición de pie; la prueba de esfuerzo no aumentaba la deformidad y se acompañaban de cuadros radiológicos característicos. Los enfermos tenían de 30 a 65 años y consultaban por dolor en el pecho, sin carácter de angor.

El cuadro radiológico es característico: en frontal inspirada el ángulo cardiofrénico se desplaza hacia la línea media, haciéndose muy agudo; en OAD el corazón sube y el diafragma se separa de él, destacándose la vena cava; en OAI también está elevado y separado del diafragma y como "anclado" por la vena cava.

El reconocimiento de estos hechos configurando el síndrome del "corazón suspendido" puede evitar diagnósticos erróneos de enfermedad coronaria en sujetos cuyo dolor precordial está asociado con depresión del segmento ST en el electrocardiograma.

Carlos Copello

LYNCH J. B. y WATT J. — **Diffuse endomyocardial sclerosis.** — (Esclerosis difusa endomiocárdica). *British Heart Journal*, 1957, **XIX**, 173.

Se describen los hallazgos clínicos y patológicos de 4 casos de esclerosis difusa endomiocárdica. En cada uno de ellos había fibrosis del miocardio, especialmente en su 1/3 interno, gran espesamiento del endocardio, sin evidencia de enfermedad coronaria.

Clínicamente se presenta como un caso de insuficiencia cardíaca de origen oscuro; ocasionalmente puede simular pericarditis constrictiva. Ayudan al diagnóstico la presencia de eosinofilia, o in-



suficiencia tricúspida o mitral. Las alteraciones electrocardiográficas no son específicas.

Se compararon los hallazgos patológicos con los de 3 casos de endomiocarditis fibrosa africana y 10 casos de fibroelastosis congénita. La patología de nuestros 4 casos y la del material africano es esencialmente similar. Aunque es posible que la fibroelastosis congénita pueda persistir en el adulto y simular la esclerosis endomiocárdica, difiere en su distribución e histología, debiendo considerarse como una entidad aparte.

Se sugiere que la esclerosis endomiocárdica difusa representa la fase terminal de varios estados, cada uno de los cuales afecta en lugar especial, verbi-gracia la capa más interna del miocardio.

Dos importantes factores en la patogenia de esta enfermedad son la desnutrición y la alergia, como se ve en este pequeño grupo de casos.

Carlos Copello

BROUSTET P., DUBOURG G., BRICAUD H., GAZEAU J., MULLON P., CABANIEU G. y COTTIN D. — Albuminuries massives au cours de pericardites constrictives traitées par les diurétiques mercuriels. — (Albuminurias masivas en el curso de pericarditis constrictivas tratadas con diuréticos mercuriales). Arch. mal. coeur., 1957, 2, 169.

Se presentan 2 casos de pericarditis constrictivas que tratadas con diuréticos mercuriales desarrollaron un síndrome nefrótico. Después de realizada la pericardiectomía, se produjo una mejoría espectacular de la enfermedad renal. Señalan los autores la extremada rareza del desarrollo de nefropatías durante el tratamiento prolongado con diuréticos mercuriales. En la mayoría de las cardiopatías, con el tratamiento habitual, el flujo sanguíneo renal, el flujo glomerular y la presión venosa tienden a normalizarse. Por el contrario en la pericarditis constrictiva, el obstáculo anatómico crea un trastorno constante que se opone al aumento del débito cardíaco y al descenso de la presión venosa. De ese modo las alteraciones circulatorias en el riñón son permanentes. No obstante, para producirse un síndrome nefrótico, se necesitaría un factor desencadenante. Este factor sería los diuréticos mercuriales. Por esta causa se sugiere precaución en su empleo en los enfermos con pericarditis constrictiva.

Angel Viola

RICORDEAU G., COBLENTZ B. y LE-NEGRE J. — Embolies arterielles du retrocissement mitral et commissurotomie. — (Las embolias arteriales en la estrechez mitral y la comisurotomía). Arch. mal. coeur, 1957, 2, 112.

Los autores estudian 370 enfermos operados de estrechez mitral. De 337 operados seguidos entre 2 meses y 5 años, sólo 2 tuvieron embolias arteriales. Sobre el total de operados, 48 tenían antecedentes de accidentes embólicos. De entre estos últimos, 41 seguidos en el posoperatorio entre 2 meses y 4 años, en ninguno volvieron a producirse embolias arteriales. El riesgo de una embolia arterial peroperatoria es mayor en los enfermos con antecedentes embólicos. Este riesgo puede ser prevenido: operando por lo menos 2 meses después del último accidente embólico; instituyendo tratamiento anticoagulante preoperatorio; "purgando" la orejuela durante la operación y con la ligadura carotídea haciendo tratamiento anticoagulante posoperatorio. Las embolias arteriales, concluyen los autores, son una indicación más para la comisurotomía.

Angel Viola

CIRUGIA CARDIOVASCULAR

LOREDO J., DE LA CRUZ M. V., ESPINO VELA J., PLIEGO G. — Anatomía quirúrgica de la Tetralogía de Fallot. — Arch. Inst. Cardiol. Mex. 1957, 27, 264.

Las técnicas quirúrgicas directas (con hipotermia y corazón abierto; con circulación extracorpórea y cruzada) no alcanzan un grado de perfección aceptable, lo cual hace que sea de necesidad seguir empleando la cirugía de derivación (anastomosis) o directa (valvulotomía e infundibulectomía) en el tratamiento de esta malformación cardíaca congénita, con resultados en general satisfactorios.

Los autores resaltan la importancia de conocer la anatomía del corazón, en especial de las zonas operatorias, como importante factor para la reducción de la mortalidad en este tipo de cardiopatías. Tal conocimiento constituye el objeto del presente trabajo, en que se estudian 19 piezas de autopsia con tetralogía.

Se reconoce el infundíbulo de la pulmonar; sus relaciones con los elementos que integran la tetralogía y otros datos anatómicos.

Las piezas se clasificaron en estenosis infundibulares predominantes, estenosis valvulares predominantes, estenosis mix-

tas, aplasias infundibulares y atresias de la válvula pulmonar.

Los autores concluyen que la cirugía directa estaría indicada en las estenosis infundibulares y valvulares predominantes y en las estenosis mixtas con cámara infundibular amplia.

La cirugía indirecta (anastomosis) en las estenosis mixtas con cámara infundibular pequeña; en las aplasias infundibulares y en las atresias de la válvula pulmonar con ramas de calibre aceptable.

Con respecto a la operación de Brock, consideran que da con frecuencia lugar a errores, al abrir incompletamente la vía pulmonar o, por el contrario, al ampliarla desmedidamente. Por último pueden crearse falsas vías y destruirse la válvula aórtica.

Proponen una modificación al método de Brock, consistente en introducir el dedo índice o meñique izquierdo a través de la orejuela derecha, para realizar por "visión digital", la introducción del valvulótomo y la ampliación de la vía pulmonar.

Nicolás Tempone

CONGENITAS

van der SLIKKE L. B., van BUCHEM F. S. P., NIEEVEN J y GERRITSEN J. N. — **Pulmonary stenosis with arteriovenous shunts.** — (Estenosis pulmonar con shunts arteriovenosos). *Acta Med. Scandinav.*, 1957, **159**, 111.

De un total de 78 enfermos con estenosis pulmonar, encuentran en 14 la existencia de shunts arteriovenosos. Todos los enfermos fueron estudiados clínicamente, incluyendo electrocardiograma, fonocardiograma y cateterismo cardíaco. La saturación de oxígeno de la sangre fué determinada mediante el hemorrelector de Brinkman y Zijlstra y en un grupo se efectuó la curva de dilución de colorantes con el oxímetro de Brinkman y Zijlstra (el cíclope), colocado en la frente del enfermo y utilizando como colorante el azul de metileno inyectado a través de un catéter intracardíaco.

En 5 casos encontraron combinadas la estenosis pulmonar con un defecto del tabique interventricular, con shunt predominante de izquierda a derecha, los dos primeros con estenosis severa e hipertensión del ventrículo derecho con cifras aproximadas a la sistémica. En otros 6 enfermos, la estenosis se asociaba con comunicación interauricular y shunt arteriovenoso (forma acianótica de la trilogía de Fallot), con un cuadro clínico

muy similar: disnea ligera, discreto agrandamiento cardíaco, soplo sistólico en 2º espacio intercostal izquierdo, 2º ruido pulmonar apagado y sin signos electrocardiográficos de hipertrofia derecha o bloqueo de rama.

En los 3 casos restantes encontraron además de la estenosis, drenaje anómalo de venas pulmonares en la aurícula derecha, diagnóstico que fué corroborado con curvas de dilución de colorantes. En uno de estos enfermos existía un conducto arteriovenoso persistente.

Hacen luego los autores consideraciones sobre el problema diagnóstico que presentan estas anomalías combinadas, y sobre las indicaciones quirúrgicas y los resultados obtenidos en los casos operados por ellos.

Rodolfo Franco

PIOT C., ZALIS O., HEIM DE BALSAC. — **Peut-on établir une corrélation entre l'électrocardiogramme et l'hémodynamique dans les cardiopathies congénitales donnant une surcharge systolique droite?** (¿Puede establecerse una correlación entre el electrocardiograma y la hemodinámica en las cardiopatías congénitas dando una sobrecarga sistólica derecha?). *Arch. Mal. du Coeur*, 1957, **11**, 1034.

Los autores tratan de establecer relaciones entre los resultados hemodinámicos y electrocardiográficos obtenidos en cardiopatías congénitas que tienen una sobrecarga sistólica derecha.

Pasan revista a 62 casos de cardiopatías congénitas estudiadas en el Centro Quirúrgico "Marie Lannelongue" (Servicio de Cardiología del Prof. Dubost). De estos 62 casos desglosan los que presentan ductus sin hipertensión pulmonar, pues las precordiales no ofrecen particularidades; las comunicaciones interauriculares sin hipertensión pulmonar en las cuales V1 ó V4R tenían imagen en Rsr' con r o r' de mínima amplitud; las comunicaciones interventriculares sin hipertensión pulmonar con electrocardiograma normal; quedando en total 34 casos distribuidos en la forma siguiente:

—4 casos de estenosis pulmonar aislada.

—3 casos de trilogía.

—6 casos tetralogía.

—4 casos de pentalogía.

—1 caso de estenosis pulmonar con ostium primum.

—3 casos de comunicación interventricular con hipertensión pulmonar.

—2 ductus con hipertensión pulmonar.

—8 casos de comunicación interauricular con hipertensión pulmonar.

—1 caso de comunicación interventricular con persistencia del canal arterial.

—1 caso de ventrículo único sin hipertensión pulmonar.

—1 caso de hipertensión pulmonar primitiva.

El estudio de estos 34 casos les permite deducir que en las estenosis pulmonares puras o asociadas (trilogía, tetralogía, pentalogía de Fallot) la presencia de una onda R (excepcionalmente R') en V₁ o V₄R igual o superior a 20 mm con un retardo de la deflexión intrínsecoide al menos de 0,03 de segundo, se puede prever una presión ventricular derecha igual o superior a 100 mm Hg.

Sugiere igualmente que en las comunicaciones interauriculares, la presencia de una onda R' igual o superior a 5 mm en las imágenes de rsR' de V₁ ó V₄R está a favor de una hipertensión pulmonar asociada, con una presión ventricular derecha pasando los 30 mm de Hg.

En las otras cardiopatías ninguna correlación entre el electrocardiograma y resultados hemodinámicos se pudo establecer.

Bernardo Lozada

ELECTROCARDIOGRAFIA

MARSICO F., CARDENAS M., PILEGGI F., SODI PALLARES D. — **La onda T positiva en V₁ como signo de hipertrofia ventricular derecha del niño.** Arch. Inst. Cardiol. Mex., 1957, 27, 323.

Son conocidas las especiales características del E.C.G. infantil, que suelen hacer dificultoso el establecer el diagnóstico de hipertrofia ventricular derecha, en especial en el primer año de la vida. Estadísticas diversas muestran que la onda T en V₁ es siempre negativa en niños menores de 6 años.

Dados estos hechos los autores estudian en este trabajo 80 casos de niños normales menores de 6 años y 25 casos de malformaciones congénitas con sobrecarga sistólica del ventrículo derecho; en la mayoría de los casos de este último grupo el diagnóstico se comprobó por el cateterismo en el acto quirúrgico o por necropsia. En niños normales los autores encuentran que la onda T es siempre negativa en la derivación referida.

De los 25 casos patológicos 18 (es decir, el 72 por ciento) tienen onda T positiva en V₁; en todos ellos el SÁT se dirige adelante y a la derecha. En 7 casos la T en V₁ la encuentran negativa, pese a la sobrecarga sistólica derecha y en estos casos el SÁT está dirigido hacia atrás en 4 y paralelo al plano frontal en

3; comportamiento que resulta semejante al de los casos normales.

En 3 casos con T negativa en V₁ se encuentra morfología qR; en los otros 4 se hallan presentes signos de bloqueo incompleto de R.D. del haz de His.

Los autores discuten las causas probables de estos hechos electrocardiográficos y hacen consideraciones que pueden ser de utilidad tener presente en el diagnóstico de hipertrofia ventricular derecha en el electrocardiograma infantil.

Los datos más valiosos en este sentido serían. onda T positiva en V₁; morfología del tipo qR o R en la misma derivación; retardo del tiempo de aparición de la deflexión intrínsecoide en V₁ mayor de 0,03 seg.; morfología del tipo qR en aVR; extrema desviación del ÂQRS a la derecha (a más de 150°) en niños mayores de un año, y, por último, morfología electrocardiográfica de ventrículo derecho en varias derivaciones precordiales.

Nicolás Tempone

ENDOCARDITIS BACTERIANA

ACEVES S., ELIZALDE R. A., GONZALEZ LUNA M. — **Endocarditis bacteriana desarrollada sobre aortitis sífilítica.** Arch. Inst. Cardiol. México, 1957, 27, 231.

Los autores hacen una revisión de las diferentes opiniones acerca de la etiología y patogenia de la endocarditis bacteriana. Luego entran al tema de la asociación de E.B. y lesión aórtica sífilítica, posibilidad ya señalada por Libman en 1918, siendo el primer caso con comprobación necrópsica, el de Kastner, publicado en Alemania en el mismo año.

En este trabajo, realizado en el I. N. de C. de México, se revisan 1815 necropsias encontrándose 7 casos de endocarditis úlcerovegetante sobre lesión sigmoidea sífilítica pura. En 2 casos se encontró coincidencia con lesión reumática de otra válvula, sin injerto en ella de endocarditis bacteriana. Total, 9 casos.

Se estudió el número de enfermos reumáticos portadores de lesión aórtica, 476 casos; de ellos, 45 presentaron endocarditis bacteriana, teniendo lesión aórtica reumática (9.4 por ciento).

Se determinó el número de insuficiencias aórticas sífilíticas, que fué de 100. Por lo tanto, siendo 9 los casos de E.B. implantada en ellos, se obtiene un 9 por ciento, cifra muy similar a la anterior.

Los autores llaman la atención, además, acerca de la enorme frecuencia de

infartos pulmonares, por lo general de hemitórax derecho.

Finalmente, hacen consideraciones clínicas, radiológicas y electrocardiográficas.

Nicolás Tempone

FISIOLOGIA

DEMOLIN H., COURTOY P., DUMONT A. — **Relation entre les variations hémodynamiques locales et la circulation dans le poumon.** — (Relaciones entre las variaciones hemodinámicas locales y la circulación en el pulmón). Arch. Mal. du Coeur et V., 1957, **11**, 1011.

Si bien la red vascular del pulmón está ricamente inervada por fibras simpáticas y parasimpáticas, el problema de la regulación vasomotriz del mismo está en discusión. Existen defensores de la teoría de la regulación nerviosa en oposición a aquellos que sostienen la de la pasividad mecánica de este sector del árbol circulatorio.

Diversas tentativas se han hecho para poner en evidencia un reflejo vasoconstrictor de origen venoso. Los resultados han sido contradictorios. Los autores retoman este problema y realizan en animales hipertensiones venosas localizadas estudiando su repercusión sobre la circulación arterial en el pulmón.

Para ello estudian 46 perros. Luego de anestesiarlos y conectar la tráquea a una bomba de respiración artificial alimentada con aire atmosférico u oxígeno puro, abren el hemitórax izquierdo que les permite el aislamiento de los vasos de los lóbulos del pulmón izquierdo y eventualmente del lóbulo del pulmón derecho. Introducen un catéter por la vena yugular llevándolo bajo control radioscópico hasta la arteria pulmonar o rama derecha de la misma. En algunos casos colocan un segundo catéter, provisto de un pequeño balón, en la arteria del lóbulo inferior izquierdo.

Miden la presión en la arteria pulmonar, antes y después de practicar la oclusión de una o varias venas lobulares, en 31 perros. En 7 casos lo realizan antes y después de seccionar los nervios vagos a nivel del cuello. En tres casos antes y después de dar hexametonium.

En 13 casos, compararon la acción que producía sobre la presión de la arteria pulmonar, la oclusión de las venas y de las arterias de un mismo territorio pulmonar. En 17 casos aislaron completamente el lóbulo inferior izquierdo; desde el punto de vista circulatorio; por la oclusión de la vena y de la arteria. En 5

casos, la oclusión la hicieron con la sonda munida del balón inflado con sustancia opaca a fin de evitar los traumatismos nerviosos que se producirían con las ligaduras. En lóbulos aislados inyectaron cantidades sucesivas de líquidos (suero fisiológico o sangre) por vía venosa o arterial, midiéndose las presiones localmente, en el tronco y en la rama derecha de la pulmonar. En 2 ocasiones inyectaron cantidades masivas de suero (700 a 800 cm³). Observaron que la oclusión de las venas de los lóbulos del pulmón izquierdo y la del lóbulo inferior derecho originaban una hipertensión pulmonar arterial, que se transmitía a través del territorio venoso de los lóbulos cuya circulación estaba interrumpida. Esta hipertensión era de importancia variable según el animal; era proporcional a la extensión del territorio vascular suprimido, era reversible y no se modificaba por la vagotomía ni por la administración de hexametonium y además era del mismo orden que la que se obtenía por la oclusión de las arterias del mismo territorio pulmonar. Según los autores, la hipertensión parece ser de origen mecánico, ligada a la reducción de una red vascular cuya distensibilidad es limitada. Comprobaron también que la distensión vascular en el lóbulo pulmonar inferior izquierdo no originaba hipertensión en la arteria pulmonar.

Por lo tanto, no han podido poner en evidencia, en estas condiciones experimentales, la vasoconstricción arterial refleja secundaria a un aumento de la presión venosa. Infieren que tal reflejo está también ausente en el hombre, cuando las arteriolas pulmonares tienen una estructura histológica normal, pero que bajo una hipertensión prolongada, la musculatura arteriolar puede desarrollarse y es posible que este factor condicione la aparición de una barrera arteriolar parcialmente funcional, por las modificaciones elásticas de las arteriolas, permitiendo entonces una constricción refleja de los vasos a estímulos que aún es necesario precisar.

Bernardo Lozada

RANDALL W. C., McNALLY H., CAVAN J., CALIQUIRI L. y ROHSE W. G. — **Functional analysis of the cardioaugmentor and cardioaccelerator pathways in the dog.** — (Análisis funcional de las vías cardiopresoras y cardioacceleradoras en el perro). Am. J. Physiol. 1957, **191**, 213.

La estimulación eléctrica de las ramas torácicas anteriores, las ramas comunicantes y la parte alta del simpático torá-

cico en el perro, muestra la presencia de vías cardioaceleradoras y cardiopresoras. Estas vías predominan en la izquierda y las aceleradoras en la derecha, pero no pueden ser individualizadas en ningún punto de su recorrido.

Rodolfo Franco

DRISCOL T. E., MAULSTBY M. M., FARRELL G. L. y BERNE R. M. — **Aldosterone secretion in experimental congestive heart failure.** — (Secreción de aldosterona en la insuficiencia cardíaca congestiva experimental). *Am. J. Physiol.* 1957, **191**, 140.

El dosaje de la aldosterona sanguínea a nivel de las venas adrenales, no mostró cambios significativos en los animales en los cuales se efectuó la compresión de la arteria pulmonar para producir insuficiencia cardíaca congestiva. Este resultado sugiere que en los perros, no se necesita un aumento de la secreción de aldosterona para iniciar la retención de sodio y agua en la insuficiencia cardíaca, y que ésta puede existir en presencia de niveles normales de dicha hormona a nivel de las venas adrenales.

Rodolfo Franco

FISIOPATOLOGIA

ROBIN E. D. y BURWELL C. S. — **Hemodynamic aspects of diffuse myocardial fibrosis.** — (Aspectos hemodinámicos de la fibrosis miocárdica). *Circulation*, 1957, **XVI**, 730.

Se estudian 11 pacientes portadores de fibrosis miocárdica difusa comprobada en 9 por toracotomía exploradora y ratificada en 3 por estudio microscópico.

Los datos hemodinámicos revelaron que el volumen minuto así como el índice cardíaco, volumen sistólico e índice sistólico derivados de él, eran bajos con respecto de los valores normales conocidos. Lo mismo la relación del volumen minuto y el consumo de oxígeno fué menor de 2.00 considerado normal.

Las presiones del sector venoso desde la vena periférica hasta el capilar pulmonar, y su relación entre ellas, mostraron dos tipos de curva. Aquella cuyos gradientes no excedían la cifra de 5 mm de Hg y configurando por tal motivo una curva aplanada la denominan "biventricular". Es el resultado de la función anormal de ambos ventrículos. En el otro grupo los gradientes eran mayores y las presiones aumentaban progresivamente desde la periferia al capilar pulmonar y la denominan "ventricular izquierdo".

Sostienen que dichas fisonomías dependen de la localización predominante de la fibrosis y los relacionan con idénticos hallazgos en la pericarditis y en la endofibroelastosis.

Muchos de los trazados obtenidos muestran incisura diastólica característica y meseta con presión de fin de lleno aumentada y también trazados auriculares con forma de M, tales hechos no hacen otra cosa que confirmar que en la fibrosis difusa, el hecho fisiopatológico fundamental es el defectuoso lleno diastólico que se produce por la pérdida de la elasticidad ventricular correspondiente.

Domingo Vicario

BRUCE R. A. y JOHN G. G. — **Effects of upright posture and exercise on pulmonary hemodynamics in patients with central cardiovascular shunts.** — (Los efectos de la posición erecta y del ejercicio sobre la hemodinámica pulmonar en pacientes con cortocircuitos cardiovasculares centrales). *Circulation*, 1957, **XVI**, 776.

Dado que en ausencia de shunts centrales, el volumen minuto disminuye en la posición de pie y aumenta con el esfuerzo, se estudian 15 pacientes todos ellos portadores de un shunt central con el fin de conocer cómo se comportan las condiciones hemodinámicas antedichas ante esta nueva situación. De los 15, 6 tenían una comunicación interauricular, 4 una comunicación interventricular y 3 eran persistencia del canal arterial. Fueron estudiados en posición erecta y efectuando un ejercicio sobre un treadmill a la velocidad de 1,7 m.p.h. durante 10 minutos.

Se observó que contrariamente a lo que sucede en los normales, el volumen minuto, en 4 pacientes con comunicación interauricular se elevó en 21 por ciento al pasar de la posición acostada a la posición sentada.

El flujo pulmonar total aumentó en forma variable en todos los pacientes con shunts, durante el ejercicio, especialmente en los que tenían una C.I.A.

La presión de la arteria pulmonar aumentó en 10, y fué más marcada en los que tenían hipertensión previa.

Los que tenían C.I.A. no modificaron la saturación de la sangre arterial, en cambio ésta varió en forma significativa en los portadores de CIV, siendo ésta proporcional a la existencia de otros shunts y a la hipertensión pulmonar.

Se concluye que la presencia de un shunt modifica los mecanismos usuales de adaptación a los cambios de postura

y que esta diferencia se halla alterada por el agregado de hipertensión pulmonar.

Domingo Vicario

BAGGER M. BJORCK G., BJORK V. O., ETC. — **On methods and complications in catheterization of heart and large vessels, with and without contrast injection.** — (Métodos y complicaciones en el cateterismo del corazón y grandes vasos, con y sin inyección de contraste). *Am. Heart J.*, 1957, **54**, 766.

Este trabajo presenta la experiencia concerniente a métodos y complicaciones en la cateterización del corazón y grandes vasos con y sin medio de contraste adquirida en 12 hospitales de Suecia.

La frecuencia de complicaciones fatales debidas al cateterismo del corazón derecho fué de 5 en 5859.

Para la aortografía torácica la mortalidad resultó de 2 en 340 casos.

En cuanto a la angiocardigrafía, angiopneumografía y aortografía torácica, son realizados por la combinación de cateterismo, anestesia general e inyección de medio de contraste. Sobre un total de 2958 de estos exámenes, se presentaron 15 casos de complicaciones fatales (1 de ellas incierta). Además, 4 casos fatales de incierta relación con los procedimientos diagnósticos, se presentaron en pacientes en severo estado general.

En cuanto al análisis de los casos fatales en 3 casos, el paro cardíaco ocurrió durante el cateterismo común de venas o cavidades derechas; estando la punta, del catéter en aurícula derecha, ventrículo derecho y vena cava superior respectivamente. Estos 3 pacientes no habían sido considerados como gravemente afectados antes del examen, pero en uno de ellos se encontró en la necro un infarto fresco de miocardio.

En otro caso, durante el cateterismo derecho se provocó una taquicardia ventricular que no pudo ser frenada y resultó fatal a las 24 horas.

Un caso murió en insuficiencia cardíaca durante el procedimiento. Este caso y el anterior resultaron en pacientes graves cuyo riesgo vital se había previsto.

Complicaciones transitorias se observaron en varios casos de cateterismo del corazón derecho, durante o después del mismo. En 2 pacientes se observó fibrilación ventricular transitoria durante el procedimiento. Otras complicaciones fueron taquicardia ventricular, flutter y fibrilación auriculares, síncope, bloqueo de rama derecha y bloqueo A-V completo.

En 6 casos la extremidad del catéter formó nudos y debió ser extraído bajo anestesia general por venotomía, sin posteriores secuelas.

En conclusión: la frecuencia de complicaciones fatales por cateterismo del corazón derecho fué de 5 en 5859; para la angiocardigrafía de 9 en 2451 y para la aortografía torácica de 5 en 340.

Nicolás Tempone

ELECTROCARDIOGRAFIA

KALLIOMAKI J. L., y KEYRILAINEN T. O. — **Diurnal variations in unipolar precordial leads.** — (Variaciones diurnas de las unipolares precordiales V₁₋₆). *Acta Med. Scandinav.*, 1957, **159**, 235.

Estudian los electrocardiogramas precordiales de 20 enfermos internados, en condiciones hospitalarias similares y que no padecían enfermedades cardiovasculares. Los trazados fueron obtenidos a las 8, 12, 15 y 18 horas. El cambio más importante observado, fué una reducción en la altura o inversión de las ondas P y T en V₁, en el trazado obtenido a las 18 horas. Los valores medios de R se reducen ligeramente en los mismos trazados, no encontrando otras variaciones realmente significativas.

Rodolfo Franco

MISCELANEA

ANTONACI B. L. y MACAGNINO G. — **Electrophoretic studies of serum and of oedema fluid.** — (Estudio electroforético del suero y del líquido de edema). *Acta Med. Scandinav.*, 1957, **159**, 133.

Utilizando el método de la electroforesis sobre papel, estudian la composición proteínica del líquido de edema y del suero de 20 enfermos con diferentes afecciones. Encuentran en el líquido de edema las mismas fracciones proteínicas que en el suero, y la concentración de cada una de ellas depende, no tanto del peso molecular sino de los porcentajes en el suero de las mismas.

Rodolfo Franco

EDLER I. y GUSTAFSON A. — **Ultrasonic cardiogram in mitral stenosis.** — (Cardiograma ultrasónico en la estenosis mitral). *Acta Med. Scandinav.*, 1957, **159**, 85.

Utilizan el método de Edler y Hertz para obtener trazados continuos del mo-

vimiento de las paredes cardíacas, por medio de ultrasonidos.

Describen el trazado típico de la aurícula izquierda en condiciones normales y en las arritmias auriculares. En la estenosis mitral obtienen trazados perfectamente diferenciables de los anteriores, y por el estudio comparado de las características que presentan éstos y los datos aportados por el cateterismo cardíaco, encuentran una relación estrecha con el grado de estenosis. El cardiograma ultrasónico permite por lo tanto, determinar el tamaño del orificio mitral.

Rodolfo Franco

TERAPEUTICA

MYHRMAN G. — The effect of ACTH and Cortisone on inflammatory reactions in myocardial infarction. — (El efecto del ACTH y de la Cortisona en las reacciones inflamatorias del infarto del miocardio). *Acta Med. Scandinav.*, 1957, **159**, 239.

En una publicación anterior, los autores presentaron los resultados del estudio de las reacciones inflamatorias, observadas en el período agudo del infarto del miocardio. Encuentran también que dichas reacciones no se modifican con el tratamiento anticoagulante. Estudian entonces en un grupo de enfermos, la acción del ACTH y de la Cortisona sobre las mismas, y encuentran que prácticamente no se modifican, exceptuando la leucocitosis que tiende a aumentar bajo el tratamiento, hecho, que puede obedecer a la acción del ACTH.

Rodolfo Franco

LINDSETH DITLEFSEN E. M. — Quinidine concentration in blood and excretion in urine following parenteral administration as related to congestive

heart failure. — (Concentración sanguínea y excreción urinaria de quinidina, administrada parenteralmente en la insuficiencia cardíaca congestiva). *Acta Med. Scandinav.*, 1957, **159**, 105.

Estudia la autora en un grupo de enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva y en otro de control, los niveles sanguíneos y la excreción urinaria de quinidina administrada por vía parenteral, para evitar las posibles variaciones en la absorción intestinal. En los enfermos con I.C.C. encuentran, a las 2 horas, niveles más altos de quinidina que en los sujetos normales, y la eliminación se hace más lenta que en el grupo de control. Hay por lo tanto una retención de quinidina en los enfermos, quienes tienen marcado aumento del tamaño del hígado por lo cual la medicación con dicha droga debe ser en estos casos cuidadosa, ya que el riesgo de intoxicación es mayor.

Rodolfo Franco

KROGSGAARD A. R. — The affect of Reserpine on the electrolyte and fluid balance in man. (Efectos de la reserpina en el balance de electrólitos y líquidos en el hombre). *Acta Med. Scandinav.* 1957, **159**, 127.

Administran a un grupo de enfermos hipertensos durante 6 días, reserpina, y estudian los efectos del tratamiento en la excreción de sodio, cloruros y potasio, y en la distribución de los compartimentos hídricos del organismo, mediante la antipirina, el tiocianato y los volúmenes plasmático y celular.

No se observan variaciones significativas en ningún caso. Sólo la excreción de sodio y cloro parece disminuir muy ligeramente.

Rodolfo Franco