

ANALISIS DE REVISTAS

ANATOMIA PATOLOGICA

TRICOT, R., CHICHE, P., ACAR, J. — **Thrombose canalisée de l'oreillette gauche.** (Trombosis canalizada de la orejuela izquierda). — Arch. mal. coeur, 1957, 1, 75.

Se relata una observación que clínicamente presentó cianosis intensa con signos de insuficiencia ventricular derecha, de evolución de algunos meses. La necropsis demostró una trombosis masiva de consistencia blanda, cruzada por neo-canales. El endocardio auricular estaba poco alterado. Había una estenosis mitral muy cerrada. Se considera que el diagnóstico clínico es imposible.

Viola

CIRUGIA

VAQUERO, M., ESTANDIA, A., ESQUIVEL, J., FISHLEDER, B. L. — **Valoración del grado de insuficiencia mitral en candidatos a comisurotomía.** — Archivos del Instituto de Cardiología de México, 1957, 27, 68.

Se estudiaron 340 enfermos comisurotomizados. Se señalan los hallazgos significativos de insuficiencia mitral predominante: soplo holosistólico en punta irradiado a la axila; signos clínicos y radiológicos de agrandamiento ventricular izquierdo; aumento de tamaño de gran magnitud de la aurícula izquierda; electrocardiograma de sobrecarga diastólica izquierda. Desde el punto de vista hemodinámico la insuficiencia mitral predominante no produce aumentos considerables en la presión y resistencia pulmonar.

Aunque el error puede ser posible, valorando correctamente los elementos antes mencionados se lo puede evitar en la mayoría de los casos.

Viola

ROBLES, C., QUIJANO PITMAN, F., SIERRA FLORES, J. — **Tratamiento quirúrgico de la coartación aórtica. Estudio de una serie de 32 casos operados.** — Archivos del Instituto de Cardiología de México, 1957, 27, 60.

Se estudió la edad, sexo, datos clínicos, radiológicos, electrocardiográficos, hallazgos anatómicos, técnica operatoria y resultados inmediatos y alejados. Se señala la frecuente asociación con otras malformaciones, aorta bivalva, especialmente. La mortalidad global fué de 16,1 por ciento pero fué nula en enfermos de menos de 15 años. Se destaca que los resultados alejados fueron excelentes.

Viola

ADAM, P., ESPAGNO, G. — **Note sur l'emploi de l'heptaminol en chirurgie cardiaque expérimentale à coeur ouvert.** (Nota sobre el empleo del heptaminol en cirugía cardíaca experimental con corazón abierto). — Arch. mal. coeur, 1957, 1, 51.

Es un nuevo analéptico y tónico cardíaco. En los casos de fibrilación ventricular, la inyección de 2 ampollas de solución al 5 por ciento en la orejuela derecha hace más rápida la respuesta favorable al empleo del desfibrilador eléctrico. También fué usado con éxito en casos de insuficiencia ventricular aguda (que se produce después de restablecer la circulación).

Viola

STEINZEIG, S. M., PINSKY, S. T., ALIMURUNG, M., DIMOND, E. G. — **Phonocardiographic changes in mitral stenosis before and after valvulotomy: a correlation with mitral valve size.** (Variaciones en el fonocardiograma de la estenosis mitral antes y después de la valvulotomía: correlación con el diámetro valvular). — Am. Heart J., 1957, 53, 735.

Se estudiaron 16 enfermos con estenosis mitral mediante fonocardiograma logarítmico y electrocardiograma (derivación II) simultáneamente, antes y después de la valvulotomía, a fin de demostrar una correlación entre las mediciones fonocardiográficas y el área valvular estimada en el acto quirúrgico. El intervalo Q-1 (entre el comienzo del QRS y las vibraciones máximas del 1er. ruido) fué siempre prolongado (normal 0,06 seg o menos).

La prolongación del intervalo Q-1 a 0,09 seg o más se halló en las estenosis mitrales más cerradas. Esta correlación parece tener importancia clínica.

Tempone

CIRUGIA CARDIOVASCULAR

BENAVIDES DE ANDA P. H., SALAZAR DAVILA J. — **El problema de la trombosis intracavitaria en la comi-surotomía mitral.** Arch. Inst. Cardiol. Méx. 1957, 27, 200.

Los autores consideran que la comi-surotomía mitral presenta tres grandes problemas: la trombosis intracavitaria, la calcificación valvular y la insuficiencia mitral.

Según su localización la trombosis será de orejuela, de aurícula o de ambas simultáneamente. La de aurícula puede subdividirse en: a) obliterante; b) oclusiva; y, c) el trombo esférico o "Ball-Thrombus".

Los riesgos que significa la presencia de trombosis en el acto quirúrgico se refieren a: la producción de embolias; el taponamiento del orificio mitral; las dificultades técnicas para la realización de la maniobra quirúrgica.

Del estudio de un extenso material humano de 535 casos operados, entre los cuales 59, o sea el 11 por ciento con trombosis intracavitaria macroscópica, los autores deducen interesantes conclusiones: no se halló relación estadística entre trombosis y cardiomegalia, insuficiencia tricuspídea, calcificación y sexo. Predominó la trombosis de la orejuela (86,4 por ciento), no existiendo relación con el tamaño.

La presencia de trombosis aumenta con la edad. La fibrilación auricular y la insuficiencia cardíaca acompañan con frecuencia a la trombosis. Esta última se presenta casi exclusivamente en la estenosis cerrada, siendo rara la coexistencia de insuficiencia mitral.

Los casos no comisurotomizados tienen menos probabilidades de hacer embolias operatorias y actividad reumática, pero la mortalidad tardía es el doble en los casos no comisurotomizados que en los intervenidos. En los casos en los que se dejó el trombo se produjeron menos embolias operatorias y posoperatorias.

Las embolias preoperatorias ocurrieron aproximadamente en igual proporción en los casos con trombosis que en aquellos en los que no se encontró la trombosis en el acto quirúrgico. Todas las embolias operatorias fueron cerebra-

les y los 2/3 de ellas resultaron mortales. De las 6 embolias operatorias en 2 casos se encontraban asociadas trombosis y calcificación, señalando los autores la posibilidad de que el punto de partida haya sido la calcificación.

Los 59 casos portadores de trombosis presentaron una mortalidad operatoria de 8,4 por ciento, siendo la operatoria y tardía combinadas del 20 por ciento.

Se remarca el hecho de que esta mortalidad es más elevada que en las series quirúrgicas en que no existía trombosis, en las cuales ambas cifras de mortalidad fueron respectivamente del 0,9 por ciento y 2,2 por ciento.

Tempone

CLINICA

LEATHAM, A. and GRAY, I. — **Auscultatory and phonocardiographic sings of atrial septal defect.** — (Signos auscultativos y fonocardiográficos de la comunicación interauricular). — British Heart J., April 1956, 193.

Se estudiaron desde el punto de vista auscultatorio y fonocardiográfico, 40 pacientes con comunicación interauricular cuyo diagnóstico se estableció por medio del cateterismo cardíaco. Un grupo constituido por 10 pacientes tenían hipertensión pulmonar de 50 mm de Hg o más, 10 casos fueron operados y en el acto operatorio se confirmó el diagnóstico y se precisaron sus particularidades especialmente en relación con la válvula mitral.

El primer ruido intenso se encontró en 17 casos y es atribuido al aumento del flujo a través de la válvula tricúspide y así fué común encontrarlo en aquellos casos que tenían los flujos más grandes.

Un ruido pulmonar de eyección sistólica precoz fué auscultado y registrado fonocardiográficamente en los casos que tenían hipertensión de la arteria pulmonar.

El desdoblamiento del segundo ruido es un signo importante para el diagnóstico y se produce por una prolongación de la sístole del ventrículo derecho con respecto del izquierdo, determinada por la diferencia en los flujos de ambos ventrículos. Dicho desdoblamiento desapareció en todos los casos operados con reparación del orificio de la comunicación.

Un soplo sistólico en la base se auscultó en 36 casos de la serie y se caracterizó por aparecer en seguida del primer ruido atenuándose antes de la aparición del 2º.

Se produce como resultado del aumento del flujo pulmonar y su atenuación antes del 2º ruido se debe a la declinación de dicho flujo.

Otro soplo sistólico se auscultó sobre la válvula tricuspídea o mitral, es pansistólico y se extiende hasta el 2º ruido o aun más allá y es debido a una insuficiencia de la válvula tricúspide.

Un soplo diastólico que comienza inmediatamente después del 2º ruido, de máxima intensidad en foco pulmonar se encontró en 7 casos y se hallaba invariablemente ligado a dilatación e hipertensión de la arteria pulmonar y fué atribuido a insuficiencia pulmonar siendo especialmente semejante al soplo existente en la hipertensión pulmonar debida a otras causas.

Un soplo diastólico breve fué encontrado en 21 pacientes y se caracterizó por comenzar apreciablemente tarde del cierre de la válvula pulmonar correspondiendo al período de lleno ventricular rápido. De las tres causas posibles en la producción de dicho soplo (coincidente estenosis mitral, shunt de izquierda-derecha, o aumento del flujo a través de la válvula tricuspídea), los autores prefieren referirlo a esta última dado que la localización, la calidad y el hecho de aumentar de intensidad durante la inspiración que se traduce en un aumento de las presiones negativas del tórax y por medio de ella en un mayor aflujo sanguíneo, permite descartar las otras dos posibilidades.

Del total de sus observaciones deducen los autores que el aumento de flujo a través de la válvula tricúspide, frecuentemente da origen a un primer ruido intenso, un soplo diastólico breve y tardío y ocasionalmente a un soplo sistólico auricular derecho.

El aumento del flujo causa un soplo mesosistólico de eyección y a un retraso del cierre de la válvula pulmonar con desdoblamiento del 2º ruido.

Cuando se agrega la hipertensión pulmonar un ruido precoz de eyección sistólica, acentuación del componente pulmonar del 2º ruido y un soplo diastólico precoz de incompetencia pulmonar. También cuando por la presencia de una resistencia vascular pulmonar aumentada tiende a disminuir el flujo pulmonar y a invertirse el shunt, el soplo diastólico tricuspídeo, el sistólico pulmonar y el desdoblamiento del 2º ruido tienden a desaparecer.

DEXTER, L. — **Atrial septal defect.** — (Comunicación interauricular), *British Heart J.*, April 1956, 209.

Se estudiaron 60 pacientes portadores de este defecto, por medio del cateterismo cardíaco y se presentan las observaciones hemodinámicas que contribuyeron a dilucidar ciertas características fisiopatológicas de dicha enfermedad.

Un defecto de área superior a los 2cm² determina la desaparición del gradiente normal de presión entre ambas aurículas, comportándose fisiológicamente como una cavidad común. En pacientes con grandes shunts de izquierda a derecha, las presiones medias y de fin de lleno fueron uniformemente idénticas, confirmando que la principal causa de dicho shunt radica en la distensibilidad mayor del ventrículo derecho con respecto del izquierdo. La magnitud de dicho shunt depende entonces de la relación existente entre el volumen minuto del ventrículo derecho y el del izquierdo.


La cianosis, cuando ella existe, es debido más al shunt invertido de derecha a izquierda que a los factores pulmonares agregados. Los grados severos de insaturación resultan de la declinación del volumen minuto del ventrículo derecho que se aproxima en valor al del ventrículo izquierdo facilitando así la mezcla de sangre entre ambas aurículas.

Las alteraciones vasculares del pulmón es excepcional que ocurran antes de la edad adulta y se caracterizan por lesiones obliterativas de la íntima y frecuentemente también por trombosis cuya patogenia es aún oscura. Una grosera estimación de la misma puede obtenerse por el cálculo de las resistencias pulmonares.

La insuficiencia ventricular derecha resulta de: A) la sobrecarga del ventrículo por el desarrollo de trastornos vasculares pulmonares; B) aumento del trabajo como resultado del mayor volumen minuto; y, C) insuficiencia tricuspídea que clínica o fisiológicamente es imposible de diferenciar de la insuficiencia mitral.

La insuficiencia ventricular derecha no se caracteriza por un aumento de la presión diastólica de dicho ventrículo sino por una reducción del volumen minuto que lleva eventualmente a invertir el shunt.

La insuficiencia del ventrículo izquierdo que no había sido descripta hasta el momento actual fué encontrada en 14 de los 60 casos y este hecho no debe de sorprender dado que es muy frecuente encontrar que el ventrículo izquierdo es hi-



*Todo en el mundo
es armonía*

La salud es la armonía de las funciones, como la belleza es la armonía de las formas del cuerpo, como la verdadera bondad es la armonía de los sentimientos éticos, como la verdadera sabiduría es la armonía del intelecto.

Prof. Dr. NICOLA PENDE

FORMULA: Cada gragea contiene:

| | |
|---|------------------|
| Tartrato de ergotamina | 0,0003 g. |
| Alcaloides totales levógiros de Atropa belladonna | 0,0003 g. |
| Butabarbital sódico | 0,0150 g. |
| Reserpina | 0,0001 g. |
| Excipiente | c. s. p. 0,15 g. |

Frascos de 25 grageas

SEDOVAGAL

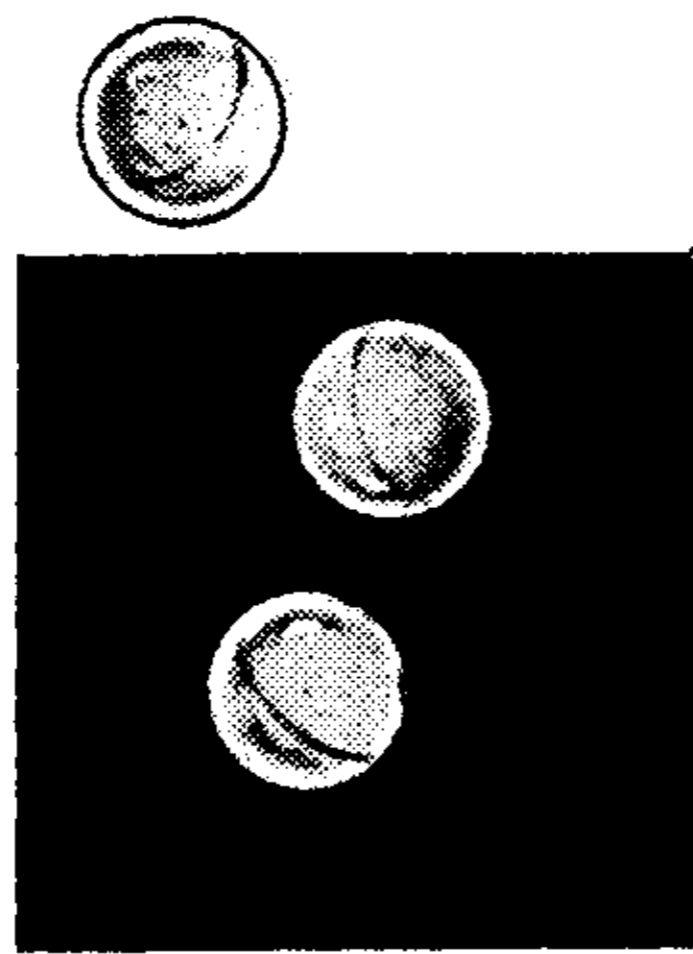
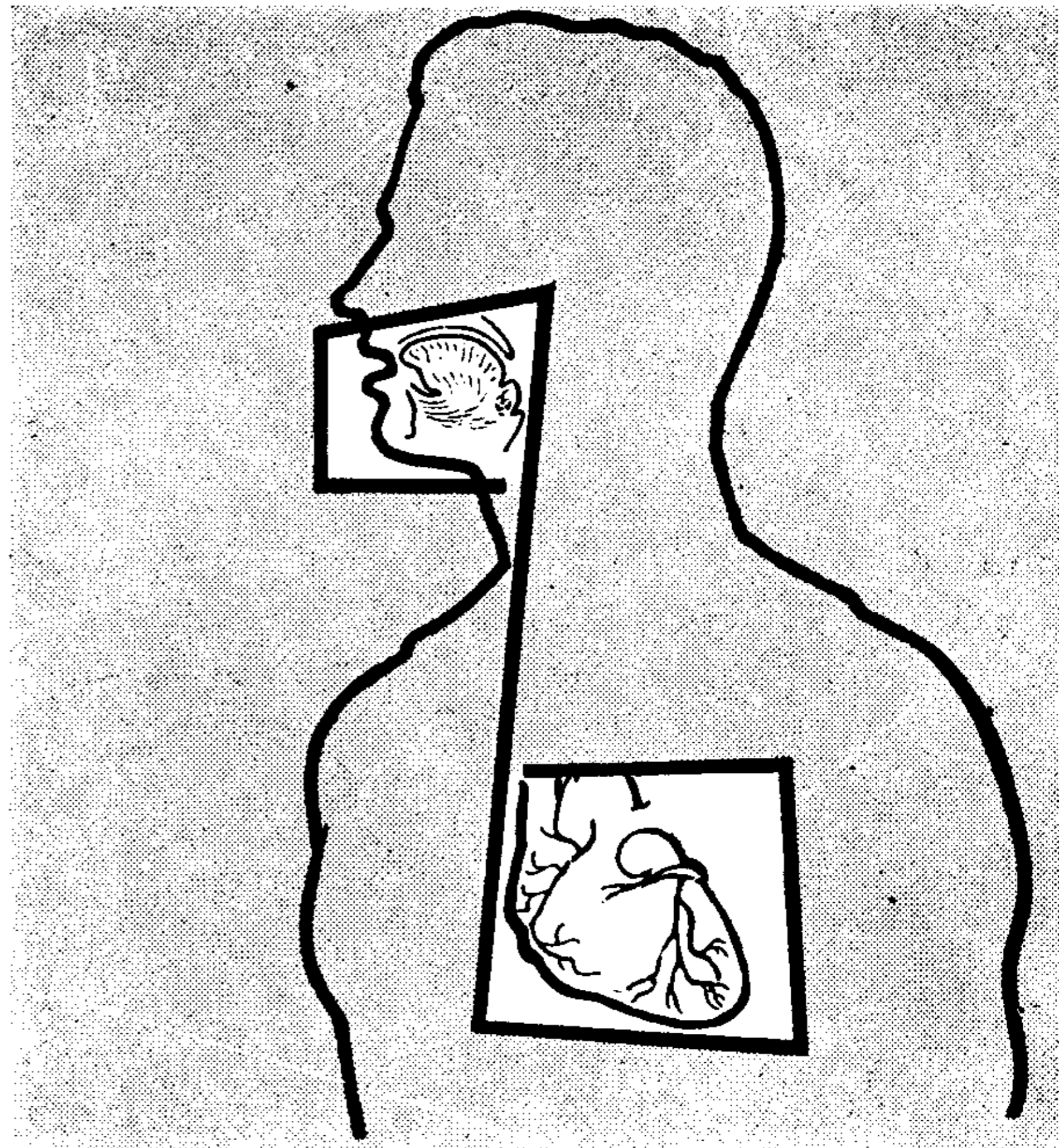
neuroarmonizador

VIA SUBLINGUAL

ASEGURA

efecto

inmediato



NITROLINGUAL

PERLAS

Poderoso vasodilatador coronario para el tratamiento de:

ANGINA DE PECHO

Dosificación: 1 a 2 perlas en el momento del ataque. Las cápsulas deben morderse, arrojando la envoltura y dejando deslizar su contenido a la región sublingual.

Ventajas: Seguridad de una dosificación exacta - No hay evaporación - No hay transformación - Cómodo en su empleo.

Presentación:
Estuche con
30 cápsulas



**INDUSTRIA SUDAMERICANA
PRODUCTOS FARMACEUTICOS**

poplástico. Fisiológicamente se caracteriza por un aumento de la presión diastólica en dicho ventrículo, así como también en ambas aurículas y ventrículo derecho; y por una reducción muy pequeña del volumen minuto.

Hemodinámicamente es muy dificultoso si no imposible diagnosticar la presencia de una estenosis mitral ya que las presiones aumentadas de la aurícula izquierda que cabría esperar se encuentran también aumentadas en la insuficiencia ventricular izquierda, y solamente es posible diferenciar estas dos situaciones cuando habiéndose podido cateterizar el ventrículo izquierdo se puede demostrar la existencia de un gradiente aurículo-ventricular.

Vicario

CIRROSIS PERIFERICA

HOLMGREN I. — **The resistance of the capillaries to mechanical trauma in relation to age, blood pressure and the seasons of the year. Parts I, II & III.** — (La resistencia de los capilares al trauma mecánico y en relación a edad, presión arterial y estaciones del año. Partes I, II y III). — *Acta Medica Scandinavica*, 1957, 158, 269.

Utiliza el autor el test descrito por él mismo en cerca de 2000 pacientes de su práctica privada y encuentra interesantes relaciones.

La positividad del test aumenta con la edad.

El porcentaje de individuos con test positivo y con mayor grado de fragilidad capilar, aumenta con la elevación de la presión arterial.

Encuentra en el sexo masculino mayor número de tests positivos, por lo cual parece ser mayor la fragilidad capilar al aumentar la edad, la presión arterial y en el hombre; aunque en la mujer entre los 51-60 años los casos positivos son muy frecuentes.

También el clima parece tener influencia, pues los casos positivos son más numerosos en invierno en los pacientes entre los 51-60 años, mientras que en verano son mayores en los sujetos óvenes.

R. Franco

CONGENITA

SOULIÉ, P., DI MATTEO, J., ABAZA, A., NOUIALLE, J., THIBERT, M. — **Cardiomégalie familiales.** (Cardiomegalias familiares). — *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, 1957, 1, 22.

Se relatan 3 casos familiares y 1 que no lo era. Presentaban cardiomegalia global considerable, a menudo descubierta fortuitamente. Hubo modificaciones electrocardiográficas: hipertrofia ventricular izquierda o bloqueo de rama izquierda, frecuentemente asociados con acortamiento del PR (con aspecto de Wolff-Parkinson-White). El examen anatómico mostró hipertrofia en todas las cavidades, especialmente del ventrículo izquierdo. Histológicamente se observó una esclerosis miocárdica con hipertrofia y vacuolización de las fibras.

Viola

ELECTROCARDIOGRAFIA

BISTENI, A., SODI PALLARES, D., MEDRANO, G., PILEGGI, F. — **Nuevos conceptos para el diagnóstico de las extrasístoles ventriculares.** — *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 1957, 27, 46.

Este trabajo experimental tuvo por objeto reproducir la morfología de las extrasístoles observadas en clínica y poder así estudiar el origen preciso del foco ectópico. Se llegan a establecer las siguientes condiciones para hacer diagnóstico ventricular: 1) que el complejo extrasistólico tenga morfología de bloqueo completo de rama, siempre que el estímulo descargue entre la rama descendente de T y la rama ascendente de P; 2) si el estímulo descarga el segmento PR, la morfología es de bloqueo incompleto de rama y el estímulo descarga sobre el PR, la extrasístole que se produce en el mismo lado del bloqueo tiene una morfología de QRS normal o con poca aberrancia.

Viola

WALKER S. M. — **Fixed coupling and short PR interval induced in the dog by stimulation of the sympathetic nervous system.** — (Ligadura fija e intervalo PR corto inducido en el perro por estimulación del sistema nervioso simpático). — *American Journal of Physiology*, 1957, 190, 41.

Inyectan fosfato monobásico y dibásico M/6 de potasio en la cisterna magna en perros con anestesia barbitúrica y observan que la presión arterial aumenta,

lo mismo que la frecuencia del pulso y aparece arritmia cardíaca, la que aumenta con la sección del vago.

Esta arritmia se caracteriza por la aparición de una bigeminia caracterizada por un latido normal y un complejo de suma con PR corto y QRS prolongado semejante a los que se observan en el síndrome de Wolff-Parkinson-White. Por estimulación vagal se comprueba fácilmente que la anormalidad del QRS se debe a la suma de un latido ectópico, pues al retardarse el impulso sinusal no se altera la relación entre el latido normal y el ectópico.

R. Franco

SKOUBY A. P. — **On the clinical value of electrocardiography in renal failure.** — (Valor clínico del electrocardiograma en la insuficiencia renal). — *Acta Médica Scandinavica*, 1957, **158**, 395.

Los cambios electrocardiográficos característicos de la hiperpotasemia se correlacionan con los niveles de potasio plasmático hallados en la experimentación animal y en diversas situaciones clínicas.

Los trazados típicos de hiperkalemia se encuentran más frecuentemente en los casos agudos de insuficiencia renal, igualmente que la aparición de un potencial tardío positivo, hechos que no se observan nunca en la uremia crónica sin complicaciones agudas.

R. Franco

FIEBRE REUMÁTICA

KJORSTAD H. — **Rheumatic fever in the aged.** — (Fiebre reumática en personas adultas). — *Acta Médica Scandinavica*, 1957, **158**, 337.

En los últimos 50 años parece haber disminuído la incidencia de la fiebre reumática en los países escandinavos. Esta afección que ataca generalmente a niños o jóvenes, parece predominar en Escandinavia en los adultos jóvenes, encontrándose casos arriba de los 50 años, hecho que es una rareza en otros países. Comparando los enfermos admitidos en el Hospital de Ulleval, Oslo, en los años 1923-1927 (283 enfermos) y entre 1946-1955 (298 enfermos) se ve que al mismo tiempo que ha disminuído el número de casos, la enfermedad parece desplazarse hacia las edades más avanzadas de la vida. Se estudian también la sintomato-

logía y formas clínicas de la fiebre reumática en 46 enfermos de más de 50 años de edad.

R. Franco

FISIOLOGIA

GARCIA J. F. — **Changes in blood, Plasma and red cell volumen in the male rat as a function of age.** — (Cambios en la sangre, volumen celular y plasmático en la rata macho en función de la edad). — *American Journal of Physiology*, 1957, **190**, 19.

Utilizan la técnica de glóbulos rojos marcados y encuentran un período de anemia entre los 15 y 20 días que luego es compensado por el aumento constante del volumen eritrocítico y la cantidad de hemoglobina.

R. Franco

FISIOPATOLOGIA

RAPAPORT, E., KUIDA, H., DEXTER, L., HENNEMAN, P. H., ALBRIGHT, F. — **The cardiac output in Paget's Disease before and after treatment with cortisone.** — (El volumen minuto cardíaco en la Enfermedad de Paget antes y después del tratamiento con cortisona). — *Amer. J. Med.*, 1957, **22**, 252.

Estudiaron seis casos de enfermedad de Paget (osteítis deformante). Estimaron el volumen minuto cardíaco y el volumen sanguíneo total con el método de inyección de indicadores. Encontraron que el volumen minuto estaba elevado en todos los casos. El tratamiento con dosis elevadas de cortisona hizo disminuir el VM a cifras normales, de tres a nueve días después de instituído, en todos los casos. Aumentó la resistencia periférica total, pero no se modificaron el consumo de O₂, hematócrito, volumen sanguíneo total, presión arterial media ni presión del pulso. El tratamiento con cortisona produjo un marcado descenso de la frecuencia del pulso en tres de los casos.

Consideran probable que las modificaciones dinámicas en la enf. de Paget se deban a que la rica vascularización de las lesiones se comporta como fístulas arteriovenosas múltiples. El tratamiento con cortisona modifica esta situación por un mecanismo que no es aclarado por este estudio.

D'Aiutolo

CASELLAS, A., SAHAGUN, E., RUBIO, V., SONÍ J. — **Estudio hemodinámico de 15 casos de pericarditis constrictiva crónica.** — Archivos del Instituto de Cardiología de México, 1957, 27, 78.

En los 15 casos se encontró la típica curva de presión en ventrículo derecho. En la arteria pulmonar la presión sistólica estuvo moderadamente elevada en casi todos los casos, lo mismo que la diastólica. Este aumento de la presión mínima no puede relacionarse con el compromiso del ventrículo izquierdo por no haberse determinado la presión capilar. El volumen minuto estuvo disminuído en 7 de los 12 casos en que fué determinado. Una diferencia arteriovenosa superior a 5 volúmenes fué hallada en la mitad de los casos.

Viola

MOREAU, P., RENAI, J., SCEBAT, L. — **Etude de l'œdème pulmonaire compliquant l'embolie pulmonaire expérimentale.** (Estudio del edema pulmonar que complica a la embolia pulmonar experimental). — Arch. mal. coeur et vaisseaux, 1957, 6, 550.

El edema pulmonar complica la embolia pulmonar en alrededor del 90 por ciento de los casos. Este edema no se acompaña de elevación alguna de la presión venosa pulmonar. Es evidente por la inyección previa de un antihistamínico.

Tempone

BURCH, G. E., HYMAN, A. — **Influence of a hot and humid environment upon cardiac output and work in normal man and in patients with chronic congestive heart failure at rest.** (Influencia de un ambiente húmedo y caliente sobre el rendimiento y trabajo cardíacos en hombres normales y en pacientes en insuficiencia cardíaca congestiva en reposo). — Am. Heart J., 1957, 53, 665.

Experiencias en sujetos normales y en enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva, en reposo, revelaron que un ambiente caluroso y húmedo producía un aumento en el trabajo cardíaco, volumen minuto y volumen sistólico en ambos grupos, pero menor en los cardiopatas en insuficiencia. El aumento en el trabajo cardíaco y volumen minuto ocurrió como consecuencia de un mayor volumen sistólico y no por gran aumento de la fre-

cuencia cardíaca (como ocurre en el ejercicio).

Tempone

MAHRER, P. R., KILLIP, T., LUKAS, D. S. — **Hemodynamics in atrial flutter with spontaneous reversion to normal sinus rhythm.** (La hemodinamia en el aleteo auricular con recuperación espontánea del ritmo sinusal). — Am. Heart J., 1957, 53, 680.

Durante un cateterismo cardíaco en una mujer de 31 años con estrechez mitral, se produjo fibrilación auricular y posteriormente retorno espontáneo al ritmo sinusal. Este hecho dio oportunidad para estudiar las condiciones hemodinámicas en esta arritmia bajo condiciones ideales. El volumen minuto y las presiones intracavitarias en el lecho vascular pulmonar no sufrieron alteración significativa. Durante la fibrilación se obtuvieron trazados de presiones típicos de insuficiencia mitral y tricuspídea, que desaparecieron con el retorno del ritmo sinusal. Este trastorno en el cierre valvular fué imputado al hecho ya señalado de que la concentración auricular normal juega un papel importante en el cierre correcto de las aurículoventriculares.

Tempone

LINDSEY A. W., BANAHAN B. F., CANNON R. H. y GUYTON A. C. — **Pulmonary blood volume of the dog and its changes in acute heart failure.** — (Volumen sanguíneo pulmonar en el perro y sus alteraciones en la insuficiencia cardíaca aguda). — American Journal of Physiology, 1957, 190, 45.

Miden el volumen sanguíneo pulmonar y del ventrículo izquierdo en el perro por un método directo. Encuentran, así, que el volumen sanguíneo de este sector representa el 13 por ciento del volumen total. Al producir insuficiencia derecha aguda éste se reduce hasta el 48 por ciento, mientras que si la insuficiencia cardíaca aguda se efectúa sobre el ventrículo izquierdo, la cantidad de sangre aumenta en un 70 por ciento comparados con los valores de los controles.

R. Franco

BROUSTET, P., BRICAUT, T., MULLON, P. avec la collaboration de MM. CHARLES et MARTIN P. L. — **La circulation bronchique du poumon mitral.** (La circulación brónquica del pulmón mitral).

— Archives mal, du coeur et vaisseaux, 1957, 6, 522.

Se destaca la importancia del sistema vascular bronquial del pulmón mitral. Se refieren las nociones modernas anatómicas, histológicas y fisiológicas concernientes a las relaciones entre la circulación brónquica y pulmonar y la importancia de sus anastomosis en el sujeto normal.

Se presenta el estudio anatómico de anastomosis arterioarteriales de 8 pulmones mitrales. Su estructura histológica ha sido precisada y comparada a los diferentes tipos de arteriolas encontradas en el pulmón mitral.

Después de haber investigado las causas posibles del desarrollo de la circulación brónquica en los mitrales, se ha examinado sucesivamente el papel de esta circulación en la génesis del edema mucoso bronquiolar, en los trastornos de la hematosi, en las hemoptisis y en la hemosiderosis pulmonar.

Sugieren los autores que el desarrollo de las uniones arterioarteriales pulmonares podría ser una causa de la resistencia arteriolar comprobada en los mitrales.

Tempone

ANGELALOS, E. T., LAFORET, E. G. y HEGNAUER, A. H. — **Ventricular excitability and refractoriness in the hypothermic dog.** — (Excitabilidad y refractariedad ventricular en el perro hipotérmico). Am. J. Physiol., 1957, 189, 591.

Las alteraciones principales que llevan al corazón a la fibrilación ventricular bajo hipotermia son todavía muy oscuras. Las mediciones efectuadas experimentalmente de la excitabilidad ventricular a lo largo del ciclo cardíaco completo del perro bajo hipotermia mostró que el período refractario se prolonga notablemente. Esto no se debe a la disminución de la frecuencia cardíaca, pues en animales que tenían bloqueo aurículo-ventricular completo con frecuencias similares a los sometidos a hipotermia, no aumentó el período refractario ventricular.

No encuentran alteraciones de significación en el período de excitabilidad diastólica del ventrículo al bajar la temperatura de 48° a 24°.

Parecería que el aumento de la susceptibilidad del corazón hipotérmico para la fibrilación ventricular no debe ser atribuido a cambios en este período o en el refractario total.

El primero se mantiene al principio igual y luego tiende a decrecer mientras el último aumenta progresivamente con el enfriamiento, lo que parecería proteger al ventrículo contra la fibrilación. Las alteraciones tal vez residan en el ritmo de la recuperación que es mayor para el período de repolarización que para el de excitabilidad.

Villamil

GOLLAN, F., RUDOLPH, G. G. y OLSEN, N. S. — **Electrolyte transfer during hypothermia and anoxia in dogs.** (Cambios electrolíticos en perros bajo hipotermia y anoxia). Am. J. Physiol., 1957, 189, 277.

Las limitaciones de la hipotermia para la cirugía cardíaca han llamado la atención hacia los posibles cambios electrolíticos como causa de la irritabilidad miocárdica aumentada y la muerte por fibrilación ventricular. No se han encontrado cambios generalmente en el sodio, calcio, cloruros y fósforo.

En lo que respecta al potasio, han sido registradas cifras muy variables lo que ha sido imputado a diferencias en la anestesia. Encuentran los autores en los animales bajo hipotermia que el potasio baja en el músculo esquelético, auricular y en el plasma mientras que el bromo aumenta.

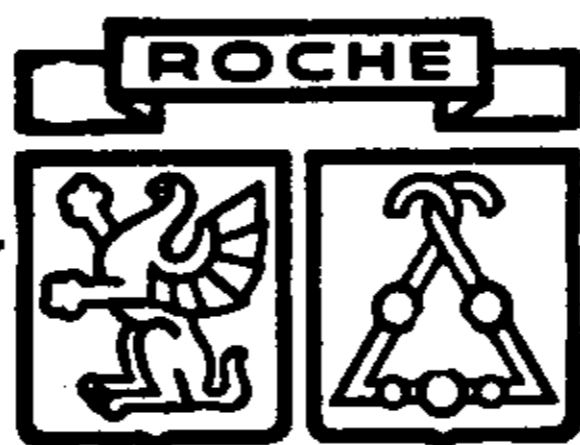
En animales normotérmicos la anoxia produce aumento del bromo en el músculo esquelético y de sodio en el auricular mientras que el potasio aumenta en el plasma y en el miocardio.

Anoxia más hipotermia produce pérdida del potasio en el corazón y disminución de la relación sodio-potasio en el músculo auricular, la que es mayor que en el esquelético, mecanismo que podría ser el causante del aumento de la irritabilidad miocárdica que se observa a bajas temperaturas.

Franco

KORNER, P y SHILLIGFORD, J. — **Tricuspid incompetence and right ventricular output in congestive heart failure.** — (Insuficiencia tricuspídea y rendimiento del ventrículo derecho en la insuficiencia cardíaca). British Heart J., enero 1957, XIX, 1, 1.

Los estudios de presiones en la aurícula derecha y de las curvas de flujo en la insuficiencia cardíaca demuestran que con una presión venosa mayor de 8 mm de Hg puede haber insuficiencia tricuspídea funcional. Si el flujo hacia adelante



VITAMINETS

'Roche'

F U E R T E

VITAMINAS Y MINERALES

en una sola gragea, que puede masticarse

La administración supletoria de vitaminas y minerales debe regirse por un principio: ni ser demasiado exigua, porque no se obtendría la finalidad deseada, ni ser excesiva, puesto que los factores mencionados son utilizados en la medida de su necesidad orgánica y el resto es desaprovechado, eliminándose. La fórmula equilibrada de Vitaminets Fuerte observa esta norma.

POSOLOGIA

Adultos: 1-2 ó más grageas por día.

Niños: 1 gragea por día.

PRESENTACION

Frascos de 30 y

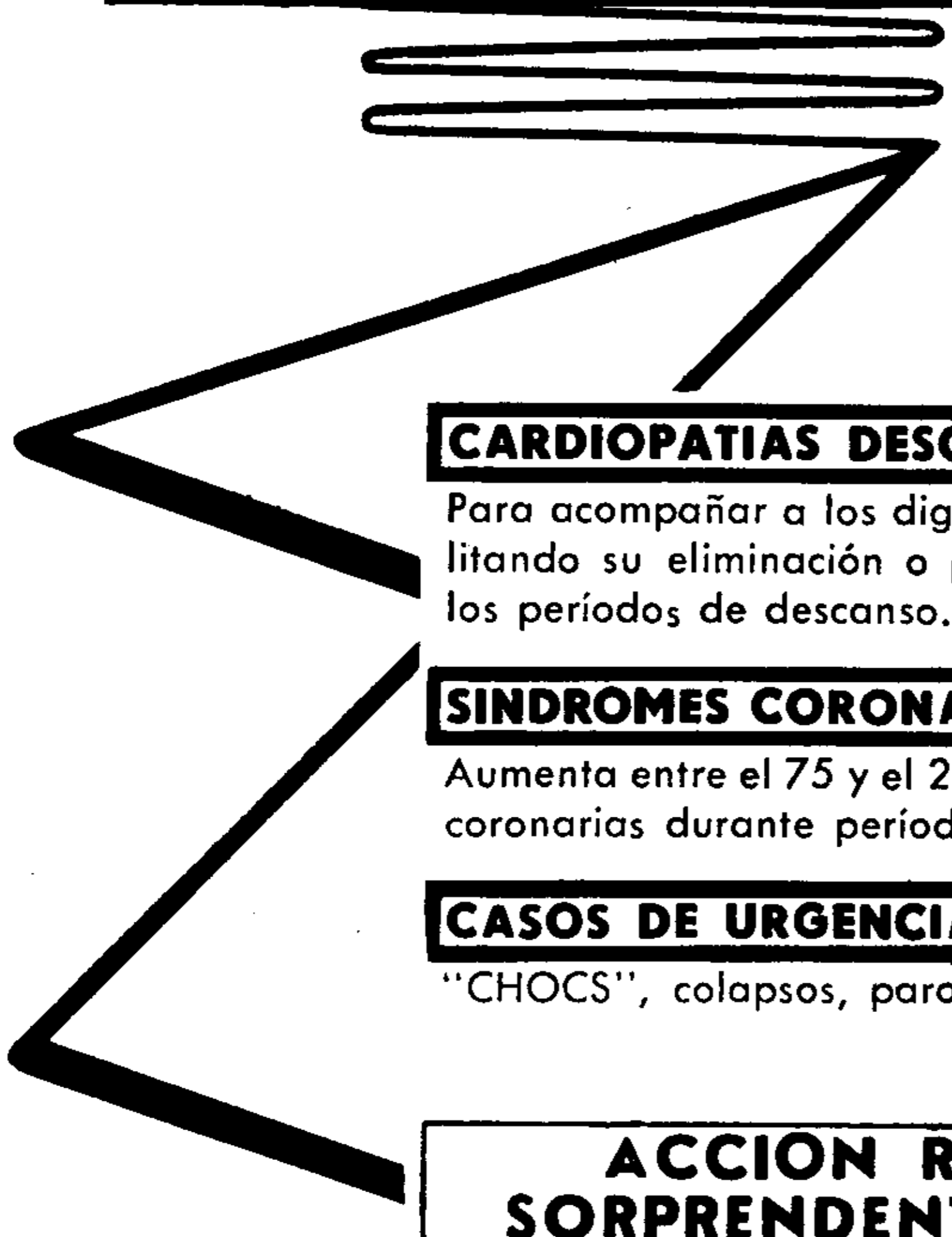
de 100 grageas



**UN PROGRESO DECISIVO
EN LA TERAPEUTICA
DE LAS CARDIOPATIAS**

DELMITON

(clorhidrato de amino-2-metil-6-heptanol-6)



CARDIOPATIAS DESCOMPENSADAS:

Para acompañar a los digitálicos reforzando su acción, facilitando su eliminación o para suplirlos transitoriamente en los períodos de descanso.

SINDROMES CORONARIANOS:

Aumenta entre el 75 y el 230% el rendimiento de las arterias coronarias durante períodos de 60 a 200 minutos.

CASOS DE URGENCIA:

"CHOCS", colapsos, paro cardíaco, lipotimias.

**ACCION REANIMADORA
SORPRENDENTEMENTE RAPIDA.**

POSOLOGIA

Adultos: 1 a 4 ampollas de 5 cm³ por día, vías intramuscular o intravenosa. También puede emplearse en perfusión intravenosa lenta diluyendo 20 cm³. (4 ampollas de 5 cm³.) en 250 cm³. de suero glucosado.

2 a 8 comprimidos por día.

Niños: 1/2 a 2 cm³. 1 a 4 veces por día. En la asfixia del recién nacido inyectar 1/2 a 1 cm³ en la vena del cordón umbilical.
1 a 3 comprimidos por día

PRESENTACION

Frascos de 20 comprimidos - Cajas de 6 ampollas de 2 y 5 cm³



Salguero 560 - Buenos Aires

**Consagrado en Francia bajo el nombre de
HEPTAMYL**

se mantiene, el reflujo a través de la válvula agregará una cantidad variable al volumen sistólico ventricular; este aumento se infería de las curvas de presión auricular y de las observaciones necrópicas.

Con las curvas de dilución de colorantes se obtiene una estimación cuantitativa del reflujo y conocimientos del efecto de la incompetencia valvular sobre el volumen minuto, y su relación con la insuficiencia cardíaca. Se estudian 14 enfermos (10 cardiopatías reumáticas, 2 hipertensivas, 1 cor pulmonale, 1 amiloidosis). Todos tenían presión media yugular mayor de 10 mm Hg y flebogranas con onda sistólica positiva. En todos se hicieron curvas de dilución de colorantes. El efecto de la incompetencia valvular sobre las curvas es acortar el tiempo de aparición, disminuir la concentración máxima y prolongar la caída de la rama descendente. El ejercicio puede aumentar el volumen sistólico, pero a expensas del reflujo que aumenta mucho y en cambio el flujo hacia adelante disminuye; lo contrario sucede en reposo. Siempre se observó soplo de incompetencia, pero su intensidad no era proporcional al volumen del reflujo; la expansión sistólica del hígado, en cambio, está estrechamente relacionada a dicho volumen y no se observaba con reflujo menor de 3,5 litros por minuto. Un volumen sistólico de reflujo de 40 a 50 ml o menos se apreciaba fácilmente en las grandes venas, pero no como pulso hepático.

Se observó que no había relación entre el volumen de reflujo y la presión venosa (existen otros factores). Se piensa que el reflujo es un factor importante en el mantenimiento de un rendimiento bajo y fijo en algunos casos de insuficiencia cardíaca congestiva.

Copello

MORET, P., CUENOD, C.-L., DUCHOSAL, P. W. — **L'élasticité artérielle et ses rapports avec l'hémodynamique.** — (La elasticidad arterial y sus relaciones con la hemodinámica). *Cardiología*, 1957, **31**, 258.

Se estudia la extensibilidad o "elasticidad" arterial de un segmento de aorta torácica retirado del cadáver, mediante un procedimiento modificado de Marey. Los autores demuestran que la elasticidad disminuye considerablemente con la edad. Esta disminución de elasticidad se manifiesta al comienzo, desde la edad de 30 años, en el sentido longitudinal. Hacia los 50 años la aorta comienza a perder su

elasticidad también en sentido transversal, o sea en su diámetro. El conocido aumento anatómico de la aorta entre los 20 y los 80 años que alcanza a un 60 por ciento en su diámetro y a un 37 por ciento en su longitud, ocasiona simultáneamente un crecimiento del volumen del reservorio intraarterial que corrige en parte la pérdida de elasticidad de la pared, lo que resulta muy importante desde el punto de vista hemodinámico.

El aumento de volumen a nivel de la aorta torácica alcanza 2 a 3 veces mientras la elasticidad disminuye 8 veces. Como el aumento de volumen de la aorta y de los grandes vasos no compensa enteramente la pérdida de elasticidad, una parte cada vez más extendida del árbol arterial toma las funciones de cámara de compresión.

Por último señalan los autores que la pérdida de elasticidad arterial aumenta el trabajo ventricular y actúa en forma desfavorable sobre la circulación coronaria, lo que se pone en evidencia por el análisis de los esfigmogramas carotídeos.

Soldati

LOWE, T. E. — **Control of body fluid volume.** — (Control del volumen de los líquidos del cuerpo). *Am. Heart J.*, 1957, **53**, 265.

Se estudian las conclusiones que sugiere la observación de la relación entre los líquidos ingeridos y los excretados y el peso corporal en 265 enfermos con alteraciones diversas de la regulación de los líquidos corporales. El autor emite una hipótesis basada en dichas observaciones que consiste en considerar el almacenamiento de los líquidos en el organismo como un sistema circulatorio abierto o continuo, que tiene la ventaja de llamar la atención sobre la necesidad de considerar ambos, solvente y soluto, cuando se intenta corregir cualquier alteración en la regulación de los líquidos corporales. Esta concepción de sistemas abiertos parecería poder ser aplicada en la mayoría de los estudios sobre el metabolismo del agua.

Villamil

HIPERTENSION

HALLER, J. A., RADIGAN, L. R., MORROW, A. C. — **Hypertension due to segmental infarction of the kidney.** — (Hipertensión debida a un infarto seg-

mentario del riñón). — Amer. J. Med., 1957, 22.

Comunican el caso de una paciente portadora de una estrechez mitral que tuvo una crisis de dolor en flanco izquierdo mientras se la estudiaba para ser sometida a una valvuloclasia mitral. El cuadro fué interpretado como un infarto esplénico. Diecinueve días después se le practicó la valvuloclasia sin inconvenientes. La presión arterial y el examen de orina eran normales y el nitrógeno no proteico de 15 a 17 mg por 100 ml de sangre. Noventa y cinco días después de la operación comenzó a tener a diario intensas cefaleas frontales. Presión arterial 160/100, fondo de ojo normal. Las cefaleas aumentaron en frecuencia e intensidad y cinco días después su presión arterial máxima era de 220 mm Hg y se le encontraron hemorragias y exudados retinianos. Orina con sedimento normal y sin proteína. Prueba de concentración urinaria con una densidad máxima de 1.035. Urograma descendente disminuído

a la izquierda. Se la trató con hexametonio, manteniendo su presión arterial máxima por debajo de 180 mm Hg. Una urografía no aclaró el cuadro, pero la aortografía mostró oclusión de la rama inferior de la arteria renal izquierda.

Se le practicó una nefrectomía izquierda encontrándose la rama inferior de la arteria renal ocluída por un trombo organizado y el polo inferior del riñón con un extenso infarto con tejido adiposo y fibroso reemplazando al parénquima.

En el posoperatorio la PA ascendió a 210/100 y el NNP a 56 mg por ciento al 5º día, pero luego descendieron a cifras normales, curando la paciente.

Consideran que la zona vecina al infarto, isquemiada, pudo haber producido el cuadro por el mecanismo de Goldblatt y recalcan la rápida evolutividad del cuadro hipertensivo en las lesiones renales unilaterales, en contraste con las bilaterales o la hipertensión arterial esencial.

D'Aiutolo