

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

ESTUDIOS DE LA FUNCION CARDIOCIRCULATORIA Y HEPATICA CON BROMOSULFALEINA. - I. VOLUMEN MINUTO CIRCULATORIO. J. E. Rodo, A. Agrest y A. C. Taquini. "Medicina", 1956, 16, 10.

Se realizan determinaciones del volumen minuto con BSF siendo sus resultados comparables con los obtenidos con Azul de Evans. La ventaja de la BSF es la de poder efectuar sucesivas determinaciones en el mismo enfermo y su comparación con la función hepática y la volemia, lo que puede hacerse en la misma determinación. Se describe el método empleado. — *Autores.*

ESTUDIO DE LA FUNCION CARDIOCIRCULATORIA Y HEPATICA CON BROMOSULFALEINA - II. "CLEARENCE" DE BSF. — A. Agrest, J. E. Rodo y A. C. Taquini. "Medicina", 1956, 16, 15.

Las características de la declinación de concentraciones de la BSF luego de una inyección única permite calcular el volumen de distribución y el clearance hepático de esta sustancia. Se demuestra que el volumen de distribución de la BSF es igual al de Azul de Evans T-1824 y por lo tanto representa el volumen de plasma intravascular. Se correlacionan los valores de clearance y volemia obteniendo un clearance fraccional similar al hallado por otros autores. Se aprovecha la inyección única para determinar el volumen minuto y para establecer relaciones entre el clearance (proporcional al flujo en las condiciones estudiadas) y el volumen minuto. — *Autores.*

ESTUDIO DE LOS RUIDOS Y SOPLOS CARDIACOS POR REGISTROS CARDIACOS DIRECTOS. Ch. A. Pertrand, I. G. Milne y R. Hornick. "Circulation", 1956, 13, 49.

Mediante un embudo de bronce con doble pared que permite una moderada succión continua para mantener adherido el aparato de registro sobre la superficie miocárdica, se hicieron registros fonocardiográficos directos sobre la superficie del corazón del perro normal y con comunicación interauricular o con estenosis pulmonar o aórtica. Se observó que el soplo de la estenosis pulmonar reaparece inmediatamente después de liberar la oclusión de la vena cava, mientras que el de la estenosis aórtica demora por lo menos de 6 a 8 latidos. Esto podría servir de base a la diferenciación de los soplos originados en el corazón derecho y en el corazón izquierdo, mediante una bien controlada maniobra de Valsalva. De los 23 animales estudiados, 4 tenían desdoblamiento del segundo ruido localizado en la arteria pulmonar. En 3 perros la producción de un defecto interauricular no produjo la aparición de soplos. Los soplos de la estenosis pul-

monar o aórtica, artificialmente producida, se registraron en el sitio de origen y se transmitieron a distancia a lo largo de los vasos comprometidos, pero no se transmitieron a otras cavidades cardíacas. — *Moia*.

LAS INTERRELACIONES HEMODINAMICAS Y METABOLICAS EN LA ACTIVIDAD DE LA ADRENALINA; NORADRENALINA Y HORMONAS TIROIDEAS. — W. R. Brewster, J. P. Isaacs, P. F. Osgood y T. L. King. "Circulation", 1956, 13, 1.

Se hicieron hipertiroideos 31 perros administrándole 0.8 g. U.S.P. de tiroides por kilogramo de peso por día durante períodos variables de 1 a 3 semanas, utilizándose como control 27 perros eutiroides. Para diferenciar los efectos entre la *l*-adrenalina y *l*-noradrenalina y los de las hormonas tiroideas, se abolió la liberación refleja de adrenalina en ambos grupos de perros, usando un bloqueo simpático preganglionar epidural total, que se obtuvo por la inyección epidural de una solución de clorhidrato de procaína al 0.45 %. Mediante este procedimiento se pudieron anular los efectos metabólicos y hemodinámicos de la tirotoxicosis, mostrando los perros eutiroides y los hipertiroideos, durante los períodos de bloqueo simpático, que no existían diferencias significativas en el consumo de oxígeno, índice cardíaco, frecuencia cardíaca, presiones medias auriculares derechas o izquierdas, volumen sistólico ventricular y diferencia arteriovenosa de oxígeno. Todos los parámetros de actividad de la *l*-adrenalina y la *l*-noradrenalina aumentaron al aumentar las concentraciones de las hormonas tiroideas. La inyección de *l*-adrenalina o de *l*-noradrenalina en los perros hipertiroideos con bloqueo simpático total, produjo aumento del consumo de oxígeno, de la frecuencia cardíaca, del índice cardíaco y del trabajo de expulsión ventricular por unidad de presión de lleno, significativamente mayores que los observados durante las inyecciones de las mismas sustancias en una serie comparable de perros eutiroides.

Mientras que la inyección de *l*-adrenalina produjo un aumento consistente del lactato y piruvato del suero y del azúcar de la sangre, la de *l*-noradrenalina, a pesar de producir el mismo efecto calorigénico, originó una disminución de los mencionados valores; la normalidad de estos valores en los animales hipertiroideos sugiere que la *l*-noradrenalina es el mediador predominante de los efectos fisiológicos de la tirotoxicosis, especialmente en lo que a la actividad del sistema nervioso se refiere.

Se deduce que existe una interrelación dinámica entre las hormonas tiroideas y la *l*-adrenalina y *l*-noradrenalina. Los efectos fisiológicos de la tirotoxicosis no son el resultado de la acción aislada de las hormonas tiroideas por sí, sino que se deben a los efectos fisiológicos de la *l*-adrenalina y *l*-noradrenalina, aumentados por las hormonas tiroideas. — *Moia*.

P A T O L O G I A

PELIGROS DE LA INACTIVIDAD DURANTE VIAJES EN AUTOMOVIL. A. Soffer. "Am. J. of Med. Sc.", 1955, 229, 475.

Refiere el caso de una mujer de 72 años que, durante un viaje de 68 horas

casi ininterrumpido, presentó edemas de piernas y luego crisis convulsivas. Las atribuye a isquemia cerebral por acumulación de la sangre en las extremidades inferiores. Recuerda que, aún con viajes más breves, pueden verse y a cualquier edad, flebotrombosis con embolias pulmonares. Resulta así indispensable las detenciones repetidas para permitir la movilización de las piernas. En personas ancianas conviene agregar vendajes de las piernas y, si aparece edemas suspender el viaje para permitir el reposo en posición supina. — *Manguel*.

EL DIAGNOSTICO DE HIPERTROFIA CARDIACA EN LOS ANCIANOS. CORRELACIONES CLINICO PATOLOGICAS EN 55 INDIVIDUOS. M. Rodstein. "Am. J. of Med. Sc.", 1955, 229, 525.

Además del examen físico, se efectuaron radiografías de tórax y electrocardiogramas, comparando los resultados con los datos del grado de hipertrofia cardíaca hallada en la autopsia. La edad osciló entre 63 y 95 años de edad. En 32 se hizo el diagnóstico correcto de hipertrofia. En 7 casos la necropsia mostró hipertrofia ventricular leve que no había sido diagnosticada. En 16 casos, sin signos de agrandamiento post-mortem, 6 tenían diagnóstico radiográfico de hipertrofia y 1 diagnóstico por el examen clínico. En este grupo, ningún caso mostró signos E. C. G. de hipertrofia cardíaca. En 32 pacientes con hipertrofia ventricular marcada en la necropsia, 20 fueron así diagnosticados en vida clínicamente; 19 por los Rayos X y 19 de 31, electrocardiográficamente. El criterio electrocardiográfico más sensible de hipertrofia fué la R. en aVL mayor de 11 mm y la $R_1 + S_3 = a$ 25 mm o más y fue atribuido a la posición horizontal aumentada, más una rotación horaria asociada a la edad avanzada. No hubo un patrón fijo de coexistencia de diagnósticos por los 3 métodos usados en los casos con evidente hipertrofia post-mortem. En esos casos, los resultados del examen físico y radiológico coincidieron más a menudo con los hallazgos necroscópicos, que los electrocardiográficos y se atribuyó a que los primeros están vinculados con el tamaño y el último con la hipertrofia. Además no puede olvidarse que las alteraciones miocárdicas y coronarias inciden sobre los signos electro cardiográficos que pertenecen a la hipertrofia. — *Manguel*.

HIPOTERMIA E INVERNACION

EVIDENCIAS DE LESION CARDIACA ASOCIADA CON HIPOTERMIA SISTEMICA EN PERROS. H. S. Samuli Sarajas. "Am. Heart J.", 1956, 51, 298.

Se sometió a hipotermia sistémica a 24 perros, de los cuales 9 fueron autopsiados tan pronto como se iniciaron las irregularidades cardíacas fatales o al terminar una hipotermia moderada (26° a 27,5° C) o profunda (21° a 22,5° C) de 1 a 4 horas de duración. En todos los casos el miocardio mostró focos de necrosis de las fibrillas musculares, con reacciones celulares ocasionales. En cambio, 15 perros fueron sacrificados y autopsiados 3 días a 3 años después de sobrevivir a moderadas o profundas hipotermias de la misma duración. En 13 de los 15 se observaron netas áreas de necrosis mostrando varios estados de organi-

zación. Se discute la naturaleza y etiología de las lesiones así como su significado funcional. — *Moia*.

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DURANTE LA HIPOTERMIA Y OCLUSION CIRCULATORIA. C. E. Hicks, M. C. McCord y S. G. Blount. "Circulation", 1956, 13, 21.

Se analizan los electrocardiogramas de 25 enfermos durante el período de reducción de la temperatura corporal y la oclusión total de la circulación, comprobando que la hipotermia se acompaña de bradicardia, depresión de la conductividad intracardiaca e inhibición de los centros normales de formación de impulsos, con arritmias auriculares resultantes. La oclusión circulatoria durante el período de hipotermia produjo con elevada frecuencia arritmias ventriculares; la hipoxia miocárdica y los traumas coincidentes con la manipulación cardíaca, parecen ser los factores de mayor importancia, responsables de la aparición de estas arritmias ventriculares. En cambio, las mismas sólo se observaron infrecuentemente durante el período de hipotermia sola; esto se interpreta como resultado de la producción de alcalosis por hiperventilación y por el uso de prostigmin. La reducción de la temperatura corporal por debajo del nivel crítico, relacionado aparentemente con la edad del paciente, produjo un aumento de la irritabilidad del miocardio auricular, observándose en estas condiciones, en el 50 % de los casos, fibrilación o aleteo auricular. Los cambios observados en la actividad eléctrica y en el miocardio, tuvieron tendencia a retornar a lo normal al liberar la oclusión y calentar al paciente. — *Moia*.

EL RITMO CARDIACO EN LA INVERNACION ARTIFICIAL. A. Villamil, B. B. Lozada, R. J. Franco y R. M. Buzzi. "Medicina", 1955, 15, 320.

Se estudiaron las alteraciones del ritmo cardíaco aparecidas en 14 enfermos sometidos al procedimiento de la invernación artificial; refiriéndolas a 4 distintos períodos: A) Período de inducción; B) Período de estado, por encima de 28° C; C) Período de estado, por debajo de 28° C; D) Arritmias aparecidas por contacto directo con el miocardio. En el período de inducción fué prácticamente de regla la presencia de taquicardia sinusal. En 1 caso se observó fibrilación auricular. En el período de estado, por encima de 28° C, se comprobó taquicardia sinusal en 3 casos, de fibrilación auricular en 2 y de un bloqueo incompleto de rama derecha en 1. En el período de estado, por debajo de 28° C, se observó taquicardia sinusal en 1 caso, extrasístoles auriculares en 2 y un bloqueo incompleto de rama derecha en otro. El contacto directo de las paredes cardíacas, fuera por el sondeo o por la cirugía cardiovascular, determinó, en términos generales, fenómenos arrítmicos más bien escasos y de la importancia que es de esperar habitualmente en tales circunstancias. Se comenta el uso de la quinidina en 1 caso, su posible acción depresora antiarrítmica, y la conveniencia de generalizar su uso o el de otras similares cuando se lleva a un sujeto en estado de invernación artificial a una intervención quirúrgica cardiovascular. — *Autores*.

ELECTROCARDIOGRAFIA Y VECTOCARDIOGRAFIA

COMPARACION DE DOS SISTEMAS DE ELECTROCARDIOGRAFIA CON UN ELECTRODO EN LOS LADOS FRONTAL Y DORSAL DEL TRONCO, RESPECTIVAMENTE. H. C. Burger, J. B. van Milaan, W. Klip. "Am. Heart J.", 1956, 51, 26.

En la proyección horizontal no existe una concordancia muy satisfactoria entre los sistemas del tetraedro regular de Wilson, con el B_1 de los autores. Este acuerdo se hace más satisfactorio y de mayor utilidad clínica por la aplicación de coeficientes apropiados, a pesar de mantener los electrodos en su lugar como lo indicó Wilson y sus colaboradores. — *Moia.*

ANALISIS DE LOS SISTEMAS R, L, F, B DE VECTOCARDIOGRAFIA ESPACIAL. E. Frank. "Am. Heart J.", 1956, 91, 34.

En modelos homogéneos, tridimensionales, de torsos de hombres y mujeres se usaron varios sistemas de vectocardiografía espacial, empleando el brazo de recho (R), el izquierdo (L), la pierna izquierda (F) y un electrodo dorsal (B), y usando una técnica exacta de medición unipolar. Se destaca la influencia de la localización del dipolo sobre la exactitud de la determinación de los componentes del dipolo. Se suministran datos cuantitativos para la localización de los dipolos, representativa de las variantes que es dable esperar en los seres humanos. El análisis cuantitativo de varios sistemas se presenta en términos de ecuaciones, representaciones geométricas, derivaciones escalares y vectocardiogramas. Se llega a la conclusión de que, en vectocardiografía, no se pueden obtener resultados exactos si se ignora la localización del dipolo. Se discuten varias tentativas par adisminuir los errores debidos a la localización del dipolo. — *Moia.*

LA DETERMINACION APROXIMADA DE LOS VECTORES DE LA DERIVACION Y DEL TRIANGULO DE BURGER EN LOS SERES HUMANOS NORMALES. D. A. Brody, B. D. Erb, W. E. Romans. "Am. Heart J.", 1956, 51, 211.

Las derivaciones de Einthoven en 6 seres humanos fueron utilizadas para enviar impulsos de corriente directa rectangular de 1 Ma., haciéndose el registro, en forma de mapa, de los trazados de la superficie corporal y de los campos de las derivaciones. El campo ideal de derivación, es decir, aquél que resulta perfectamente uniforme, fué representado lo más aproximadamente por el campo de la derivación III. En cambio el de las derivaciones II y especialmente el de la I, se desviaron significativamente de la configuración ideal. Un ideal teórico de las distorsiones de las derivaciones causadas por la masa intracardiaca de sangre muestra que los componentes tangenciales de los dipolos en el miocardio contribuyen relativamente poco a las deflexiones de los electrocardiogramas de las extremidades. A pesar de las distorsiones de las derivaciones causadas por la sangre intracavitaria, las fuerzas electromotrices del corazón se registran probablemente de una manera casi vectorial. — *Moia.*

CORRELACION DEL VECTOCARDIOGRAMA ESPACIAL Y DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA.

E. A. Stern, S. M. Tenney, "Am. Heart J.", 1956, 51, 53.

En 27 pacientes con afecciones cardíacas e hipertrofia ventricular derecha o con afección pulmonar crónica, se estudiaron los vectocardiogramas espaciales, tratando de relacionarlos con el electrocardiograma y los hallazgos clínicos. Se observó que los vectocardiogramas espaciales pueden mostrar hipertrofia ventricular derecha cuando los electrocardiogramas standard muestran hallazgos normales o equívocos, discutiéndose las razones de esta disparidad. La presencia de enfisema pulmonar introduce cambios de rotación en el vectocardiograma espacial que tienden a oscurecer la configuración electrocardiográfica de hipertrofia ventricular derecha. — *Moia.*

ANÁLISIS VECTORIAL DEL ECG EN EL BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA.

F. Voill. "Zeitschr. f. Kreislauff.", 1955, 44, 568.

En el presente trabajo se consideran los obstáculos y sus causas para un juicio rápido del ECG en el bloqueo de rama. En la primera parte se efectúa un análisis en 2 ejemplares y en la segunda parte, después de indicar el método, se refiere a la estabilidad relativa del ángulo espacial entre QRS y STT en el bloqueo de rama izquierda. — *Berken.*

ALGUNOS ASPECTOS DE LAS SOBRECARGAS VENTRICULARES IZQUIERDAS. J. L. Martí Cartaya y M. Rizo Robayna. "Rev. Esp. Card.", 1955, 9, 430.

Los perfiles de ondas T altas y acuminadas, con ramas simétricas o invertidas en las derivaciones precordiales izquierdas, descritas como características de las sobrecargas diastólicas y sistólicas, respectivamente, no corresponden al concepto hemodinámico de tales sobrecargas. La aparición de uno u otro tipo de onda T no depende —en el caso de la valvulopatía aórtica— de la etiología del proceso, ni tampoco del tiempo de evolución de la enfermedad o del de aparición de la sintomatología. En cambio, esta diversa morfología guarda una íntima relación con el grado de insuficiencia cardíaca existente. Aún cuando los hechos que a continuación se exponen están sujetos a crítica y no creemos que se puedan afirmar terminantemente, parece insinuarse que, al aparecer la sintomatología de insuficiencia cardíaca, las ondas T se hacen puntiagudas en precordiales izquierdas, y de tanto mayor voltaje cuanto más discreta sea aquélla. A medida que progresa la insuficiencia, las ondas se hacen sucesivamente pequeñas y puntiagudas, aplanadas, difásicas y, por último, negativas, cuando aquélla es intensa. — *Autores.*

PATRONES ELECTROCARDIOGRAFICOS EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA. J. Schott, M. Jacobi y M. A. Wald. "Am. J. of Med. Sc.", 1955, 229, 517.

Estudian los dos tipos admitidos de esta afección; la forma pseudo-hipertrofica y la fascio-escápulo-humeral. En la 1ra, encuentran, en 4 de 6 casos, el gran voltaje de QRS (en una o más derivaciones precordiales) excediendo amplia-

mente los valores normales; en los 2 restantes, la altura del QRS se aproximaba al máximo. Esto no se vió en la otra variedad de esta afección. En los casos autopsiados no se halló la causa de esa diferencia en el E.C.G., que por otra parte no se explica desde que las deformidades esqueléticas se hallan en ambas categorías. — *Manguel*.

CORRIENTES DE INJURIA DIALISABLES EN INTOXICACION POTASICA ASEMEJANDOSE AL INFARTO DE MIOCARDIO AGUDO O A LA PERICARDITIS. H. D. Levine, S. H. Wanzer y J. P. Merrill. "Circulation", 1956, 13, 29.

Cuatro pacientes con intoxicación potásica asociada a insuficiencia renal aguda o crónica mostraron elevaciones del segmento RS-T sobre las regiones precordiales derechas o izquierdas, asemejándose a lo observado en el infarto de miocardio agudo y la pericarditis. Un paciente sobrevivió; en los 3 casos fatales, se observó en la autopsia, en 2 casos embolia pulmonar, con/o sin pericarditis fibrinosas (2 veces) o afección coronaria con fibrosis miocárdica o sin ella (2 veces); ninguno mostró infartos recientes del miocardio. A pesar de este complicado substracto anatómico, fué posible eliminar específicamente en todos los casos, total o parcialmente, estas corrientes de injuria por la hemodiálisis artificial con el riñón artificial. Esto destaca el origen químico de estos cambios, se asocien o no a alteraciones anatómicas. Los autores destacan que, cuando se tratan pacientes con intoxicación potásica, es menester estudiar cuidadosamente estas curvas para no cometer errores de diagnóstico con el infarto agudo de miocardio. — *Moia*.

INFARTO DE MIOCARDIO COMPLICADO POR BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA. ESTUDIOS SOBRE EL MECANISMO DE LA ACTIVIDAD VENTRICULAR. P. Kennamer y M. Prinzmetal. "Am. Heart J.", 1956, 51, 78.

A 9 perros se les cortó la rama izquierda del haz de His después de la cicatrización de infartos ventriculares producidos experimentalmente, que comprometían ya sea exclusivamente la región subendocárdica, o bien se extendían de pared a pared o eran simplemente del tipo moteado en el espesor de la pared miocárdica. Antes de la producción del bloqueo de rama izquierda, los primeros mostraron ondas R o Rs en las derivaciones de la superficie, los segundos presentaron ondas QS idénticas a los complejos cavitarios y los terceros mostraron ondas QS con R embrionarias, o deflexiones QR o simplemente QS difiriendo de la QS de la cavidad en magnitud, configuración y, a menudo, en tiempo. Después de producido el bloqueo de rama izquierda, las derivaciones de la superficie de los tres tipos de lesiones mostraron ondas R o Rs puras. Los infartos subendocárdicos originaron complejos anchos y altos, no distinguibles de los registrados sobre la zona del miocardio no infartada. Los infartos de pared a pared presentaron ondas R pequeña o Rs idénticas a los de la deflexión intracavitaria, mientras que los moteados presentaron complejos epicárdicos positivos más pequeños que los encontrados sobre las zonas ventriculares no infartadas con bloqueo de rama izquierda, pero mayores que los obtenidos en las lesiones de pared a pared.

Los potenciales positivos registrados en la zona epicárdica de los ventrículos

con bloqueo de rama izquierda completa, derivan fundamentalmente de la despolarización de las capas más externas del ventrículo y no parecen ser afectados por las capas más profundas del miocardio.

En los pacientes con bloqueo de rama izquierda, el desarrollo de infartos de miocardio comprometiendo grandes cantidades del músculo subepicárdico pueden manifestarse por una disminución en la magnitud de la onda R en las derivaciones precordiales subyacentes al ventrículo izquierdo o a la derivación aVF.

Los estudios experimentales realizados en 5 perros demuestran que los cambios del segmento S-T que se observan en las derivaciones directas en presencia del bloqueo de rama izquierda, se producen primariamente por las capas externas del miocardio ventricular. Infartos de miocardio agudo en presencia de bloqueo de rama izquierda pueden presentar frecuentemente elevaciones del segmento S-T en las derivaciones precordiales subyacentes al ventrículo izquierdo o a la derivación a VF. En presencia de afecciones coronarias, los cambios del segmento S-T pueden ocurrir a pesar de la presencia de bloqueo de rama izquierda. Durante el ejercicio o la insuficiencia coronaria espontánea, se observa depresión del segmento S-T en las derivaciones que enfrentan al ventrículo izquierdo o a aVF y elevación de RS-T en las que enfrentan al ventrículo derecho. La elevación de S-T en V₁ hasta V₃ pueden ser los cambios más obvios en tales circunstancias. Los cambios del segmento S-T sólo se pueden descubrir si se tienen trazados previos para comparación. — *Moia*.

BALISTOCARDIOGRAFIA

EL BALISTOCARDIOGRAMA EN LA ESTRECHEZ MITRAL. P. Cossio, J. A. Berreta, H. E. Mossio y O. Fustinoni. "Medicina", 1055, 15, 368.

Se analizan los balistocardiogramas registrados en 75 casos de estrechez mitral. No se encontró una configuración característica, aunque lo más frecuente es tener trazados de pequeña amplitud y de aspecto irregular, con deflexiones diastólicas amplias. Se vinculan estas alteraciones a las características hemodinámicas propias de la estrechez mitral. Se analizan otros factores que pueden influir en la curva balistocardiográfica. — *Autores*.

EL BALISTOCARDIOGRAMA ANTES Y DESPUES DE LA COMISUROTOMIA MITRAL. P. Cossio, H. E. Mosso, J. A. Berreta y O. Fustinoni. "Prensa Méd.", 1955, 42, 3881.

Se analiza el balistocardiograma en trece enfermos portadores de estrechez mitral antes y después de la comisurotomía (postoperatorio inmediato y alejado). En siete casos no se observó modificación alguna en el balistocardiograma, lo cual indica que no hubo mejoría en las condiciones hemodinámicas creadas por la estrechez mitral luego de la operación. En cuatro casos hubo modificación de la curva balistocardiográfica en forma transitoria, y sólo en dos la mejoría fué manifiesta y persistente. Se hace la correlación con la clasificación clínica, notándose que los trazados más patológicos y sin ninguna modificación luego de la operación pertenecen casi todos al grupo en que no hubo mejoría clínica, mientras

que entre los pacientes que mostraron alguna modificación en su curva balistocardiográfica, hubo una mayor proporción de mejoría clínica. Finalmente se hacen consideraciones acerca de los otros factores que pueden influenciar la configuración del balistocardiograma y que hay que tener presente en juzgar los resultados postoperatorios. — *Autores.*

LA PRUEBA BALISTOCARDIOGRAFICA DEL CIGARRILLO: NUEVAS OBSERVACIONES. F. W. Davis, WM. R. Scarborough, R. E. Mason, M. L. Singewald y B. M. Baker. "Am. Heart. J.", 1956, 51, 165.

Se estudiaron los efectos del fumar sobre el balistocardiograma en 250 normales y 190 pacientes con afección coronaria. Se encontraron balistocardiogramas anormales en reposo en el 25.3 % de los normales y el 56.4 % de los coronarios. La prueba del cigarrillo fué positiva en el 7.5 % de los primeros y 48.9 % de los segundos. La prueba no fué modificada por los hábitos previos de fumar, la inhalación o no inhalación y (en el grupo con afecciones coronarias) por la presencia de angina de pecho o infarto de miocardio previo. La prueba nunca fué positiva en los sujetos normales por debajo de los 40 años y sólo lo fué 3 veces sobre 89 sujetos en la quinta década. El uso de filtros de diversos tipos y de cigarrillos sin nicotina fué incapaz de prevenir las alteraciones balistocardiográficas en los diversos grupos. La nitroglicerina fué capaz de prevenir las alteraciones balistocardiográficas sólo en pocos pacientes. Se deduce que una prueba balistocardiográfica positiva al cigarrillo en una persona por debajo de los 50 años de edad sospechosa de padecer una afección coronaria, contribuye a este diagnóstico. — *Moia.*

ARRITMIAS

OBSERVACIONES SOBRE LAS RELACIONES DE LOS FENOMENOS ELECTRICOS Y MECANICOS EN LAS ARRITMIAS CARDIACAS. M. Eliakim, K. Braun. "Am. Heart. J.", 1956, 51, 61.

En 22 pacientes con afecciones cardíacas congénitas o adquiridas se estudió el período latente entre la iniciación de las sístoles eléctrica y mecánica, la longitud de dichas sístoles y la altura de las presiones sistólicas y diastólicas, registrando simultáneamente la presión ventricular derecha y el electrocardiograma. Se observó que los latidos ectópicos apareciendo en la fase de eyección causan un ensanchamiento de la sístole mecánica del latido antecedente y mantienen su presión diastólica a un nivel mayor que el normal. Los latidos ectópicos apareciendo en la fase de relajación ventricular isométrica tienen habitualmente una presión inicial alta, un período latente electromecánico prolongado, con disminución de la presión sistólica y acortamiento de la sístole mecánica. Los latidos ectópicos apareciendo en la fase de lleno ventricular rápido tienen una presión inicial normal o elevada, un período latente electromecánico normal o prolongado, presión sistólica normal o disminuída y, frecuentemente, acortamiento de la sístole mecánica. Los latidos ectópicos que aparecen en la diástasis del latido antecedente tienen una presión inicial normal, habitualmente un período latente electromecánico normal, así como también una presión sistólica normal y una

sístole mecánica acortada, normal o prolongada. Latidos ectópicos sucesivos producen una disminución de la presión sistólica y aumento de la presión diastólica ventricular. Se presentan y discuten también los hallazgos en casos de alternancia ventricular, latidos de fusión, marcapaso errante con conducción ventricular aberrante y fibrilación auricular. — *Moia.*

LA INFLUENCIA DE LA INHALACION DE ANHIDRIDO CARBONICO SOBRE LAS TAQUICARDIAS ECTOPICAS CAUSADAS POR LA VERA-TRINA. D. Scherf. R. Bussan, W. C. Gittinger y S. Torin. "Am. Heart J.", 1956, 51, 272.

Los alcaloides de la veratrina aplicados superficialmente sobre el ventrículo del perro o administrados por vía endovenosa, no produjeron extrasístoles con acoplamiento constante, los cuales, sin embargo, aparecieron en 21 de 26 experimentos, cuando a los animales, a los que se había aplicado la droga sobre la superficie ventricular, se les hacía inhalar una mezcla de 20 % de anhídrido carbónico con 80 % de oxígeno. Antes de la aparición de las extrasístoles con acoplamiento fijo, se observó una prolongación de la taquicardia ectópica que sigue típicamente a la aplicación de veratrina. De modo similar los ritmos ectópicos que siguen a la aplicación tópica de cloruro de sodio, citrato de sodio y oxalato de sodio pudieron ser prolongados siendo común la observación de ritmos bigeminados. Después de la inhibición de anhídrido carbónico se observó el fenómeno del bloqueo de salida en unos pocos experimentos y la estimulación vagal produjo ritmos ectópicos auriculares y ventriculares. Los autores tratan de explicar la acción del anhídrido carbónico sobre la base de sus acciones neurofisiológicas conocidas. — *Moia.*

LATIDOS PREMATUROS EN EL RITMO AURICULO-VENTRICULAR. W. Dressler y H. Roesler. "Am. Heart J.", 1956, 51, 261.

Todos los latidos prematuros observados en este tipo de arritmia fueron seguidos de pausas no compensadoras. En una observación se obtuvieron evidencias de que la aurícula era activada por la excitación ventricular prematura. En un caso de ritmo A-V superior, el latido del ritmo de fondo que seguía a una contracción ventricular prematura, mostró fusión de la onda P con el complejo QRS. Un fenómeno idéntico se observó en estudios experimentales realizados en animales interpretándose como causado por una mejoría temporaria en la conducción del haz de His, secundaria a la trasmisión retrógrada del impulso ventricular prematuro al marcapaso A-V. Ondas P positivas en derivaciones II y III se observaron en casos en los que la secuencia de las contracciones ventriculares y auriculares indicaban la presencia de ritmo A-V inferior. — *Moia.*

EL PROBLEMA DE LA FIBRILACION AURICULAR ESTABLECIDA. J. R. Beckwith, J. A. Ibarra y J. E. Wood Jr. "Am. J. of Med. Sc.", 1956, 231, 519.

En 30 casos se intentó recuperar el ritmo sinusal, para mejorar la suficiencia cardíaca o evitar las embolias. En 15 casos se logró éxito. Se usó la quinina o el

pronestyl. Se recalca el peligro con la quinidina, especialmente en 3 casos, en 2 de los cuales se produjo taquicardia ventricular y en un 3ro. fibrilación ventricular. Todos esos pacientes tenían gran daño cardíaco. Los niveles sanguíneos de la quinidina fueron los considerados como convenientes y esta determinación parece necesaria y debe ser realizada repetidas veces especialmente en los pacientes de edad avanzada con grave lesión miocárdica. El paciente debe ser vigilado antes de cada nueva toma y se deben obtener frecuentes trazados electrocardiográficos. Consideran conveniente el intento de desfibrilación en: casos con antecedentes embólicos; o con insuficiencia cardíaca no bien controlada por la medicación clásica o si la fibrilación es reciente o sin otra evidencia de afección cardíaca. Contraindican ese mismo intento en: cardíacos controlados con dieta y digital y en los que, sin otra evidencia de enfermedad cardíaca, no tienen antecedentes de embolias, insuficiencia cardíaca o agrandamiento del corazón. — *Manguel.*

REUMATICAS Y VALVULARES

ESTENOSIS MITRAL: DIAGNOSTICO CLINICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCION DE UN GRUPO SELECCIONADO. W. J. Kuzman, G. C. Griffith; J. C. Jonas y B. W. Meyer. "Arch. of Int. Med.", 1956, 97, 466.

Comprende el estudio de 67 pacientes seleccionados, que fueron internados para su estudio a fin de ser luego intervenidos. Cada paciente fué visto por tres examinadores y los resultados cotejados; todos fueron examinados radiológicamente y se les efectuaron electrocardiogramas con 12 derivaciones. Fueron operados con anestesia endotraqueal con óxido nitroso, oxígeno y éter. Una de las molestias más frecuentes era la disnea, que los autores vinculan al grado del "output" cardíaco. Otro síntoma común fué la hemoptisis. No encontraron una correlación estrecha entre el 2º ruido pulmonar intenso y el grado de hipertensión pulmonar. En cambio, fué frecuente (36 %) la existencia de un soplo de Graham-Steell. La presencia de un soplo sistólico apexiano, de \pm a $++$ fué considerado como expresión de un acortamiento de las cuerdas tendinosas, o de una insuficiencia tricuspídea o de una calcificación de la valva media de la mitral. Si coexiste un soplo de estenosis aórtica, sólo intervenir si se está en condiciones de obrar sobre esa válvula en el mismo acto operatorio. No fué posible diferenciar con seguridad entre el agrandamiento del V.D. o del V.I. y así, en 6 de 7 casos con diagnóstico radiológico de agrandamiento del V.I. la operación evidenció la existencia de estenosis mitral pura. El E.C.G. se mostró de gran valor para el diagnóstico de la estenosis mitral. El diagnóstico de trombosis intraauricular preoperatoria, falló en todos los casos y no hubo mayor frecuencia en los casos con embolias previas que en los que nunca tuvieron esos accidentes. En 61 casos se diagnosticó estenosis mitral pura, desde el punto de vista clínico y en 53 de ellos lo confirmó la operación. 17 pacientes desarrollaron una insuficiencia mitral post-operatoria de grado I y 3 de grado II. También ocurrió algo semejante a la auscultación y en esos casos la comisurotomía fué realizada con valvulótomo. Sólo hubo 2 casos de embolias; 1 en la operación y otro dos días más tarde. El estudio de los apéndices auriculares, buscando signos de actividad reumática, fué positivo en un 31 % y casi siempre en pacientes de menos de 40 años de edad. En un 22 % de los casos se produjo

el síndrome postcomisurotomía, que no respondió a la penicilina pero sí a los salicilatos. — *Manguel*.

EL CHASQUIDO DE APERTURA DE LA MITRAL EN EL DIAGNOSTICO CUANTITATIVO DE LA ESTENOSIS MITRAL. O. Bayer, F. Loogen y H. H. Wolter. "Am. Heart. J.", 1956, 51, 234.

En 100 pacientes con diagnóstico clínico de estenosis mitral se estudiaron las relaciones entre la presión auricular izquierda, supuestamente medida por la presión capilar pulmonar y el mayor o menor retardo en la aparición del chasquido de apertura de la mitral con respecto al segundo ruido, encontrándose que este intervalo se acortaba a medida que la presión pulmonar capilar aumentaba. Cifras de presión arterial braquial por debajo de 110 mm. Hg. para la sistólica coincidieron con tendencia a acortamiento de dicho intervalo, sucediendo lo contrario con cifras por encima de 130 mm. Hg. Después de comisurotomías mitrales exitosas se observaron dos cambios: primero se observó una prolongación del intervalo comparado con los valores preoperatorios y, segundo, el intervalo se acortó mucho menos durante el ejercicio o volvió más rápidamente al valor que tenía antes del ejercicio. Se destaca la utilidad de estudiar el comportamiento de este intervalo durante el ejercicio que tiende a aumentar la presión en la aurícula izquierda en los mitrales. — *Moia*.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ESTENOSIS MITRAL ADQUIRIDA. H. Bidoggia, C. Rodríguez, E. Pietrafesa, V. Urdapilleta, F. Labourt y T. Kiserud. "Prensa Méd. Arg.", 1955, 42, 3210.

De acuerdo con anteriores publicaciones de los aa. y estos estudios, es posible en la mayoría de los casos de estrechez mitral pura o predominante, precisar la relación entre las modificaciones hemodinámicas y el grado de estenosis valvular. En la estenosis mitral cerrada, los hallazgos clínicos pueden variar en los distintos casos incidiendo en la evolución de los mismos en forma predominante la actividad de la fiebre reumática. Del grado de la actividad reumática depende la capacidad de adaptación del ventrículo derecho a la resistencia paulatinamente aumentada del circuito pulmonar. Cuando menos afectada se halla la fibra miocárdica por la carditis reumática, tanto mayor es la sobrecarga de trabajo que podrá afrontar sin signos de claudicación. En pacientes con grados semejantes de estrechez valvular, es la distinta condición del ventrículo derecho la que determina las diferencias hemodinámicas, clínicas y radiológicas. Hipertensión acentuada en la arteria pulmonar, ventrículo derecho poco agrandado y ausencia de signos de insuficiencia cardíaca congestiva son pruebas de una fibra miocárdica con buena capacidad reaccional. En cambio un ventrículo derecho profundamente alterado por la fiebre reumática se descompensará en un lapso más corto frente a sobrecargas por hipertensiones pulmonares aun de grados menores. La importancia del estudio minucioso de los pacientes con estrechez mitral ha aumentado aún más por las posibilidades de corregirla mediante una intervención quirúrgica. Esta debe indicarse, cuando el examen clínico o las determinaciones hemodinámicas revelen una estenosis mitral cerrada. No conviene postergar la comisurotomía por cuanto con

el tiempo se acentúan los cambios estructurales del circuito cardiopulmonar. La mayor perspectiva de recuperación corresponde a los pacientes con fibra miocárdica competente y en quienes el acto quirúrgico revela una válvula con buena movilidad. — *Autores.*

RESECCION QUIRURGICA PULMONAR EN LA ESTENOSIS MITRAL. R. Wallyn, R. Dillon, B. L. Brofman. "Am. Heart", 1955, 51, 98.

Se describe un caso de estenosis mitral en el que se planteó una resección pulmonar por un diagnóstico equivocado de carcinoma pulmonar. Para estudiar la tolerancia del paciente a la posible resección pulmonar se simuló los efectos de la resección utilizando un catéter de tres luces con un globo inflexible en la extremidad, capaz de obstruir totalmente la arteria pulmonar elegida. Se registraron curvas de presión pulmonar capilar por el método convencional similares a las registradas en la abertura distal del catéter con globo así utilizado. El enfermo fué operado y como no se confirmara el diagnóstico de cáncer de pulmón se hizo la comisurotomía mitral. Se observó además que la combinación de una prolongada obstrucción de un pulmón con la inyección de sustancia de contraste en el mismo pulmón es capaz de originar lesiones pulmonares no previamente observadas. — *Moia.*

CONGENITAS

DIAGNOSTICO DE LOS DEFECTOS CONGENITOS DEL TABIQUE AORTICO. DESCRIPCION DE DOS CASOS CON ENFASIS ESPECIAL SOBRE UN NUEVO METODO QUE PERMITE UN DIAGNOSTICO CERTERO MEDIANTE EL CATETERISMO CARDIACO. H. A. H. D'heer y C. L. C. van Nieuwenhuizen. "Circulation", 1956, 13, 58.

En dos casos el diagnóstico sólo se pudo hacer correctamente por el cateterismo. Una vez que el catéter penetra en la aorta, a través del defecto septal aórtico, se le hace avanzar en dirección cefálica, hacia el arco aórtico y la carótida y luego en dirección caudal, a través de la aorta ascendente, hacia las válvulas aórticas. Superponiendo las dos radiografías obtenidas con el catéter en las dos posiciones, se puede demostrar claramente el defecto en la aorta ascendente a cierta distancia por encima de las válvulas aórticas. La determinación del contenido de oxígeno de las muestras obtenidas de las diferentes cavidades y vasos constituye una ayuda, pero cuando existe una hipertensión pulmonar grande sólo es de utilidad el método de la superposición de las radiografías. — *Moia.*

DIAGNOSTICO DE LAS COMUNICACIONES CENTRALES ("SHUNTS") MEDIANTE EL REGISTRO CONTINUO DE LA CONCENTRACION DEL T-1824 CON EL DENSITOMETRO DE OREJA. C. Castillo A., A. Cazorla T., C. Monge C. y Guillermo Whittembury M. "Medicina", 1955, 15, 287.

Se demuestra la utilidad diagnóstica de la curva de dilución del T-1824 tomadas con el densitómetro de oreja, en las cardiopatías congénitas. El método ha

sido usado en forma sistemática en la consulta externa de Cardiología. Se presenta un estudio comparativo entre el diagnóstico clínico y la morfología de la curva de dilución en 50 pacientes con diagnóstico de diversas cardiopatías congénitas con "shunts" y se comparan los resultados con un grupo de 22 normales. De los 22 normales, 21 presentaron curva de morfología normal y uno curva con artefactos. De los 50 pacientes, 47 fueron diagnosticados como portadores de "shunts" de izquierda a derecha, presentando 46 curva típica y uno curva dudosa. Tres pacientes diagnosticados como tetralogía de Fallot, presentaron curvas típicas de "shunt" de derecha a izquierda. Los autores recomiendan el método como un auxiliar diagnóstico en el consultorio externo de Cardiología. — *Autores.*

COMPLEJO DE EISENMENGER. ESTUDIO CLINICO Y PATOLOGICO DE CUATRO CASOS. J. Espino-Vela, L. A. Mata. "Am. Heart J.". 1956, 51, 284.

Se relacionan los hallazgos clínicos y de autopsia. Dos casos mostraron el hecho peculiar de una corrección espontánea del defecto interventricular por la adhesión total o parcial de la válvula septal de la tricúspide al tabique. La dextroposición aórtica fué evidente en todos los casos, siendo su grado variable. Los hallazgos en los dos casos de corrección espontánea del defecto interventricular, apoyan la idea de que los cambios vasculares en los pulmones parecen originarse como consecuencia del origen biventricular de la aorta y no como una anomalía vascular congénita. La explicación radicaría en el hecho de que el ventrículo derecho debe elevar su presión a un grado considerable cuando enfrenta a resistencias sistémicas. Los estudios histológicos en los casos sin obliteración del defecto del tabique, justifican la creencia de los autores, de que la elevación de presión en el circuito pulmonar fué la sola causa para la patología vascular pulmonar. En cambio, uno de los casos con soldadura del defecto, muestra que estos cambios vasculares no se producen cuando la aorta no tiene un origen biventricular, a pesar de su dextroposición. Ninguno de los casos presentó cianosis, lo que se explica por un adecuado suministro de sangre a los pulmones, a pesar de la dextroposición aórtica. En tres casos se observó una insuficiencia cardíaca de iniciación repentina y curso rápido. En ninguno de los casos se hizo el diagnóstico correcto antes de la muerte. Sin embargo, la presencia de un arco aórtico a la derecha puede ser un dato útil para el diagnóstico. — *Moia.*

ANEURISMA DEL SENO AORTICO ASOCIADO CON COARTACION DE LA AORTA. W. Dvibilier Jr., T. L. Taylor e I. Steinberry. "Am. J. of Roent.", 1955, 73, 10.

Los autores, en 58 angiocardiógrafías de coartación aórtica encontraron 3 casos de aneurismas de los senos aórticos. Reconocen que en la coartación es común la dilatación de la aorta ascendente pero en sus hallazgos la dilatación fué más acentuada en los senos de dicho vaso. El aneurisma mayor se halló en el seno anterior derecho; no hubo calcificación ni tampoco el aneurisma fué tan grande como para producir impresión sobre las cavidades cardíacas. Durante la operación, el cirujano no pudo reconocer los aneurismas mencionados. El pronóstico resulta grave pues posibilitaría la ruptura aórtica en los casos con

coartación. El mecanismo de esos aneurismas parece pese a la posibilidad de su origen congénito, supeditado a la hipertensión. En 1 caso la angiografía a los 6 meses de operación, no mostró reducción del tamaño de los aneurismas. — *Manguel.*

COMUNICACION INTERAURICULAR. OBSERVACIONES A PROPOSITO DE OCHO CASOS OPERADOS. J. Espino Vela, J. Piñeros Bernal y C. Guzmán García. "Arch. Inst. Card. México", 1954, 24, 493.

El diagnóstico clínico fué correcto en los ocho casos de comunicación auricular comprendidos en este estudio; pero no pudieron establecerse matices en cuanto a la magnitud del defecto, ni pudieron preverse las anomalías asociadas. En el caso 8 se había sospechado la existencia de una estenosis mitral que el cirujano no encontró. Los demás métodos diagnósticos confirmaron el diagnóstico clínico. El sondeo del corazón permitió conocer la presión reinante dentro de las cavidades derechas, pero no fué capaz de conducir al diagnóstico exacto en los casos 4, 5 y 8. También el electrocardiograma apoyó el diagnóstico establecido y pudo habernos hecho pensar que en 3 casos la presión ventricular derecha era más elevada que en los restantes. La técnica quirúrgica de Björk y Crafoord ha demostrado ser relativamente sencilla y ofrecer buenos resultados. — *Autores.*

PERICARDIO

VARIACIONES HEMODINAMICAS PROVOCADAS POR EL TAPONAMIENTO CARDIACO AGUDO EXPERIMENTAL EN PERROS. A. M. A. Perosio. "Medicina", 1954, 14, 363.

Se presentan las variaciones hemodinámicas inducidas por el taponamiento cardíaco agudo experimental en perros, en base al análisis de las curvas manométricas intracavitarias obtenidas por cateterismo cardíaco. Se hace referencia a la presión venosa, a la presión intrapericardíaca, a la presión auricular y ventricular derecha y a la presión arterial. Se comentan los trazados electrocardiográficos, señalándose la importancia de la acción mecánica del fluido intrapericardíaco en la configuración de las curvas típicas. — *Autores.*

ALGUNOS ASPECTOS HEMODINAMICOS DE LA PERICARDITIS CON DERRAME. A. M. Perosio, J. E. Burucúa, V. Pecorini y A. Buzzi. "Prensa M. Arg.", 1955, 42, 3885.

Se presenta el estudio clínico y hemodinámico realizado en dos pacientes con derrame pericardíaco determinante de sendos cuadros de taponamiento cardíaco, de grado severo en uno y moderado en otro y las variaciones producidas por la pericardiotomía en el primero de ellos. Se analizan los valores hemodinámicos, el efecto de la pericardiotomía y en especial, la morfología de la curva manométrica del ventrículo derecho, señalando sus semejanzas y diferencias con las observadas en las pericarditis constrictivas. Se comenta la similitud con las registradas experimentalmente en el perro. — *Autores.*

TAPONAMIENTO PERICARDICO. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. C.

Williams y L. Sontter. "Arch. Int. Med.", 1954, 94, 571.

Se revisaron 17 casos, 11 de los cuales fueron diagnosticados erróneamente. Destaca el poco valor de los signos señalados por los textos y la importancia del pulso paradójal y del latido de las venas del cuello. Recalca la importancia del taponamiento y aconseja efectuar una ventana pleuropericárdica para drenar. — *M. Manguel.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS**INFLUENCIA DE LA HORMONA TIROIDEA SOBRE LA REACTIVIDAD VASCULAR A LA ACCION DE SUBSTANCIAS VASOACTIVAS EN LA RATA. J. A. Osorio. "Rev. Soc. Argentina Biol.", 1956, 32, 29.**

Se determinó la reactividad vascular en ratas bajo la influencia de la hormona tiroidea, utilizando ciertas drogas vasoactivas. Para las sustancias presoras como adrenalina, nor-adrenalina e hipertensina se verificó una pequeña reducción de la sensibilidad en los animales tratados con polvo de tiroides, mientras en los que se suprimió la función tiroidea por diversos procesos, apareció una acentuada disminución de las respuestas presoras. Por lo contrario, para las sustancias depresoras estudiadas, hubo un aumento de sensibilidad en los animales hipotiroideos, más acentuado para acetilcolina que para el TEAC. La mayor acción depresora de la acetilcolina se explica por la modificación de la sensibilidad de los efectores colinérgicos vasculares y la inexistencia de modificaciones de la frecuencia cardíaca que acompañan a la caída de presión arterial se explicaría, probablemente, como una anticipación de la acción vasodilatadora sobre la bradicardizante. — *Autor.*

EFECTO DE LA TIROTROFINA SOBRE LA PRESION ARTERIAL DE RATAS CON REDUCCION RENAL. E. Braun Menéndez y J. C. Penhos. "Rev. Soc. Argentina Biol.", 1955, 31, 201.

La administración de tirotrofina hipofisaria (2 a 4 mg. por rata y por día), a ratas con reducción renal (ligadura en 8 de un riñón y extirpación del otro), con presión normal o moderadamente elevada, provoca un rápido ascenso de presión a niveles de hipertensión. Este efecto no se observa en ratas con reducción renal previamente radiotiroidectomizadas con I¹³¹ (800 μ C por ratas), mantenidas o no en eutiroidismo mediante la administración de dosis fisiológicas de tiroxina (2,5 μ g. por 100 g. de rata y por día). — *Autores.*

TIROIDES E HIPERTENSION NEFROGENA EXPERIMENTAL. E. Braun Menéndez. "Rev. Soc. Argentina Biol.", 1954, 30, 138.

La tiroidectomía y la administración oral de tiouracilo (40 mg por rata y por día) provocaron un descenso de la presión de ratas hipertensas con gran reducción renal (ligadura en 8 del riñón izquierdo y nefrectomía derecha) que en varios casos alcanzó niveles normales y se mantuvo en ellos. La administración

ANÁLISIS DE REVISTAS

de tiouracilo normalizó la presión de ratas hipertensas con poca reducción renal (ligadura en 8 del riñón izquierdo) e impidió la hipertensión que normalmente sucede a la extirpación del riñón contralateral. La administración de polvo de tiroides por boca (15 a 25 mg por rata y por día) o de tiroxina (40 g por rata y por día) en inyección subcutánea, provocó un ascenso de presión en ratas hipertensas con gran reducción renal, y un ascenso a niveles de hipertensión en ratas normotensas con poca reducción renal. En algunos casos la hipertensión así provocada persistió al suspenderse la administración de las hormonas tiroideas. El papel de la tiroides en la hipertensión nefrótica experimental de la rata es más importante que el que hasta ahora se le ha atribuido, y se ejerce probablemente a través de la influencia de la tiroides sobre el crecimiento del riñón. — *Autor.*

INFORMACIONES

Vº CONGRESO INTERAMERICANO DE CARDIOLOGIA

A realizarse en La Habana, Cuba, del 11 al 17 de noviembre de 1956.

La Convención Cardiológica de este Congreso, sobre el cual ya informáramos en números anteriores tendrá lugar en el Hotel Rosita de Arnedo y el Teatro Blanquita, convenientemente ubicados a tal efecto. Se realizarán sesiones plenas con relatos a cargo de los Profesores Jairo A. Ramos, Carl J. Wiggers, Ignacio Chávez y Pedro A. Castillo. Se realizarán además 4 simposios y 4 discusiones de mesa redonda.

Los simposios versarán sobre *Ateroesclerosis: Etiopatogenia y Tratamiento*, y serán relatores los Dres. Paul D. White, Jeremiah Stamler, Ancel Keys, Irvine H. Page y H. B. Sprague. *Corazón pulmonar crónico*, siendo relatores los Dres. Lewis Dexter, Irene Ferrer, Andrés Rotta y Narno Dorbecker. *Electrocardiografía y Vectocardiografía Clínica*, siendo relatores los Dres. D. Sodi Pallares, Enrique Cabrera, V. Alzamora Castro, George E. Burch y Pedro Cossio. *Estado actual de la Cirugía Cardíaca*, siendo relatores los Dres. Walton C. Lillihei, Henry Swan, A. Rodríguez Díaz, Agustín Castellanos y James Key.

Las discusiones de mesa redonda versarán sobre: *Accidentes cerebro-vasculares: diagnóstico y tratamiento moderno*; Moderador: Irving S. Wright; relatores: L. González Sabathié, Clark Millikan, Isaac Berconsky, P. Scheinbergand, Isaac Costero. *Tratamiento actual de la Cardiopatía Coronaria*; Moderador: George R. Herrmann; Relatores, E. Magalhaes Gómez, Dwight E. Harken, Thomas Mattingly, Juan Govea y A. Stone Freedberd. *Aspectos Modernos de las Arritmias*; Moderador: Louis N. Katz; Relatores, Arturo Rosemblueth, Carlos Taboada, Samuel Bellet, F. Pinto Lima y C. K. Friedberg. *Tratamiento de la Cardiopatía hipertensiva*; Moderador: E. Braun Menéndez; Relatores, S. W. Hoobler, Rafael Méndez, F. Rojas Villegas, Clemente Robles y Harriet Dustan.

Se realizarán además, por las tardes, tres sesiones simultáneas para la presentación de comunicaciones y habrá exhibiciones científicas y técnicas.

Se han dispuesto un sistema especial de traducción para que las comunicaciones puedan ser oídas simultáneamente en inglés, español y portugués.

Para cualquier información dirigirse al Dr. Rafael Pérez Díaz, Secretario del Congreso, P. O. Box 2108, Habana, Cuba.