

# ANALISIS DE REVISTAS

## CLINICA

TORNER-SOLER, M., MORATO-POR-TELL, J. M. y BALAGUER-VINTRO, I. — **Pulmonary stenosis with closed ventricular septum.** — (Estenosis pulmonar con séptum ventricular cerrado). *Am. Heart J.*, 1957, **53**, 213.

Estudian los autores 15 casos de estenosis pulmonar con séptum intraventricular cerrado. En 6 casos pudieron demostrar la presencia de un foramen oval persistente o un verdadero defecto del séptum atrial y en 2 anomalías en el retorno venoso (vena pulmonar en aurícula derecha en uno y vena cava superior izquierda persistente desembocando en la aurícula izquierda). El diagnóstico lo hacen en base a la auscultación de un soplo sistólico intenso con frémito y ausencia del 2º ruido pulmonar, dilatación posestrictural en el tronco de la pulmonar, pulmones claros o normales y signos de hipertrofia derecha electrocardiográfica.

Hemodinámicamente el detalle más importante es el gradiente de presiones entre pulmonar y ventrículo derecho, que fue en todos los casos menos uno, de tipo valvular, con cifras tensionales en el ventrículo derecho por encima generalmente de las del izquierdo.

Crean que sólo las estenosis muy moderadas no deben ser operadas.

*Villamil*

LEWITUS, Z. y NEUMANN, J. — **On the distribution of coronary Thrombosis attacks.** — (Sobre la distribución de los ataques de trombosis coronaria). *Am. Heart J.*, 1957, **53**, 339.

Un análisis estadístico de los ataques de infarto del miocardio en los enfermos hospitalizados en el Hospital de Beilinson (Israel) durante 5 años revela que no guardan relación con los cambios climáticos.

*Franco*

## ELECTROCARDIOGRAFIA

LENGYEL, L., CARAMELLI, Z. MON-FORT, J. y GUERRA, J. C. — **Initial**

**electrocardiographic changes in experimental occlusion of the coronary artery in non-anesthetized dogs with closed thorax.** — (Cambios electrocardiográficos iniciales en la oclusión coronaria experimental en perros sin anestesia con tórax cerrado). *Am. Heart J.*, 1957, **53**, 334.

Describen un método para efectuar la oclusión de la rama descendente de la arteria coronaria izquierda en perros sin anestesia y con tórax cerrado, para lo cual efectúan la operación en dos tiempos. En esa forma tratan de reproducir experimentalmente lo que ocurre en los seres humanos. Registran trazados continuos y observan que el primer signo que aparece es un aumento del voltaje de la onda T. También se producen cambios en el ritmo, en el complejo QRS y el complejo auricular. Los cambios de T son similares a los que ocurren precozmente en los primeros períodos del infarto del miocardio en el hombre.

*Franco*

HERRMANN, G. R., OATES, J. R., RUNGE, T. M. y HEJMANCIK, M. R. — **Paroxysmal pseudoventricular tachycardia and pseudoventricular fibrillation in patients with accelerated A. V. conduction.** — (Taquicardia paroxística pseudoventricular y fibrilación pseudoventricular en enfermos con conducción aurículoventricular acelerada). *Am. Heart J.*, 1957, **53**, 254.

Se estudian enfermos con crisis de taquicardia severas con palpitaciones, estado vertiginoso y trastornos visuales en ocasiones, pero que, pese a su gravedad y aspecto alarmante y a los trazados electrocardiográficos ominosos, tienen pulso palpable, presión arterial registrable y ceden generalmente a la terapéutica para dejar un electrocardiograma característico del síndrome de Wolff, Parkinson y White.

Dos de los enfermos presentaban taquicardia pseudoventricular y 4 fibrilación pseudoventricular. Atribuyen en estos casos la deformación de los complejos y la extrema rapidez de los latidos a la conducción aurículoventricular aberrante y

acelerada, siendo este último y el buen estado clínico general y buen pronóstico los hechos más significativos para diferenciar estas crisis taquicárdicas de las verdaderas taquicardias y fibrilaciones ventriculares.

*Franco*

ROBERTSON, D. — **On consistency in convention of view in vectorcardiography.** — (Sobre el valor de los convencionalismos para la interpretación de vectocardiografías). *Am. Heart J.*, 1957, **53**, 247.

Sugiere el autor los "puntos de vista" más lógicos para la representación de los vectocardiogramas en los planos frontal, sagital y horizontal.

Basándose en que el movimiento del impulso cardíaco, representado por un vector, hacia el observador es de signo positivo, se conviene que: a) el plano frontal debe ser visto desde el frente; b) el sagital debe ser visto desde la izquierda; c) el horizontal (coronal o transversal) desde abajo. El vectocardiograma en el plano horizontal visto desde abajo, debe orientarse con la parte anterior hacia arriba del diagrama.

Señala luego que los sistemas de algunos autores no concuerdan con los postulados por Einthoven, que no deben ser dejados de lado actualmente pese al tiempo transcurrido.

*Villamil*

### FISIOLOGIA

FREIS, E. D., SCHNAPER, H. W., LILIENTHAL, L. S. — **Rapid and slow components of the circulation in the human forearm.** — (Componentes rápido y lento de la circulación, en el antebrazo del hombre). *J. Clin. Invest.*, 1957, **36**, 245.

Este estudio se realizó para establecer si la sangre fluye en la periferia a velocidad uniforme o si ésta difiere según los territorios vasculares atravesados. Para ello se estudiaron las curvas de extinción de azul de Evans inyectado en la arteria braquial y recogido en una de las venas mayores del antebrazo.

De acuerdo al territorio limitado de distribución la cantidad de colorante a emplear es pequeña lo cual permite obtener curvas "incontaminadas" ya que en la recirculación, la sangre está despro-

vista de cantidades detectables de colorante.

Se efectuaron estudios en 28 sujetos normales, en 25 de los cuales se obtuvieron curvas cuyas ramas descendentes eran bifásicas indicando la existencia de 2 componentes de flujo, uno rápido y otro lento. En estos sujetos los compartimientos vasculares recorridos según esos componentes fueron aproximadamente iguales. El aumento de caudal de sangre en todo el antebrazo provocó un aumento de flujo mayor en el compartimiento rápido que en el lento, observándose un aparente aumento de capacidad de aquél, correlativo al incremento de velocidad.

En apariencia la velocidad de la sangre no difirió en los distintos territorios, cutáneo, muscular u óseo, sino que se produjo, uniforme y simultáneamente, en los lechos arteriolar y capilar de esos territorios. El retardo de la sangre se debería fundamentalmente al pasaje a través de las múltiples anastomosis interarteriolas, intercapilares e intervenulares que caracterizan a esos lechos vasculares.

*Capris*

### FISIOPATOLOGIA

HORLICK, L. — **Effect of acute fat loads on serum lipids in atherosclerosis.** — (Efecto de la sobrecarga aguda de grasa en los lípidos séricos en la aterosclerosis). *Circulation Research*, 1957, **V**, 368.

No existen diferencias apreciables en el metabolismo del colesterol (a través de las determinaciones sanguíneas de lípidos, colesterol, fosfolípidos y lipoproteínas) en sujetos normales y ateroscleróticos después de una comida de prueba muy rica en grasas. Sólo se comprobó un ligero retardo en la normalización de la cifra de los ácidos grasos así elevados en los sujetos ateroscleróticos comparados con los normales.

*Arrighi*

BONDURANT, S., HICKAM, J. B., ISLEY, J. K. — **Pulmonary and circulatory effects of acute pulmonary engorgement in normal subjects.** — (Efectos circulatorios y pulmonares de la congestión aguda de los vasos pulmonares en sujetos normales). *J. Clin. Invest.*, 1957, **36**, 59.

El presente estudio se realizó para investigar los efectos circulatorios y pul-

monares de la congestión aguda y reversible de los vasos pulmonares en sujetos normales. Ello se obtuvo con la aplicación rápida de presión sobre la superficie corporal, mediante la inmersión en agua hasta el cuello (presión 60 mm Hg) o bien con el uso de "trajes de compresión" que cubrían la mitad inferior del cuerpo aplicándose presiones de 103 mm Hg.

Se estudiaron los cambios de ventilación, volumen y presión pulmonar y así de la "compliance" y resistencia del pulmón, y por otra parte, las modificaciones de presión intraarterial y presión venosa mediante cateterismo; el grado de congestión vascular se apreció por medio de la radioscopia y de la radiactividad torácica luego de inyección de  $I^{131}$ .

La compresión corporal produjo en 15 sujetos un aumento de la presión venosa central de  $26.8 \pm 7.8$  cm  $H_2O$  y una disminución de la "compliance" pulmonar desde cifras control de  $.217 \pm .048$  a  $.093 \pm .036$  L. por cm  $H_2O$ . Manteniendo la compresión corporal por períodos de 2 minutos se observó un retorno progresivo pero incompleto a las cifras control, cuyo cambio fué impedido cuando se provocó vasoconstricción mediante noradrenalina o sumergiendo un brazo en agua helada.

La compresión corporal durante la infusión de noradrenalina produjo aumentos de presión venosa y disminuciones de "compliance" mayores que en los sujetos no tratados mientras que la administración previa de hexametonio redujo el aumento de presión venosa sin impedir las variaciones de la "compliance".

Todos estos cambios se atribuyeron, por lo menos parcialmente, a variaciones del contenido de sangre de los vasos pulmonares el cual a su vez se vinculó a cambios del tono venoso periférico.

#### Capris

### HIPERTENSION PULMONAR

ESPINO VELA J., GARCIA MONREAL H., DE FRANCISCO A., GIRALDO BOTERO E., QUIJANO PITMAN E., CONTRERAS R. — **Hipertensión pulmonar esencial. Estudio de siete casos, tres de ellos con necropsia.** — Arch. Inst. Cardiol. Méx. 1957, 27, 137.

Los autores presentan los resultados del estudio clínico, radiológico, electrocardiográfico, anatómopatológico y en algunos casos hemodinámico desiete portadores de hipertensión pulmonar esencial.

En el electrocardiograma es habitual una acentuada sobrecarga de las cavidades derechas. Se puede inferir que la presión intraventricular derecha es elevada cuando la onda P, en ausencia de cianosis, es acuminada y de altura mayor que lo normal.

En los 5 casos en que se realizó el cateterismo, siempre hallaron la presión en ventrículo derecho y pulmonar elevadas, y nunca fueron menores de 70 mm de Hg para la sistólica. La presión en aurícula derecha se mantuvo normal o ligeramente elevada.

Los autores opinan que se puede hablar de hipertensión pulmonar esencial, aún cuando existan malformaciones congénitas, incapaces por sí mismas de explicar el cuadro clínico. Esta es la razón por la cual incluyen en la serie un caso con desembocadura anómala de las venas pulmonares.

Finalmente hacen consideraciones etiológicas y acerca del mecanismo fisiopatológico probable.

#### Tempone

SHEPHERD, J. T., EDWARDS, J. E., BURCHELL, H. B., SWAN, H. J. C., & WOOD, E. H. — **Clinical, physiological and pathological considerations in patients with idiopathic pulmonary hypertension.** — (Consideraciones clínicas, fisiológicas y patológicas en pacientes con hipertensión pulmonar idiopática). British Heart Journal, enero 1957, XIX, 70.

Se estudiaron 10 pacientes en los que se hizo diagnóstico de hipertensión pulmonar idiopática en base a métodos clínicos y fisiológicos. Este diagnóstico es principalmente un proceso de eliminación de otros tipos de enfermedad cardíaca que se acompañan de hipertensión pulmonar. Se puede hacer una diferenciación exacta en la mayoría de tales enfermedades por medio de la aplicación de ciertas técnicas fisiológicas, especialmente por el método de las curvas de dilución de colorantes.

El único cortocircuito intracardíaco compatible con el diagnóstico de hipertensión pulmonar idiopática es el que se hace a través de un foramen oval permeable con válvula competente. Por definición, la hipertensión pulmonar asociada a un defecto del tabique interauricular, no es idiopática. No obstante, la diferenciación exacta por medio de métodos clínicos y fisiológicos de un cortocircuito a través del foramen oval cerrado a válvula

o a través de un verdadero defecto septal puede ser imposible, como ocurrió en un caso.

Se hizo estudio anatómopatológico en tres casos que murieron. En el único hombre de la serie se encontró un verdadero defecto septal, pero el aspecto del corazón sugería que no había existido un gran cortocircuito de izquierda a derecha. El aspecto histológico de las pequeñas arterias pulmonares era variable, pero el examen seriado de varias secciones a lo largo de un vaso mostraba frecuentemente obstrucciones localizadas que eran vistas en arterias cuya luz era permeable en la mayor parte de su longitud. En los pacientes estudiados post-mortem los cambios orgánicos de los vasos pulmonares parecían ser causa suficiente de la hipertensión pulmonar.

*Copello*

### INSUFICIENCIA CARDIACA

SHADLE, O. W., FERGUSON, T. B., SABISTON, D. C. Jr., GREGG, D. E. — **The hemodynamic response to lanatoside-C of dogs with experimental aorticaval fistulas.** — (Respuesta hemodinámica al lanatósido-C en perros con fístula experimental aortocava). *J. Clin. Invest.*, 1957, **36**, 335.

Se estudiaron las alteraciones hemodinámicas producidas por fístula aortocava en perros, después de 1 a 14 meses de realizada la operación. En el momento de estudio la mayoría de los animales presentaban aumento de la presión de fin de diástole en ventrículo izquierdo, y asimismo se hallaban aumentados el volumen minuto, volumen sistólico y trabajo ventricular. En la mayoría de los casos se observaron uno o más signos indicativos de falla cardíaca como edema pulmonar o de extremidades y ascitis.

La digitalización aguda con lanatósido-C no determinó cambios hemodinámicos significativos después de lapsos de 1 hora a 4 días de la administración digitalica, excepción hecha de 4 animales en los que se produjeron aumentos del índice cardíaco que carecieron de significación.

Esta ausencia de respuesta a los digitálicos difiere con las observaciones de Davies y colab. en perros en falla cardíaca por constricción de arteria pulmonar, atribuyéndose esta diferencia a las distintas condiciones hemodinámicas de los animales de ambos estudios.

*Capris*

### TERAPEUTICA

BEST M. M. y DUNCAN CH. H. — **Inhibitory effect of "isocholesterol" on the absorption of cholesterol.** — (Efecto inhibidor del "isocolesterol" en la absorción del colesterol). — *Circulation Research*, 1957, **V**, 401.

Se demuestra experimentalmente en ratas que la adición de "isocolesterol" (una mezcla de esteroides de carbono 30 existentes en la grasa de la lana) a una dieta rica en colesterol inhibe la elevación del colesterol sérico y su acumulación hepática porque uno o más de sus componentes impiden la absorción intestinal del colesterol. Ello no sucede si la dieta es pobre en colesterol. Esta acción, como la de otros esteroides, parece depender de la presencia de un grupo hidroxílico libre en el carbono 3.

*Arrighi*

THORSEN R. K. — **Anticoagulation therapy for Congestive heart failure.** — (Terapéutica anticoagulante en la insuficiencia cardíaca congestiva). — *Acta Médica Scandinavica*, 1957, **158**, 203.

La presencia tan frecuente de accidentes tromboembólicos en enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva, motivó a los autores a tratar estos enfermos con drogas anticoagulantes (dicumarol).

En los enfermos sometidos a esta terapéutica, observaron sólo el 6,6 por ciento de complicaciones tromboembólicas con 2,2 por ciento de muertes, mientras que en el grupo de enfermos no tratados la incidencia fue del 15 por ciento.

*R. Franco*

WERNER I. — **The effect of 2-diethylaminoethyl-isonicotinamide on cardiac arrhythmia in man.** — (El efecto de 2-dietilaminoetil-isonicotinamida en las arritmias humanas). — *Acta Médica Scandinavica*, 1957, **158**, 225.

Se estudia el efecto antiarrítmico de la droga mencionada (Parytmid, Ambonesyl) en 41 enfermos con diversas arritmias cardíacas. La droga fué especialmente efectiva en el tratamiento de la fibrilación auricular. La dosis óptima terapéutica parece ser entre 0,2 y 2 gr en inyección endovenosa rápida. Pueden aparecer ligeras náuseas después de la misma pero que no contraindican el medicamento.

*R. Franco*