

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

SENSIBILIDAD DEL CORAZON DEPORTIVO FRENTE A LA CARENCIA DE OXIGENO, H. Klepzig, G. Kindermann y H. Reindell "Zeitsch. f. Kreislauff" 1956, 45, 7.

Se estudiaron 91 personas comprendiendo: sujetos normales deportistas capaces de grandes esfuerzos, y, por consiguiente, con corazón habitualmente agrandado, pacientes con perturbaciones de la regulación circulatoria y pacientes con sobrecarga ventricular izquierda. A 81 de ellos se les hizo respirar una mezcla conteniendo 10 % de oxígeno y a los otros 10 conteniendo 6 % de oxígeno. Se observaron desniveles negativos del segmento ST, sobre todo en los pacientes con sobrecarga ventricular izquierda. Se observaron también modificaciones de la onda T particularmente manifiestas en los pacientes con labilidad neuro-vegetativa. A este respecto, los deportistas se comportaron, en general, como normales; sin embargo, los deportistas que presentaron los más importantes agrandamientos cardíacos mostraron modificaciones de la onda T menores que las observadas en los deportistas con corazón más pequeño. Las variaciones de la onda T aparecieron independientes de la duración de la prueba respiratoria pobre en oxígeno. Así se observó que 10 minutos después de la iniciación de dicha prueba, las modificaciones de la onda T eran, en la mayor parte de los casos, menores que después de 5 minutos de respiración. Estas observaciones parecen indicar que las modificaciones de la onda T no son testimonio de una anoxia miocárdica sino más bien la repercusión de cambios en el equilibrio neuro-vegetativo. Parece además poder demostrarse que el gran corazón deportivo no es más sensible a la carencia de oxígeno que el del sujeto sano no deportista. — *Mondo*.

CIERRE DE LA TRICUSPIDE EN EL FLEBOGRAMA DE CASOS CON BLOQUEO AURICULO-VENTRICULAR, I. Esch y H. Heeger. "Zeitsch. f. Kreislauff", 1956, 45, 29.

En 3 pacientes con bloqueo aurículo-ventricular completo, los registros simultáneos electrocardiográficos, del pulso radial y del flebograma yugular, demostraron que en una parte de los casos la rama descendente de la onda *a* del flebograma presentaba la superposición de una onda que se inscribía al final de la sístole aricular y que los autores refieren al cierre de la tricúspide. — *Mondo*.

DINAMICA DE LA INSUFICIENCIA VENTRICULAR DERECHA COMPLETA EN PERROS MANTENIDOS CON UN VENTRICULO IZQUIERDO EXTRACORPORAL, J. C. Rose, E. J. Lázaro y H. P. Broida. "Circulation Research", 1956, 4, 173.

En un preparado experimental de perro en el que la circulación periférica permanece intacta, se crea una insuficiencia ventricular derecha aguda manteniendo constante la actividad del ventrículo izquierdo mediante una bomba extracorporal. Cuando falta la actividad del ventrículo derecho, el aumento del gasto ventricular izquierdo produce un aumento lineal de la presión venosa. Por el contrario, en los perros en los cuales la función del ventrículo derecho es normal el aumento del gasto de la bomba ventricular izquierda sólo produce un moderado aumento de la presión venosa central. De ello se puede deducir que cuando el ventrículo derecho es insuficiente, la acción de la bomba ventricular izquierda determina una expansión pasiva del volumen intravascular. Además de la hipertensión venosa, es necesaria una hipervolemia manifiesta para que el ventrículo izquierdo pueda, por sí sólo, mantener de modo satisfactorio la circulación. De ello se deduce que la función del ventrículo derecho es absolutamente necesaria para el mantenimiento de la presión venosa central dentro de los límites fisiológicos. Resulta además evidente que la insuficiencia ventricular derecha determina de modo directo el aumento de la presión venosa y de la masa sanguínea circulante lo cual facilita, sin duda alguna, la aparición de los edemas. — *Moia*.

PUEDE EL VOLUMEN MINUTO SER DETERMINADO POR EL METODO DE STARR (1954)?, F. Reubi y A. Schmid. "Cardiología", 1956, 28, 197.

Los autores han comparado los resultados del volumen minuto determinado con el método de Fick en 60 pacientes, comparativamente con los valores obtenidos aplicando la fórmula de Starr, la fórmula de Wezler y Böger y con un 3er. método que tiene en consideración solamente la presión diferencial. Los valores obtenidos con estos 3 últimos métodos no difieren sensiblemente entre sí. Pero dan para el volumen minuto valores entre el 57 y el 67 % de los suministrados por el método de Fick. Todavía la dispersión de los valores individuales es tan amplia que no es posible efectuar una correlación matemática entre los resultados de la técnica de Starr y de Fick. Además, las correcciones que Starr ha introducido en su fórmula teniendo en cuenta la edad y la presión diastólica la torna particularmente inadaptable a las personas hipertensas y ancianas. Por todas estas razones, los autores consideran que el método de Starr no puede considerarse satisfactorio. — *Moia*.

LOS EFECTOS DE AGENTES BLOQUEADORES ADRENERGICOS SOBRE LA CIRCULACION PULMONAR EN EL HOMBRE, J. Mackinnon, C. F. H. Vickers y E. G. Wade. "British Heart J.", 1956, 18, 442.

Inyectando dosis variables de Hydergine (0.15 a 0.60 mg.) ó de Priscol en dosis variables de 12.5 a 25 mg., directamente en la arteria pulmonar du-

ANÁLISIS DE REVISTAS

rante 11 cateterismos cardíacos humanos, se observó, mediante las determinaciones del volumen minuto y presión pulmonar, que la hydergine no tiene efectos apreciables sobre esta última cualquiera que sea el nivel inicial de la resistencia pulmonar. El priscol tiene un efecto variable y en un caso de estrechez mitral severa con gran hipertensión pulmonar, produjo ansiedad al originar una abrupta elevación de la resistencia pulmonar con caída del volumen minuto, efecto que se atribuye a una acción directa sobre la musculatura lisa de la arteria pulmonar. En 2 casos en que se administró por boca el priscol no produjo efectos. Los resultados obtenidos no evidencian que el sistema nervioso simpático intervenga en el mantenimiento de las reacciones vasculares pulmonares, exista o no aumento previo de la resistencia pulmonar. — *Moia*.

LA NATURALEZA DEL AUMENTO DE LA RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR EN LA ESTENOSIS MITRAL, E. G. Wade, J. Mackinnon y C. F. H. Vickers. "British Heart J.", 1956, 18, 458.

En 10 casos de estenosis mitral con hipertensión pulmonar se inyectó durante el cateterismo, directamente en la arteria pulmonar dosis variables de 8.5 a 12.5 mg. de bromuro de hexametonio. Esta dosis se calculó administrando previamente la droga por vía endovenosa en cantidades suficientes para obtener una caída postural de la presión sistémica de por lo menos 25 mm. Hg. Se observó que el hexametonio produce, a menudo, disminución de la resistencia vascular pulmonar que apareció asociada a reducción en la presión venosa capilar pulmonar. Se sugiere que el hexametonio actúa disminuyendo la presión venosa capilar pulmonar o la presión venosa pulmonar y que esto produce una caída en la resistencia vascular pulmonar mediante un reflejo local que no está bajo el control autonómico. Se administró también atropina endovenosa a 8 sujetos con severa estenosis mitral y fibrilación auricular fuertemente digitalizados, no observándose ningún efecto consistente. — *Moia*.

LA PEQUEÑA CIRCULACION EN LA HEMOSIDEROSIS PULMONAR ESENCIAL, D. Halmagyi, B. Felkal, E. Sovenyi, A. Weber, C. Czipott, G. Kovacs y B. Steiner. "Zeitsch.f Kreislauff.", 1956, 45, 40.

En la hemosiderosis pulmonar aislada, aparecen en los alveolos y en sus paredes, en los capilares y en los nódulos linfáticos bronquiales y mediastínicos, partículas de hemosiderina libre y fagocitada. Esta hemosiderosis pulmonar aislada se puede encontrar en tres condiciones diferentes: estenosis mitral, insuficiencia ventricular izquierda de larga duración y hemosiderosis esencial, observándose esta última, sobre todo en los niños y raramente en los adultos y asociándose con una gran anemia. Según la opinión más aceptada, los depósitos de hemosiderina dependen de una hemorragia con diapedesis en el tejido pulmonar, seguida después de la ruptura de los vasos sanguíneos más grandes. Las investigaciones histológicas han demostrado que en la hemosiderosis pulmonar esencial, la túnica elástica de los pequeños vasos pulmonares se llena precozmente de lagunas, lo que lleva a una debilidad de la túnica elástica y ruptura

ANÁLISIS DE REVISTAS

del vaso. Los autores han tenido ocasión de estudiar dos pacientes con hemosi-derosis pulmonar idiopática, a los cuales se hizo un estudio clínico completo con biopsia pulmonar. Uno era un hombre de 40 años y el otro un niño de 11. El cateterismo mostró que, en el adulto, la presión y la resistencia de la circula-ción arterial pulmonar eran normales mientras que en el niño presentaba va-lores anormales. Estas observaciones no parecen apoyar la hipótesis de que la hipertensión en la pequeña circulación sea el elemento fundamental para la apa-rición de una hemosiderosis pulmonar esencial. Los autores opinan, en cambio, que es más probable que la hipertensión sea una consecuencia de la hemosi-derosis. — *Mondo*.

FONOCARDIOGRAMA DE BAJA FRECUENCIA Y ACTIVIDAD MECANICA DEL CORAZON, L. Rosa e I. Kunds. "Cardiología", 1956, 28, 345.

Los autores registran, simultáneamente con el estetograma, un electro-cardiograma y una curva de presión del ventrículo derecho, de la arteria pul-monar o del "capilar" pulmonar. Observan que la onda dicrota de la curva de presión intraventricular derecha corresponde cronológicamente con la apertura de la válvula aurículoventricular (más probablemente de la tricúspide). El fin de la onda sucesiva coincide con la iniciación del tercer ruido y se inscribe du-rante la fase de lleno rápido. La curva de la presión "capilar" pulmonar se desarrolla horizontalmente durante el intervalo adinámico de la sístole auricu-lar mientras que comienza a modificarse en el intervalo dinámico. La inicia-ción de la curva de presión intraventricular, el final de la fase de contracción isométrica y de la expulsión ventricular máxima se inscriben de modo evidente en la curva de presión capilar pulmonar. La primera parte de la fase de expul-sión ventricular lenta se presenta como una onda separada, en la curva de pre-sión "capilar" pulmonar. El cierre de las válvulas aórticas provoca una ligera negatividad en esta curva. En la fibrilación auricular la curva de presión de la arteria pulmonar corresponde sólo de modo inconstante con los complejos ven-triculares mientras que en el estetograma las ondas de contracción corresponden invariablemente a un complejo QRS. El estetograma anormal de la fibrilación auricular se normaliza al restablecerse el ritmo sinusal. — *Mondo*.

FONOCARDIOGRAMA DE BAJA FRECUENCIA Y ACTIVIDAD MECANICA DEL CORAZON, II parte, L. Rosa e I. Kunds. "Cardiología", 1956, 28, 345.

Con la técnica anteriormente descrita, los autores han estudiado un caso de tetralogía de Fallot. Ello confirma que el estetocardiograma define de modo preciso la iniciación de las diversas fases sistólicas y de la pausa protodiastó-lica. Las variaciones de la presión y de la fase de aumento de presión en la aorta provocadas por los movimientos respiratorios, se acompañan de modifi-caciones características en la forma y relaciones cronológicas del estetograma, que arrojan una nueva luz sobre la dinámica del trabajo cardíaco. — *Moia*.

PATOLOGIA

LAS CONFIGURACIONES CLINICAS Y HEMODINAMICAS EN LA MIOCARDITIS NO ESPECIFICA: UNA COMPARACION CON OTRAS ENTIDADES QUE TAMBIEN PERTURBAN LA EFICIENCIA MIOCARDICA.

Q. O. J. Balchum, M. C. Mc. Cord y S. Gilbert Blount. "Am. Heart J.", 1956, 52, 430.

Los estudios clínicos y hemodinámicos en 2 pacientes con miocarditis crónica mostraron una configuración esencialmente idéntica a la que se observa en la pericarditis constrictiva. Esta configuración hemodinámica no es, por lo tanto, patognomónica ni característica de una entidad aislada sino que es común a un grupo de estados patológicos que tienen la propiedad de perturbar la función miocárdica. Estas entidades pueden comprometer difusamente al pericardio, miocardio o endocardio y pueden producirse por fuera del corazón. Por consiguiente dicha configuración no tiene valor diagnóstico específico. — *Moia.*

AMILOIDOSIS CARDIACA, R. Benson y J. F. Smith. "British Heart J.", 1956, 18, 529.

El estudio de 5 casos de amiloidosis cardíaca primitiva, con autopsia, demuestra que el reconocimiento de la enfermedad en vida es difícil, aunque se debe pensar en la misma cuando se presenta una insuficiencia cardíaca de etiología inexplicable, especialmente si coincide con ritmo normal e hipotensión y se acompaña de electrocardiogramas mostrando cambios equívocos en las ondas T o defectos de conducción. También la amiloidosis cardíaca puede a veces simular la pericarditis constrictiva. Se llama la atención sobre una endarteritis secundaria que puede comprometer los vasos coronarios o pulmonares más pequeños con depósitos amiloideos en sus paredes y que raramente puede causar necrosis miocárdica o corazón pulmonar. La edad promedio en los pacientes al iniciarse los síntomas fué de 55 años. Ninguno de los casos mostró las manifestaciones no cardíacas tan a menudo descritas en las formas primarias de amiloidosis (macroglosia, depósitos cutáneos y manifestaciones purpúricas, adenopatías, alteraciones musculares, agrandamiento del hígado y bazo, etc.). El tiempo de sobrevida después de la iniciación de los síntomas varió de 14 meses a 5 años. — *Moia.*

FISTULA ARTERIOVENOSA DE LOS VASOS RENALES, J. R. Myhre. "Circulation", 1956, 14, 185.

Se describe el caso de una mujer de 66 años operada de un adenocarcinoma renal con hematurias recurrentes en la cual se había producido una fístula arteriovenosa derecha por erosión de los vasos. La presión arterial era de 140/70 mm. Hg. y el tamaño cardíaco era normal, pero el volumen minuto era alto con un índice cardíaco de 4.8. La saturación de oxígeno en las muestras de sangre de la vena renal derecha osciló entre 90 y 94 %. La aortografía

demostró el corto-circuito de manera satisfactoria y reveló también pequeños corto-circuitos en el hígado, pero la saturación de oxígeno en las muestras sanguíneas de las venas hepáticas no fué mayor que la encontrada normalmente. — *Moia.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

LOCALIZACION DEL CENTRO ELECTRICO DE LA REPOLARIZACION VENTRICULAR, P. H. Langner y S. R. Moore. "American Heart J.", 1956, 52, 335.

Se describe un método para determinar las localizaciones equivalentes de los dipolos en la repolarización ventricular que utiliza un procedimiento de cancelación precisa, tal como los describiera Frank. En dos personas en las que se había determinado previamente la localización equivalente de los dipolos para la repolarización ventricular, se hicieron estudios que permiten deducir que la repolarización es de naturaleza dipolar. En una persona, el dipolo equivalente de la localización para la repolarización ventricular se encontró aproximadamente a 4 cm. del de la despolarización, pero en la otra, la distancia entre estos dos centros fué sólo de 1 cm. — *Moia.*

LOS VECTORES DE LAS DERIVACIONES DE DIPOLOS MULTIPLES LOCALIZADOS EN UN PLANO TRASVERSO DEL MODELO DEL TORSO HOMOGENEO DE FRANK, R. A. Helm. "Am. Heart J.", 1956, 52, 323.

Los datos publicados por Frank de la localización de dipolos múltiples sobre un plano de su modelo del torso, han sido objeto de análisis estadísticos para investigar las diversas derivaciones en uso en la vectocardiografía desde el punto de vista de la uniformidad del vector de la derivación. Los resultados obtenidos demuestran que las derivaciones que registran la diferencia de potencial entre dos redes de puntos o entre una red de puntos o un punto aislado pueden ser designadas de tal manera que la uniformidad del vector de su derivación es muy superior a una derivación similar registrando la diferencia de potencial entre dos puntos aislados. La proximidad de los electrodos al corazón no es el factor más importante que determina el grado de uniformidad del vector de una derivación. La última característica depende en mayor grado de la construcción de la derivación. Es probable que un marco que utiliza grandes electrodos para ciertas de sus derivaciones sea superior a los utilizados corrientemente en la vectocardiografía espacial. Este marco parece ser de valor práctico para el registro vectocardiográfico y sus características requieren nuevos estudios. — *Moia.*

SOBRE LA APLICACION DEL ESQUEMA TRIANGULAR DE EINTHOVEN EN EL "TRUNCUS-MODELL": COMPARACION DE LOS VALORES MEDIDOS Y DE LOS CALCULADOS SEGUN EINTHOVEN RESPECTIVAMENTE GILLARD, Von K. E. Rothschuh y D. Zenke. "Zeitschr. f. Kreislauff.", 1954, 43, 321.

En un modelo de tronco humano se produce un campo eléctrico por inducción dipolar de tensión de determinada dirección y valor. Luego se examina hasta qué punto son deducibles por cálculos, desde los valores obtenidos en las derivaciones de Einthoven, las cualidades reales de la fuente de dipolo, según dirección y valor. Mientras que la fuente de tensión es céntrica y sobre el eje simétrico, la coincidencia es buena. En posición excéntrica (en la región cardíaca del modelo) y en posiciones fuera del eje simétrico, los errores son considerables en la aplicación de las reglas de Einthoven, como también en la fórmula según Gillard. Es esencialmente diferente si se colocan varios dipolos de tensión con distribución regular simultáneamente "en las paredes cardíacas" y eligiendo sus direcciones vertical al límite cardíaco. Entonces casi eliminan mutuamente los errores y se obtiene por cálculos de los valores de las extremidades una diferencia de potencial resultante, que corresponde casi a la situación realmente existente. Según estos experimentos es probable que se eliminen también, en el cuerpo humano, las proyecciones erróneas en la determinación del "eje eléctrico" del campo corporal, según las derivaciones de Einthoven. — *Berken.*

LA IMPORTANCIA DE T POSITIVAS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA PRECORDIAL DERECHO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, R. F. Ziegler. "American Heart J.", 1956, 52, 533.

Las ondas T son normalmente positivas en las derivaciones precordiales derechas sólo durante las primeras 24 horas después del nacimiento y en un pequeño porcentaje de casos después de la primera década. Hay una correlación directa entre la frecuencia de ondas T positivas en las precordiales derechas y la elevación de la presión media ventricular derecha, hipotética en el caso del recién nacido normal pero probada numéricamente en casos de hipertrofia ventricular derecha después del primer día de la vida. Se describen 3 configuraciones en las derivaciones precordiales que, por lo menos en la infancia, corresponden, dentro de ciertos límites, con grados progresivos de hipertrofia ventricular derecha. La primera se representa por una deflexión RS de un solo pico y de dimensiones normales seguida de una onda T positiva en las derivaciones precordiales derechas. La segunda está representada por la superposición, sobre la configuración anterior, de un bloqueo de rama derecha, en el cual se puede descubrir la hipertrofia ventricular derecha patológica por la configuración del QRS, pero presentando ondas T invertidas en las precordiales derechas. La tercera está representada por una onda R que tiene el 100 % de la amplitud de RS, frecuentemente precedida por una onda Q verdadera inicial y seguida de una onda T positiva en las precordiales derechas. La cuarta

ANÁLISIS DE REVISTAS

configuración está representada por la denominada configuración en "barrage" de Donzelot con variaciones de los potenciales ventriculares derechos (de hipertrofia ventricular derecha más bloqueo de rama derecha) que se extienden a través de toda la región precordial. Existiendo evidencias de hipertrofia ventricular derecha por la configuración del QRS o de la onda T en las precordiales derechas, la aparición de la inversión de la onda T en precordiales izquierdas, con o sin la administración de digital, constituye una fuerte presunción de hipertrofia ventricular izquierda asociada, si estas derivaciones (V5 ó V6) representan las variaciones de potencial derivadas de la superficie epicárdica del ventrículo izquierdo. En los niños con evidencias electrocardiográficas de hipertrofia ventricular izquierda predominante, la presencia de ondas T positivas en las precordiales derechas se considera como signo de hipertensión ventricular derecha asociada (y probablemente hipertrofia) si la amplitud de R en V1 iguala o excede el 40 % de la amplitud total de RS en la misma derivación. La probabilidad de que este signo indique agrandamiento ventricular izquierdo asociado disminuye a medida que la amplitud de la R en V1 se reduce al 20 ó 30 % y aún menos, de la amplitud total de RS en dicha derivación. — *Moia.*

CAMBIOS EN EL RITMO CARDIACO Y EN LA FORMA DEL ELECTROCARDIOGRAMA RESULTANTES DE LA HIPOTERMIA INDUCIDA EN EL HOMBRE, R. W. Gunton, J. W. Scott, W. M. Loughheed y E. Botterell. "American Heart J.", 1956, 52, 419.

En 29 pacientes adultos 24 de los cuales no tenían evidencias clínicas o electrocardiográficas de afección cardíaca, se registró el electrocardiograma durante la hipotermia inducida al efectuar actos quirúrgicos cerebrovasculares. A la temperatura corporal de 28°C a 30°C las anomalías electrocardiográficas que aparecieron en la mayoría de los pacientes se caracterizaron por bradicardia con alargamiento de los espacios PR, QT y de la duración de QRS; también se observaron cambios en el segmento ST y onda T. En 19 pacientes se observó fibrilación auricular y otras arritmias. En 2 se produjo fibrilación ventricular que desapareció después del masaje cardíaco en 1. Los cambios en el impulso y la conducción y las arritmias auriculares no produjeron perturbaciones hemodinámicas serias. La vuelta a la temperatura normal en el post-operatorio originó el retorno al ritmo sinusal. En algunos casos los cambios del segmento ST y onda T persistieron o aparecieron después de los primeros días de la operación. — *Moia.*

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LAS REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD, S. Contro y E. Mond. "American Heart J.", 1956, 52, 510.

De 22 pacientes con enfermedad del suero, 11 desarrollaron alteraciones electrocardiográficas que pueden clasificarse en 2 grupos: en unos los cambios fueron fugaces y consistieron habitualmente en modificaciones no específicas del segmento ST-T y trastornos de la conducción; en el otro, las alteraciones

ANÁLISIS DE REVISTAS

fueron más prolongadas y habitualmente se asociaron con un curso clínico severo, como lo demuestran casos de infarto de miocardio y pericarditis. Los estudios patológicos y experimentales en relación con la enfermedad del suero indican que el compromiso del miocardio y las arterias coronarias es el responsable de los cambios electrocardiográficos. — *Moia*.

DURACION DEL QRS EN LAS EXTRASISTOLES VENTRICULARES DE LAS PERSONAS NORMALES Y DE LOS CARDIOPATAS, L. Hervé, M. Brodsky, I. Duque y R. Espinosa-Dufeu. "Cardiología", 1956, 28, 36.

Se midió la duración de las extrasístoles ventriculares en una o más derivaciones en los trazados de 136 sujetos (94 hombres y 42 mujeres), de los cuales 17 hombres y 13 mujeres eran normales y los otros presentaban cardiopatías. Si bien estos últimos tienen una tendencia a una mayor duración del QRS extrasistólico, no es posible, en los casos aislados, obtener conclusiones definitivas sobre el carácter patológico de las mismas basándose en este elemento. — *Moia*.

A PROPOSITO DEL BLOQUEO DE RAMA BILATERAL, J. Laham. "Cardiología", 1956, 28, 285.

Dado que algunos autores opinan que el bloqueo de rama bilateral puede existir sin alargamiento del espacio P/R, el autor reexamina los casos de bloqueo bilateral relatados en la literatura y los divide en 2 grupos; un primer grupo de los que podríamos denominar falsos bloqueos bilaterales y uno de los verdaderos bloqueos bilaterales. En el primer grupo se encuentran los trazados que presentan imágenes de bloqueo de rama derecha completa con desviación a la izquierda de la zona de transición; en estos casos, si se hubieran obtenido derivaciones V7, V8 y V9, se hubiera observado que la desviación intrínseca no se encontraba retardada. También en este grupo se incluyen imágenes de bloqueo completo de rama derecha o incompleto asociado con gran hipertrofia izquierda; ésta puede complicarse con trastornos de la conducción de la pared ventricular, constituyendo así un bloqueo parietal focal. También este grupo comprende imágenes de bloqueo incompleto asociado a una hipertrofia ventricular bilateral. En el segundo grupo se incluyen los trazados que presentan imágenes verdaderas pero extremadamente raras de bloqueo de las dos ramas del haz de His. En estos casos existe siempre un alargamiento del intervalo P-R. La forma del complejo ventricular es influenciada por la rama más lesionada y la prolongación de este tiempo de conducción aurículoventricular es influenciada por la rama menos lesionada. En las derivaciones precordiales, la desviación intrínseca se retarda del lado de la rama más lesionada. — *Moia*.

VALVULARES Y CONGENITAS

CATETERISMO DEL CORAZON IZQUIERDO. I. — METODOS CLINICOS Y APLICACION, J. Bougas, B. G. Musser y H. Goldberg. "American Heart J.", 1956, 52, 359.

Utilizando la punción transtorácica dorsal, los autores han efectuado la pun-

ANÁLISIS DE REVISTAS

ción de la aurícula izquierda 127 veces en 120 pacientes. Las complicaciones consistieron en hemopericardio (80 %) sin significado clínico y no requiriendo terapéutica específica. En 6 casos se observó hemotórax y en 3 pneumotórax. En 1 paciente se produjo muerte repentina 12 horas después de este procedimiento. En dicho enfermo, al terminar el cateterismo, se produjo un episodio de hipotensión con síncope breve sin arritmia cardíaca, que desapareció sin terapéutica específica después de varios minutos; el paciente permaneció clínicamente bien hasta el momento de su muerte repentina y la autopsia reveló que el sitio de la punción auricular se encontraba bien localizado y cicatrizado, sin evidencias de hemorragia en el espacio pleural o pericárdico; el paciente tenía acentuada insuficiencia mitral. Este es el único caso de muerte en esta serie y el tercero que se ha registrado después de la cateterización del corazón izquierdo en la literatura. — *Moia*.

CATETERIZACION DEL CORAZON IZQUIERDO. II. — CON PARTICULAR REFERENCIAS A LAS VALVULOPATIAS AORTICAS Y MITRAL, B. G. Musser, J. Bougas y H. Goldberg. "American Heart J.", 1956, 52, 567.

Utilizando la técnica de punción transtorácica dorsal, los autores resumen sus resultados en 2 sujetos normales y 125 pacientes con afección cardíaca. Después de describir las características de las curvas de presión normal destacan que no se observan gradientes de presión a través de una válvula mitral o aórtica normal. Los hallazgos característicos de la estenosis mitral son: a) presencia habitual de gradiente de presión de lleno ventricular a través de la diástole y b) ondas "a" gigantes en los trazados de presión auricular izquierda. En la insuficiencia mitral puede aparecer ventricularización de la presión auricular izquierda. Puede también observarse gradiente de presión, pero al revés de lo que sucede en la estenosis mitral, se la encuentra sólo inicialmente en la diástole. Al retirar el cateter desde el ventrículo a la aurícula, en el momento en que la punta del mismo atraviesa la válvula mitral, el chorro de sangre regurgitante en la insuficiencia mitral tiende a mandar al cateter hacia la aurícula en cada latido. De este modo se produce un trazado en el cual se registra la presión ventricular durante la primera parte de la sístole ventricular y la auricular durante la última parte. Durante la diástole y el lleno ventricular rápido la punta del cateter vuelve al ventrículo y el trazado se repite. Esto sugiere, como ya lo había señalado Wiggers, que en la insuficiencia mitral la regurgitación se produce tardíamente en la sístole. Como consecuencia de éste chorro de regurgitación, el pasaje del cateter de aurícula a ventrículo izquierdo se hace más dificultoso en estos pacientes. La estenosis aórtica se acompaña característicamente de un gradiente de presión sistólica a través de la válvula aórtica. Ondas "a" gigantes se observan también en los trazados de presión auricular izquierda. La presión de fin de lleno diastólico ventricular izquierdo se encuentra generalmente elevada, pudiendo ésto deberse a la presencia de insuficiencia ventricular izquierda ó de alteración en las relaciones de presión-volumen del ventrículo izquierdo: a consecuencia de la hipertrofia concéntrica, la capacidad del ventrículo izquierdo se reduce de modo que cualquier pequeño

ANÁLISIS DE REVISTAS

aumento del volumen puede producir grandes cambios en la presión. Los hallazgos en la insuficiencia aórtica no permiten todavía realizar un análisis significativo. Los autores recalcan que en la insuficiencia mitral las curvas de presión auricular izquierda pueden ser características, pero no diagnósticas; tampoco es posible por este procedimiento el cálculo de la cantidad de sangre regugitante. Cabe destacar que de 126 casos de punción auricular izquierda, en 113 casos se pudo pasar a ventrículo izquierdo con el cateter introducido a través de la aguja. — *Moia*.

LA GENESIS DEL SOPLO PRESISTOLICO EN LA ESTENOSIS MITRAL,
H. T. Nichols, W. Likoff, H. Goldberg y M. Fuchs. "American Heart",
1956, 52, 379.

Es evidente que en los casos de estenosis mitral se altera el mecanismo básico del desplazamiento intra-auricular de las válvulas en el momento de su cierre. Cuando los bordes libres de las válvulas están fijos en las comisuras pero la elasticidad de la porción central no está comprometida se puede palpar una vibración grosera durante el desplazamiento intra-auricular. Los autores consideran que esta situación se produce sólo en los pacientes en los que se ausculta un soplo presistólico, mientras que en los casos en que, por pérdida de elasticidad de las válvulas, no se produce su abombamiento intra-auricular, no existen vibraciones y no se ausculta el soplo presistólico. Los registros fonocardiográficos durante la cateterización derecha ó izquierda revelan que el soplo "presistólico" se origina durante la primera elevación de presión ventricular, después de la terminación del período isométrico y, por consiguiente, el soplo debe ser considerado sistólico en su aparición. El presente concepto sobre la génesis del soplo presistólico está de acuerdo con las cualidades acústicas y los factores teóricos que se relacionan con la intensidad, duración y calidad del sonido en una membrana estirada desde dos dimensiones. — *Moia*.

*PERTURBACIONES FUNCIONALES DE LA CIRCULACION PERIFERICA
EN LAS AFECCIONES VALVULARES,* E. Betz y R. Mauler. "Zeitsch. f.
Kreislauff", 1956, 45, 2.

Se hicieron registros continuos pletismográficos de las presiones capilares digitales en pacientes con valvulopatías mitrales y aórticas y en sujetos sanos. En estos últimos se observaron alteraciones vasomotoras espontáneas sin relación evidente con las variaciones de la frecuencia y de la amplitud respiratoria; por consiguiente, el ritmo de éstas ondas se considera independiente del centro respiratorio. En ninguno de los 16 casos de valvulopatía mitral se observaron estas oscilaciones vasomotoras espontáneas, mientras que ellas aparecieron en 6 de 8 casos con valvulopatía aórtica. Además, durante la inspiración forzada se observó un comportamiento distinto de la presión capilar en los sujetos con valvulopatías (especialmente mitrales) con respecto a los normales. Es probable que tales modificaciones funcionales de la circulación periférica puedan ser demostradas en los enfermos con afecciones valvulares cuando toda-

ANÁLISIS DE REVISTAS

vía el enfermo no advierte fuerte limitación en su capacidad funcional. — *Mondo*.

EL BALISTOCARDIOGRAMA EN LAS CARDIOPATIAS CONGENITAS, E. Denoso, L. Porody, Z. Yuceoglu, J. B. Minor, K. Chesky y S. S. Amram. "American Heart J.", 1956, 52, 352.

Ondas K acortadas se encontraron uniformemente en la coartación de la aorta pero este hallazgo no es específico dado que puede observárselo en pacientes con defecto interauricular, complejo de Eisenmenger y persistencia del canal arterial. La estenosis pulmonar no produce baja amplitud anormal de los registros balistocardiográficos como se señaló anteriormente. El registro es a menudo completamente normal y en realidad puede caracterizarse por aumento de voltaje. La atresia tricuspídea produce ondas H prominentes. Las otras cardiopatías congénitas estudiadas no producen anormalidades específicas. Es opinión de los autores que el balistocardiograma tiene poco valor práctico en el estudio de las malformaciones cardíacas congénitas. — *Moia*.

CORRELACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS Y HEMODINAMICAS EN LOS DEFECTOS DEL TABIQUE AURICULAR, W. J. Walker, T. W. Mattingly, B. E. Pollock, D. B. Carmichael, T. W. Imonn y R. H. Forrester. "American Heart J.", 1956, 52, 547.

El electrocardiograma en 95 casos de defecto del tabique auricular confirmados por cateterismo cardíaco y sin manifestar otra afección cardíaca demostrable, mostró bloqueo de rama derecha en el 66.3%; hipertrofia ventricular derecha en el 25.3% y configuración normal en el 8.4%. La mayoría de los pacientes tenían significativa desviación del eje eléctrico a la derecha y sólo 5 tenían desviación del eje eléctrico frontal del QRS. A pesar de la marcada dilatación auricular derecha que se observa en esta afección, las anormalidades de la onda P fueron poco comunes en DII y III; aproximadamente la mitad de los pacientes mostró ondas P difásicas en VI. En ningún caso se encontró fibrilación auricular y el bloqueo aurículo-ventricular y otras arritmias cardíacas fueron raras. A medida que la presión sistólica ventricular derecha aumenta, la configuración de bloqueo de rama derecha disminuyó y fué reemplazada por la de la hipertrofia ventricular derecha. A ella se asoció desviación del vector frontal de QRS a la derecha. El flujo pulmonar disminuye a medida que se eleva la presión ventricular derecha. Los signos electrocardiográficos de aumento de presión, incluyeron también una relación R/S en V6 menor que la unidad. Después del cierre exitoso del defecto del tabique, la presión sistólica ventricular derecha disminuyó y el eje eléctrico del vector frontal QRS se desvió a la izquierda disminuyendo la relación R/S en VI. En los pacientes que mostraban la configuración de bloqueo de rama derecha la R' en VI, a menudo mostró notable disminución de amplitud y duración. La configuración de bloqueo incompleto de rama derecha se observó como transformación de la de hipertrofia ventricular derecha después del cierre del defecto auricular.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Se sugiere que la configuración de bloqueo de rama derecha encontrada en los defectos del tabique auricular representa a los vectores cardíacos normales y no al bloqueo de rama. Se cree que esta característica electrocardiográfica representa la hipertrofia selectiva de la porción basal del ventrículo derecho secundaria al aumento del volumen sistólico ventricular derecho. A medida que la hipertensión pulmonar se desarrolla, la configuración electrocardiográfica de hipertrofia de la pared libre del ventrículo derecho se superpone a esta configuración; esto parece ocurrir con relativa precocidad en el complejo QRS. — *Moia.*

EL CURSO Y PRONOSTICO DE LA COARTACION DE LA AORTA, H. Campbell y J. H. Baylis. "British Heart J.", 1956, 18, 475.

Se estudia el curso evolutivo de 130 pacientes con coartación de la aorta, 80 de los cuales fueron seguidos por un período medio de 5 años. La $\frac{1}{4}$ parte de ellos presentaban insuficiencia aórtica, generalmente por cambios arteroescleróticos en válvulas bicúspides, aumentando el porcentaje a medida que los sujetos envejecen. Generalmente la insuficiencia aórtica permanece pequeña durante muchos años con la presión diastólica todavía por encima de 100, mm. Hg., pero se hace más seria a medida que el tiempo pasa. Alrededor del 5% presentó estenosis aórtica probablemente más a menudo congénita que arteroesclerosa. No se encontró defecto del tabique ventricular y tampoco fué común el hallazgo de persistencia del canal arterial. La mayoría de los pacientes siguió un curso favorable durante las 2 primeras décadas, aunque la presión arterial aumentó desde un promedio de 145/90 a los 5 años a 190/105 a los 17 años de edad. El corazón permanece a menudo de tamaño normal y raramente se agranda mucho a menos que exista una gran insuficiencia aórtica. La preponderancia ventricular izquierda se presentó en menos de la mitad de los electrocardiogramas y la sobrecarga es rara en ausencia de la estenosis aórtica, aunque pequeños grados de la misma sugieran que el curso del paciente no es favorable. A pesar de la evolución satisfactoria de la mayoría de los pacientes, 6 que se encontraban en buena salud durante el primer examen murieron repentinamente ó muy rápidamente, la mayoría en la 3ª década. Los autores deducen, en consecuencia, que la mayoría de los niños deberían de ser operados a menos que existan evidencias que sugieran que la coartación es trivial. La insuficiencia aórtica precoz es una indicación más para la operación. Los resultados de éste tratamiento quirúrgico fueron generalmente buenos. En los primeros 30 pacientes sobrevivientes después de una resección completa, todos menos 1 tienen presión arterial más baja siendo el descenso medio de 41 mm. para la sistólica y 21 mm. para la diastólica. También hubo notable mejoría sintomática. — *Moia.*

ATRESIA TRICUSPIDEA, J. W. Brown, D. Heath, T. L. Morris, y W. Whitaker. "British Heart J.", 1956, 18 499.

Se describen los hallazgos en 8 pacientes con atresia tricuspídea congénita y 1 con estenosis tricuspídea congénita, relatando los resultados de la au-

ANÁLISIS DE REVISTAS

topsia en 4 de ellos. Los síntomas característicos fueron disnea de esfuerzo, cianosis e infecciones broncopulmonares recurrentes, pero se destaca que tales hallazgos no son específicos de la atresia tricuspídea. Al exámen físico se encontró cianosis central e hipocratismo digital en todos, con soplo sistólico precordial en todos menos 1; en 2 existían signos clínicos de hipertrofia ventricular izquierda pero en los otros los signos clínicos eran sugestivos de la tetralogía de Fallot. El pulso venoso yugular, aunque anormal en 6, no fué suficientemente característico para el diagnóstico. Los electrocardiogramas mostraron desviación del eje eléctrico a izquierda en todos los casos. Esto se consideró como uno de los hallazgos más importantes dado que excluye el diagnóstico de tetralogía de Fallot y sugiere la probabilidad de la atresia tricuspídea. En sólo 2 se observaron ondas P anormalmente altas. El exámen radiológico sólo sugirió la lesión en 2 de los pacientes. En general, en éstos casos, la silueta cardíaca es compatible con el diagnóstico de tetralogía de Fallot. La angiocardiógrafa confirmó el diagnóstico en 7 de los 8 pacientes en la que se practicó: en el exámen ántero posterior resulta característico el lleno precoz del ventrículo izquierdo y una "ventana ventricular derecha". El origen de los grandes vasos se vió bien en las proyecciones laterales y no había evidencia de trasposición mas que en 1 de los casos. El cateterismo cardíaco practicado sólo en 2 pacientes confirmó la existencia del defecto auricular y sugirió la existencia de atresia tricuspídea por la incapacidad de pasar al ventrículo derecho. Generalmente es un procedimiento diagnóstico innecesario. La autopsia del corazón mostró en 3 casos las anomalías clásicas de la atresia tricuspídea y en el 4º, que era un mongólico, foramen primum persistente. El exámen histológico de los pequeños vasos pulmonares fué normal en el paciente más joven, que sólo tenía 3 meses de edad, pero en otro de 7 años mostró gran reducción del árbol vascular pulmonar debido a trombosis extensiva en las arterias y venas pulmonares. Estos cambios patológicos suministran una explicación del fracaso de las operaciones anastomóticas en 4 de los pacientes. Se sugiere que éstas operaciones tienen más probabilidad de éxito cuando se realizan en edades muy tempranas antes de que se desarrollen éstos cambios pulmonares secundarios. — *Moia.*

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO DE LAS AFECCIONES CORONARIAS,

P. J. D. Snow, A. Morgan Jones y K. S. Daber. "British J.", 1956, 18, 435.

Los autores revisan los hallazgos patológicos en 29 hombres y 3 mujeres en cuyos corazones se encontraron 75 infartos de los cuales 52 eran recientes, es decir de menos de 3 meses de duración y en los cuales se pudo hacer una correlación exacta con la sintomatología. De los 30 infartos recientes con oclusión coronaria sólo el 23% fué asintomático mientras que de los 21 infartos recientes sin oclusión coronaria, ésta condición clínica se observó en el 57% de los casos. Resultó evidente que la oclusión coronaria por sí no produce síntomas si no se acompaña de infarto de miocardio. En particular, un dolor

ANÁLISIS DE REVISTAS

cardíaco prolongado durante más de $\frac{1}{2}$ a 1 hora de duración, se consideró como un signo muy valioso de infarto de miocardio. En los casos sin dolor, dan más importancia a la duración de la isquemia que a la intensidad; es concebible que un grado de isquemia insuficiente para producir dolor pueda, si persiste lo suficiente, llevar al infarto. — *Moia*.

RELACION DEL PESO CORPORAL CON EL INFARTO DE MIOCARDIO *AGUDO*, K. T. Lee y W. A. Thomas. "American Heart J.", 1956, 52, 581.

Los hallazgos comparativos en 450 pacientes autopsiados con infarto de miocardio agudo, incluyendo personas de edad avanzada, muestran que el exceso de peso no fué un factor importante en el desarrollo del infarto de miocardio agudo y que el mismo no afecta materialmente el pronóstico ó el tiempo de aparición de la oclusión coronaria. — *Moia*.

TERAPEUTICA

OBSERVACIONES SOBRE EFECTO DIRECTO DE LA DIGOXINA SOBRE LA EXCRECION RENAL DE SODIO Y AGUA, A. L. Hyman, W. E. Jacques, y E. S. Hyman. "American Heart J.", 1956, 52, 592.

Se inyectaron dosis variables de Digoxina (0.062 mg. a 6.25 mg.) en la arteria renal izquierda de 9 perros normales y 1 perro con insuficiencia cardíaca producida por estenosis mitral experimental: el vehículo en que se inyectaba la Digoxina pero sin ésta droga se inyectó como placebo en la arteria renal izquierda de 5 perros normales. A otros 2 perros se inyectó, en la misma arteria, 0.3 ml. de mercurhydrin a uno y 0.25 ml. de salirgan y teofilina, al otro. Se observó que la Digoxina produce efecto diurético con aumento de la eliminación renal de sodio que superó en dos a la diuresis. Se observó también un ligero aumento aunque no consistente del potasio de la orina. Después de la inyección de mercuriales se observó un abrupto aumento en la eliminación de sodio, potasio y agua del lado inyectado, que a los 10 minutos se extendió también al riñón no inyectado. Ninguna de las dos drogas produjo aumento en la excreción de creatinina. Los autores deducen, en consecuencia, que la digital tiene un efecto diurético selectivo sobre el riñón. — *Moia*.

LOS EFECTOS DE LA RESERPINA SOBRE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DURANTE UN PERIODO DE DOS AÑOS, R. Hodgkinson, "British Heart J.", 1956, 18, 52.

Se administró reserpina en dosis de 1 a 2 mg. diarias durante un período de 12 a 18 meses, a 34 hipertensos. Aproximadamente el 40% de los pacientes mostró un efecto hipotensor mayor de 20mm Hg. La reducción promedio de la presión sanguínea para todos los pacientes, fué de 18/15 mm. Hg. Efectos colaterales como pérdida de la iniciativa y cansancio puede ha-

ANÁLISIS DE REVISTAS

cer inconveniente a la reserpina para la administración indefinida en muchos pacientes y el médico debe vigilar mucho el posible desarrollo de depresión y otros trastornos mentales en algunos enfermos. — *Moia*.

EL DICUMAROL: SU PROPIEDAD Y SU MODO DE ACCION. II - LOS CULTIVOS DE FIBROLASTOS EN EL CURSO DEL INFARTO DE MIOCARDIO. H. Partilla y L. Stockinger, "Cardiología", 1956, 28, 47.

Para estudiar los efectos ejercidos sobre los cultivos de fibroblastos por el dicumarol, añadieron a tales cultivos suero de pacientes con infarto de miocardio tratados sistemáticamente con anticoagulantes y suero de pacientes con infarto de miocardio sin tal tratamiento. Se observó que las curvas de aumento de los cultivos de fibroblastos eran idénticas en las dos series de pacientes existiendo, como única diferencia, una ligera inhibición en los casos tratados con dicumarol. Por consiguiente, el tratamiento con dicumarol no parece retardar la curación del infarto. Los infartos pequeños intramurales sin complicaciones tromboembólicas no parecen beneficiarse del tratamiento anticoagulante. — *Moia*.

EL EFECTO DEL BETA-SITO-ESTEROL SOBRE LA ABSORCION INTES-TINAL DEL COLESTROL EN LA RATA, M. Friedman, R. H. Roseman y S. O. Byers "Circulation Research", 1956, 4, 157.

A 4 grupos de ratas alimentadas con diferentes cantidades de colesterol disuelto en aceite de oliva, administrado con sonda gástrica, asociado o no a 100 mg. de sitosterol extraído de las semillas de soja, se determinó la cantidad de colesterol total existente en la linfa intestinal recogida durante las 24 horas, mediante la reacción de Liebermann-Burchard, así como los lípidos totales, determinados con el método de Bragdon. Los resultados obtenidos han demostrado que el beta-sito-esterol ejerce sólo un leve efecto retardador sobre la absorción intestinal de colesterol a todas las dosis estudiadas y que, por lo tanto, su acción dirigida para reducir la colesterolemia es muy pequeña. — *Moia*.

LOS EFECTOS HIPOCOLESTEROMIZANTES DE LAS DROGAS SUMINISTRADAS AISLADAMENTE Y EN COMBINACION EN LOS POLLOS ALIMENTADOS CON COLESTEROL, J. S. King, T. B. Clarkson, N. H. Warnock "Circulation Research", 1956, 4, 162.

Se estudiaron los efectos de la alfa-fenil-butiramida (PB); de los esteroles de la semilla de soja (SS); de las sales dietanolamínicas del ester ácido monocanfórico del alcohol alfa-4-dimetil-benzílico (gallógeno). Estas sustancias fueron administradas aislada o simultáneamente a polluelos de 25 días a los cuales se hacían determinaciones periódicas de la colesterolemia por el método de Zlatkis. Después de un período de 11 semanas se sacrificaban los polluelos dosificando el colesterol contenido en la aorta y en el hígado en rela-

ción con el peso del cuerpo y de los testículos. Los resultados obtenidos demuestran que el PB posee un evidente efecto hipocolesterémizante, que aumenta con la administración simultánea del SS. Sin embargo, el PB posee una toxicidad no despreciable que se manifiesta por retardo del desarrollo de los testículos y de los caracteres sexuales secundarios además del peso del cuerpo. Por el contrario la asociación del gallógeno con SS posee un efecto hipocolesterémizante prácticamente igual y con una toxicidad netamente inferior. — Moia.

ESTUDIOS CIRCULATORIOS DE LA ACCION DE PEQUEÑAS DOSIS DE HEXAMETONIO EN LOS NORMOTENSOS E HIPERTENSOS. W. Auinger, G. Herold, "Cardiología", 1956, 28, 103.

En 15 pacientes normotensos y 9 hipertensos, sin ninguna manifestación de insuficiencia cardíaca, se realizaron investigaciones cardiocirculatorias antes y a varios intervalos después de la inyección de una pequeña cantidad (20mg) de hexametonio endovenoso. Se determinaron la presión arterial; electrocardiograma, fonocardiograma, esfimograma carotídeo y femoral y presión venosa. Sobre la base de estas determinaciones se investigó la velocidad de la onda del pulso, el volumen minuto, la resistencia elástico-periférica y las relaciones entre la fase isométrica y la fase isotónica de la contracción cardíaca, así como la duración de la fase de deformación y de la fase de aumento de presión de la contracción cardíaca. Se observaron algunas diferencias de comportamiento entre los normotensos y los hipertensos. En estos últimos, se observó una reducción de la resistencia vascular con caída de la presión arterial y retardo en la velocidad de la onda del pulso mientras que en los normotensos se observó un aumento de la resistencia vascular. En estos últimos, en los primeros minutos que siguieron a la inyección del ganglioplégico, se observó un ligero aumento del volumen minuto seguida, sin embargo, poco tiempo después, de una reducción similar a la que se observó en los hipertensos. A pesar de estas diferencias, las reacciones observadas deben referirse a mecanismos análogos de reducción de la sobrecarga venosa y arterial. De ello deducen que el hexametonio puede ser empleado con utilidad en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca por sobrecarga, caracterizada por elevada resistencia periférica y tal vez hipertensión venosa compensadora. — Moia.

TRATAMIENTO DEL SINDROME DE CARENCIA DE SAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA POR EL USO CONTROLADO DE DIURETICOS MERCURIALES. A. L. Rubin, W. S. Braveman. Circulation 1956, 13, 655.

Este síndrome, en los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva refractaria, se atribuye generalmente a la retención de líquidos con dilución electro-lítica o a la excesiva pérdida de sal inducida por la administración frecuente de diuréticos mercuriales. El primer factor es a menudo el más importante. Para corregirlo los autores proponen una dieta en la que la ingestión de líquidos se res-

ANÁLISIS DE REVISTAS

tringe a 1.500 ml. o menos y la de sal a 2 g. o menos por día. Haciendo una cuidadosa determinación electrolítica diaria administran 2 g. de cloruro de amonio acuoso, 5 veces por día y una dosis única diaria de 750 mg. de Diamox. Si el CO_2 sanguíneo estuviera elevado se administra el Diamox sin cloruro de amonio hasta que el efecto del primero se atenúe y entonces se administra el cloruro de amonio. Cuando la concentración de cloruros en la orina se eleva a más de 40 miliequivalentes por litro se interrumpe el Diamox y se agregan 2.0 ml. de Mercurhydrin intramuscular diaria continuando la administración de cloruro de amonio durante todo el período en que se inyecta el Mercurhydrin. Durante la diuresis mercurial así inducida, la concentración urinaria del sodio fué significativamente más baja que la del plasma en todos los casos. Se sugiere que la expansión del fluido extracelular con dilución electrolítica es el factor más importante en la producción del síndrome de carencia de sal que podría denominarse más correctamente el "síndrome de dilución". — *Moia*.

LOS EFECTOS DE LA INYECCION INTRAVENOSA DE APRESOLINA (HYDRALAZINE) SOBRE LA FUNCION CARDIOVASCULAR Y RENAL EN PACIENTES CON Y SIN INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. W. E. Judson, W. Hollander, R. W. Wilkins. *Circulation* 1956, 13, 664.

La apresolina intravenosa se mostró como un potente vasodilatador renal tanto en los pacientes con insuficiencia cardíaca como en los con afecciones pulmonares crónicas y en los hipertensos compensados. La respuesta renal no depende necesariamente de los cambios en el volumen minuto y presión arterial. La mejoría más llamativa en la función renal y cardiovascular se observó en los hipertensos con insuficiencia cardíaca. A menos que se produzca colapso circulatorio, el efecto hipotensor de la Apresolina no se acompaña de disminución en la excreción de sodio y agua. El colapso vascular inducido por la apresolina ocurre a menudo en presencia de un aumento del volumen minuto y parece relacionarse primariamente con una marcada reducción en la presión sanguínea y con la deteriorización del pulso. — *Moia*.

INDICACIONES CORRIENTES PARA EL USO DE LAS DROGAS ANTICOAGULANTES EN LAS AFECIONES CEREBRO-VASCULARES. R. G. Siekert, C. H. Millikan, R. M. Shick. *Circulation* 1956, 13, 725.

Las indicaciones corrientes para el uso de estas drogas son: 1) insuficiencia intermitente del sistema arterial basilar; 2) insuficiencia intermitente del sistema carótida interna; 3) trombosis en el sistema basilar arterial; 4) embolias cerebrales recurrentes asociadas con una fuente cardíaca y 5) posible trombosis cerebral recurrente. — *Moia*.