

## ANALISIS DE REVISTAS

### FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

*ESTUDIOS METABOLICOS REALIZADOS EN TEJIDO CARDIACO OBTENIDO MEDIANTE BIOPSIA EN EL PERRO INTACTO NO ANESTESIADO.* G. G. Casten y J. B. Marsky. "Circ. Research", 1953, 1, 226.

En perros se suturó el ápex cardíaco al tejido subcutáneo en operaciones previas bajo anestesia nembutálica. Después de haberse recuperado los animales, se pudo efectuar una biopsia mediante la aguja de Vim-Silverman. Se pudo demostrar así que la administración de Lanatósido-C aumentó el contenido de glucógeno en las fibras musculares — *Malinow*.

*RELACION ENTRE LA PRESION PULMONAR "IMPACTADA" Y LA PRESION DE LA AURICULA IZQUIERDA EN EL HOMBRE.* D. C. Connally, J. W. Kirklin y E. H. Wood. "Circ. Research", 1954, 2, 434.

Se midió la presión en una arteria pulmonar "impactada" por el catéter (presión capilar retrógrada?) simultáneamente con la presión auricular izquierda en 17 pacientes con comunicación interauricular, 10 con estenosis mitral y 4 con tumores pulmonares y presiones normales. Se encontró una buena correspondencia en ambas localizaciones, tanto entre los valores tensionales como en el contorno de los curvas. — *Malinow*.

*ESTUDIOS SOBRE LA CIRCULACION PULMONAR: EFECTOS DE LA ANOXIA, EJERCICIO Y HEXAMETONIO EN PACIENTES CON Y SIN SIMPATICECTOMIA TORACICA.* W. E. Judson, W. Hollander y J. G. Arrowood "J. Clin. Investig.", 1954, 33, 946.

Se demuestra que en aquellos pacientes con simpaticectomía torácica bilateral, la inhalación de oxígeno al 10 % no aumenta la presión pulmonar, por lo que se concluye que existirían normalmente fibras vasoconstrictoras simpáticas que intervienen en este reflejo. La inyección de hexametonio no previene la hipertensión consecutiva a la anoxia provocada, por lo que las fibras implicadas no serían bloqueadas por esta droga. — *Malinow*.

*TIEMPO DE CIRCULACION PULMONAR, CODO-VENTRICULO IZQUIERDO Y CODO-VENTRICULO DERECHO OBTENIDO POR MEDIO DE LA FLUORODENSOGRAFIA CON SUBSTANCIA RADIO O-PACA.* R. Neri, G. Villagordoa, G. Moros y N. Dorbecker. "Amer. Heart J.", 1954, 47, 818.

Después de la inyección endovenosa rápida de 4 cc. de Diodrast al 70 %, se estudió su aparición en las distintas cavidades cardíacas y circulación pulmonar,

## ANÁLISIS DE REVISTAS

mediante un electrokimógrafo Sanborn. Los promedios de los tiempos obtenidos fueron los siguientes: codo-ventrículo izquierdo, 5.61 seg.; codo ventrículo derecho, 1.63 seg.; tiempo de circulación pulmonar, 3.98 seg. En 1 caso de aneurisma de la arteria pulmonar, el tiempo de circulación codo-ventrículo izquierdo fué de 41 seg.; codo-ventrículo derecho, 4.2 seg., y tiempo de circulación pulmonar, 36.8 seg. — *Moia*.

### *VOLUMEN SANGUINEO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA DETERMINADO POR MEDIO DE LA ALBUMINA IODADA DEL SUERO HUMANO*, E. Kaplan, R. Puestow, L. Baker y S. Kruger. "American Heart J.", 1954 47, 824.

El suero humano, marcado con 40 a 50 microcuries de I-131, se diluye en 30 cc. de solución fisiológica, administrándose por vía endovenosa 20 cc. de esta mezcla. A los 10, 20 y 30 minutos se extraen 12 cc. de sangre venosa del otro brazo en una jeringa humedecida con heparina y sin ligadura del brazo; 10 cc. de sangre se cuenta en un "Marinelli Beaker", usando un catodo de bismuto G. M. y una escala "Nuclcar-Chicago". Se diluyen 5 cc. de la solución original, hasta 1.000 cc. y se vuelven a contar 10 cc. de esta solución normalizada, como anteriormente. El volumen de sangre total se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{recuento por cc. de iodo-alb. inyectada} \times \text{vol. de iodo-alb. inyectada}}{\text{recuento} \times \text{cc. de sangre total.}}$$

Con esta técnica el volumen sanguíneo se determinó en 32 casos de insuficiencia cardíaca congestiva, repitiéndose las determinaciones en 25 de los pacientes después del tratamiento que llevó a la compensación. Se encontró una elevación del volumen sanguíneo por encima de lo normal en todos los casos estudiados, siendo mayor el aumento del volumen de eritrocitos que el del plasma. En respuesta al tratamiento, el componente plasmático fué más lábil y decreció más rápidamente que el celular, aumentando el hematocrito. Durante la recuperación de la insuficiencia cardíaca, el grado de destrucción aparente de los eritrocitos excedió en algunos casos, al grado de destrucción calculado que sería dable esperar. — *Moia*.

### *MEDIDA DE LA PRESION VENTRICULAR IZQUIERDA EN EL HOMBRE*, V. O. Björk, W. S. Blakemore y G. Malmstrom. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 197.

Después de una cuidadosa localización radiológica previa de la aurícula izquierda, se introduce, percutáneamente, una aguja de 20 cm. de largo y diámetro exterior de 1.5 mm. e interior de 1 milímetro, pasando por el borde superior de la novena costilla, junto al cuerpo vertebral. De esta manera se llega con relativa facilidad a la aurícula izquierda, pudiendo luego introducir un cateter plástico muy flexible, a través del diámetro interno de la aguja, el

que puede llegar así al ventrículo izquierdo, lo que permite efectuar las determinaciones respectivas. — *Moia*.

*MECANISMO DE REFLUJO HEPATYUGULAR EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.* G. Burch y C. Ray., "Amer. Heart J.", 1954, 48, 373.

Los autores emiten la hipótesis de que el reflujo hepatoyugular positivo debe encontrarse en todos los casos con hipertensión venosa generalizada, ya sea por insuficiencia cardíaca o taponamiento cardíaco. En estos casos, admiten la existencia de un aumento del tono venoso. Después de la inyección endovenosa de 5 a 25 mg. de hexametonio, en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva se observa una disminución de la hipertensión venosa provocada por la compresión abdominal, que los autores atribuyen, sin poderlo demostrar, a una disminución del tono venoso. — *Moia*.

*RITMOS ECTOPICOS EXPERIMENTALES,* D. Scherf, S. Blumenfeld, M. Golbey, C. Lodopoulos y F. Roth. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 573.

En 29 de 22 peros a los cuales, previa exposición del corazón, se inyectó subendocárdicamente cloruro de sodio, oxalato de sodio, citrato de sodio y veratrina en varias concentraciones, aparecieron ritmos ectópicos transitorios. La frecuencia de estos ritmos mostró relación constante con la del ritmo sinusal, la que fué independiente de la concentración de la substancia, así como del área de inyección en el ventrículo derecho e izquierdo. La similitud entre las frecuencias del ritmo sinusal y del ritmo ectópico, produjo trazados electrocardiográficos simulando el síndrome de pre-excitación. En algunos casos hubo interferencia del ritmo sinusal con el ritmo ventricular, dependiendo estas posibilidades de la conducción retrógrada o no del impulso ventricular a las aurículas.

Los ritmos ectópicos pudieron ser abolidos inmediatamente por la inyección de cloruro de potasio al 1% en el área que había recibido la substancia que provocó los latidos ectópicos. El enfriamiento disminuyó la frecuencia y abolió siempre los ritmos ectópicos existentes, mientras que el calentamiento de dicha área aceleró los ritmos ectópicos existentes o reindujo los que se habían detenido.

Las substancias usadas en estos experimentos pueden provocar la formación de estímulos ectópicos causando potenciales oscilatorios locales que se propagan al alcanzar cierto grado de negatividad. Es posible que no alcancen este grado independientemente pero siempre que un estímulo alcanza al área irritada produce potenciales subsecuentes oscilatorios que tienen un efecto similar (acción pseudo refleja de Arvaintaki). — *Moia*.

## PATOLOGIA

*AGAMAGLOBULINEMIA.* "J.A.M.A.", 1954, 156, 1084.

Se discute editorialmente la existencia de un síndrome recientemente descrito y que consiste en esencia en: 1) historia de infecciones bacterianas recu-

## ANÁLISIS DE REVISTAS

rrentes; 2) ausencia de anticuerpos adquiridos; 3) globulinas bajas o ausentes; 4) fracaso de la terapéutica con antibióticos, y 5) buena respuesta clínica a la inyección intramuscular de globulina. — *Malinow*.

**CARCINOMA MALIGNO DEL INTESTINO DELGADO CON METASTASIS EN EL HIGADO, VALVULOPATIA DERECHA (ESTENOSIS PULMONAR E INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA SIN DEFECTOS DEL TABIQUE), SINTOMAS VASOMOTORES PERIFERICOS, BRONCO-CONSTRICION Y CIANOSIS DE TIPO NO HABITUAL.** A. Thorson, G. Björck, B. Bjorkman y J. Waldenstrom, "Amer. Heart J.", 1954, 47, 795.

Se describen 7 casos indudables, 4 probables y 5 con síntomas parciales o no completamente verificados, de un nuevo síndrome caracterizado por la presencia de un carcinoma del intestino delgado con metastasis en el hígado u otros órganos intraabdominales, acompañado de edema de las extremidades, frecuentes diarreas, borborisgmos y dolor abdominal, siendo la ascitis y los derrames pleurales más raros. Se encuentra también dilatación generalizada de los pequeños vasos de la piel y en algunos casos telangiectasias. En los más severos hay lesiones cutáneas del tipo de la pelagra. La piel presenta una coloración pletórica con cianosis total o parcial, en ausencia de policitemia. También se observan tufaradas cutáneas en forma de parches combinadas, en algunos casos, con síntomas pilomotores. Hay ataques de "asma bronquial" de un tipo poco frecuente. La estenosis valvular pulmonar es causada por esclerosis y fusión parcial de las sigmoides, que no tiene aspecto de lesión congénita.

Se supone que la lesión valvular, lo mismo que los ataques de "asma bronquial", son iniciados por el carcinoma intestinal, y aunque no se puede asegurar una patogenia decisiva, se supone la existencia de sustancias con propiedades vasoactivas (probablemente la enteramina o serotonina) segregadas por el carcinoma, y que pueden reproducir los signos y síntomas del síndrome. Recientemente se ha extraído esta sustancia en cantidades considerables de un carcinoma de este tipo.

Aunque el síndrome aparenta ser raro, se sugiere investigarlo cuidadosamente en las personas con esas tufaradas cutáneas para hacer un diagnóstico precoz de la afección. — *Moia*.

**AFECCIONES CARDIACAS EN LA INDIA,** R. Jal Vakil. "Amer. Heart. J.". 1954, 48, 439.

Sobre una población de 30.104 pacientes de las clases inferiores, se encontró cardiopatía orgánica en el 6.2%. La mayor frecuencia de casos (24.3%) se observó en la quinta década de la vida; el 62.8% de los casos se encontró entre los 30 y 59 años. Cardiopatía congénita se encontró en el 1%; reumática en el 24.7%; sífilítica en el 12.9%; bacteriana en el 1.1%; hipertensiva en el 29%; coronaria en el 13.5%; pulmonar en el 10%; miscelánea en el 11.3%, y de origen desconocido en el 5.6%. — *Moia*.

## ELECTROCARDIOGRAFIA

*VECTOCARDIOGRAFIA EN LOS PLANOS FRONTAL, HORIZONTAL Y SAGITAL CON UN ELECTROCARDIOGRAFO DE DOS CANALES*, E. J. Fischmann y D. Brown. "Brit. Heart J.", 1954, 16, 351.

El autor perfecciona el método de Grant, de levantamiento del vectocardiograma a partir de derivaciones escalares, registrando dos derivaciones simultáneas y utilizando el sistema "cúbico" de derivaciones de Duchosal y Sulzer, con algunas modificaciones en la polaridad; superando las objeciones formuladas al procedimiento antes citado de registro asincrónico y proximidad de los electrodos al corazón. El análisis de un par de derivaciones escalares simultáneas, en cualquier plano y aún sin la construcción gráfica del bucle vectocardiográfico, les permiten predecir, en la mayoría de los casos, las condiciones que se estudian en las curvas registradas con el osciloscopio de rayos catódicos, como ser: la orientación; amplitud, dirección de los vectores iniciales y terminales; velocidad de inscripción; dirección de rotación; irregularidades de contornos; falta de cierre en su parte terminal del bucle QRS, y finalmente, orientación del bucle T. Dan las directivas para el estudio de las derivaciones simultáneas, y se agrega un apéndice para su sustentación matemática. — *R. A. Posse*.

*LA RELACION ENTRE ADRENALINA Y CAMBIOS DE LA ONDA T EN LOS ESTADOS ANSIOSOS*, J. Mirchell y A. Shapiro. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 323.

En una paciente muy emotiva, los estudios electrocardiográficos en serie antes y después de la inyección de dosis variable de adrenalina, permiten sugerir que durante la ansiedad es probable la liberación endógena de pequeñas cantidades de adrenalina y que, en estos casos, existe hipersensibilidad del miocardio a la adrenalina. — *Moia*.

*VALOR UNIPOLAR DE LAS DERIVACIONES, -VR Y COMBINACION RACIONAL DE LAS DERIVACIONES DE LAS EXTREMIDADES*, B. Fumagalli. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 204.

Según el autor, la única combinación racional de derivaciones de las extremidades, es la siguiente: VL, DI, -VR, DII, VF, DIII. Este arreglo permite una exploración del plano frontal comparable a la que se realiza en el plano horizontal mediante las derivaciones precordiales unipolares. — *Moia*.

*ESTUDIOS SOBRE EL MECANISMO DE LA ACTIVIDAD VENTRICULAR. II. LOS PRIMEROS CAMBIOS EN EL SEGMENTO RS-T Y COMPLEJO QRS DESPUES DE LA OCLUSION DE LA ARTERIA CORONARIA: ESTUDIO EXPERIMENTAL Y APLICACIONES CLINICAS*, L. Rakita, J. Borduas, S. Rothman y M. Prinzmetal. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 351.

Después de discutir experimentos y teorías previas, los autores relatan sus experimentos en perros utilizando derivaciones epicárdicas directas e intramu-

## ANÁLISIS DE REVISTAS

rales, mediante la inserción de muy finos electrodos, que pueden localizarse en la región subendocárdica, medio-mural, subendocárdica e intracavitariamente. Después de pasado el efecto irritante inicial que produce la introducción del electrodo en la pared del miocardio, se hace la ligadura de la rama coronaria descendente anterior. Las derivaciones epicárdicas de la superficie miocárdica isquémica resultante, muestran elevación del segmento ST que comienza dentro de los 30 a 60 seg. después de la ligadura y alcanza su máximo en 5 a 7 minutos. La elevación del segmento ST fué mayor en las derivaciones del centro del área injuriada y disminuyó a medida que el electrodo se movía hacia los bordes. Segmentos S-T isoeletricos se registraron en todos los sitios sobre la superficie epicárdica de la pared anterior por fuera de las márgenes del área injuriada, mientras que en las derivaciones de la superficie de la pared posterior, se registró depresión del segmento S-T. Las derivaciones intramurales e intracavitarias registradas directamente por debajo del área epicárdica injuriada, presentaron elevación del segmento S-T, cuya amplitud disminuyó del epicardio a la cavidad. Los trazados de la superficie epicárdica y capas ventriculares más externas, mostraron ondas RS, mientras que las de las capas más internas e intracavitarios mostraron ondas QS puras. Después de la ligadura coronaria, los trazados obtenidos desde la región injuriada, mostraron una disminución gradual en la profundidad de las ondas S o QS, mientras que la elevación de la onda R disminuyó progresivamente, pero no cambió en configuración. Estos cambios del QS, así como los del segmento S-T, disminuyeron en magnitud desde el epicardio hacia la cavidad. En zonas del epicardio de apariencia normal adyacentes al área epicárdica injuriada, las derivaciones subendocárdicas y medio murales directas, mostraron elevaciones del segmento S-T en estas últimas, demostrando la existencia de injuria subendocárdica, mientras que los trazados epicárdicos presentaron segmento S-T isoeletrico. Estos y otros experimentos obtenidos registrando electrocardiogramas simultáneos desde el centro hacia la periferia del área injuriada, indican que la lesión producida por la ligadura de la arteria coronaria es más ancha en la región intramural que en la epicárdica.

Durante los primeros 30 minutos de observación no se registró, en ningún caso, depresión del segmento ST, derivando desde el epicardio o miocardio intramural no injuriado adyacente a los límites laterales de la región injuriada. Tampoco se registraron en las derivaciones intracavitarias y en la subendocárdicas registradas a medio milímetro de la cavidad directamente por debajo de las áreas epicárdicas injuriadas. Estos hallazgos están en desacuerdo con la hipótesis comúnmente aceptada que relaciona las desviaciones del segmento S-T a un dipolo en los límites entre el músculo injuriado y no injuriado.

Dado que la extensión de la zona injuriada es mayor en la zona subendocárdica, que en la subepicárdica, se puede describir al área de injuria como fundamentalmente subendocárdica con respecto a su extensión y subepicárdica con respecto a sus efectos eléctricos, lo que explica la elevación del segmento S-T.

Experimentalmente se observó depresión del segmento S-T en las siguientes circunstancias: a) cuando en condiciones de temperatura y humedad próximas a la normal, se permite persistir a la injuria durante varias horas. b)

## ANÁLISIS DE REVISTAS

Cuando sobre un infarto ya establecido, se sobreagrega una injuria aguda. En estas circunstancias, E.C.G. simultáneos de la superficie subendocárdica y epicárdica subyacente, mostraron que, mientras la región subendocárdica permanece constante, en la subepicárdica el segmento S-T fluctuó entre acentuada depresión y lo normal. Se sugiere, por lo tanto, que este tipo de depresión puede ser causado por cambios funcionales en las capas más externas de la pared ventricular y no por la isquemia subendocárdica.

Parece haber dos tipos de depresión del segmento S-T: a) el tipo recíproco, bien conocido, que se registra sobre el músculo normal opuesto al área de elevación del segmento S-T producido por la injuria aguda, y b) depresión que se produce como resultado de cambios funcionales de naturaleza desconocida, sobre la superficie miocárdica. — *Moia*.

### BALISTOCARDIOGRAFIA

*ESTUDIO BALISTOCARDIOGRAFICO EN EL NIÑO NORMAL*, A. Illanes y G. Armijo. "Rev Méd. Chile", 1954, 82, 408.

Se practica un estudio balistocardiográfico, con el método fotoeléctrico de Dock, en 100 niños normales desde el punto de vista cardiovascular.

Se realiza un análisis cualitativo y cuantitativo de cada uno de los trazados y se describen las características del balistocardiograma en este período de la vida. Se comprueba la existencia de balistocardiogramas normales en el 100 % de los casos estudiados. Por consiguiente, el hallazgo de un balistocardiograma anormal en este período de la vida debe sugerir la existencia de un trastorno cardiovascular, siempre que se excluyan otras causas que pueden alterar el trazado. — *Autores*.

*MODIFICACION RESPIRATORIA DEL BALISTOCARDIOGRAMA EN EL NIÑO NORMAL*, A. Illanes y G. Armijo. "Rev. Méd. Chile", 1954, 82, 470.

Se estudian las modificaciones respiratorias del balistocardiograma en apnea media, apnea inspiratoria máxima y apnea espiratoria máxima, en 100 niños normales desde el punto de vista cardiovascular, comparando estos trazados con los obtenidos en respiración tranquila. Se realiza un estudio analítico cualitativo y cuantitativo en cada trazado y el correspondiente trabajo estadístico. Los diversos períodos respiratorios empleados en este estudio no modifican la regularidad del trazado ni la morfología de las ondas.

La amplitud de los diversos segmentos varía de diferente modo según el momento respiratorio que se considere. Los balistocardiogramas de mayor amplitud se obtienen en apnea media, los de menor amplitud en apnea inspiratoria máxima. El balistocardiograma en respiración tranquila tiene una amplitud intermedia entre el registrado en apnea inspiratoria máxima y apnea espiratoria máxima. No hay diferencia significativa en la duración de los complejos en los diversos períodos respiratorios, medidos en función del tiempo HK.

Estas diferentes amplitudes del balistocardiograma dependerían de cambios

## ANÁLISIS DE REVISTAS

en la posición del corazón con respecto al eje longitudinal del cuerpo, y de variaciones en el débito cardíaco total. — *Autores*.

### ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

*TRIPSINA ENDOVENOSA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO EXPERIMENTAL*, C. M. Agress, H. I. Jacobs, M. J. Binder, W. G. Clark, L. Kaplan, M. Lederer y H. F. Glassner. "Circ. Research", 1954, 2, 397.

Se produjeron embolias coronarias con fibrina en 29 perros. En 13 perros controles se comprobaron oclusiones arteriales e infartos de miocardio. En 19 perros se administró tripsina endovenosa durante 8 días, observándose que sus arterias coronarias eran permeables, aunque la frecuencia de infartos de miocardio fué semejante a la de los perros controles. — *Malinow*.

*OPERACIONES PARA LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA*, C. S. Beck y D. S. Leighninger. "J.A.M.A.", 1954, 156, 1226.

Los autores resumen su experiencia de más de 20 años de tratamiento quirúrgico de la enfermedad arterial coronaria. Los métodos experimentales usados para valorar los resultados, son: a) estudio de la mortalidad después de provocar infartos de miocardio en perros, y b) estudio del flujo distal en arterias coronarias ligadas. Los autores se refieren a dos tipos de operaciones: tipo 1, producción de circulación colateral pericárdica con polvo de asbestos, talco, etc., y tipo 2, producción de una anastomosis aorta-seno coronario con ligadura distal del seno coronario. Existirían dos formas de muerte en los pacientes coronarios (terminología de H. K. Hellerstein): muerte por trastornos del ritmo o por insuficiencia muscular. Las operaciones no modificarían esta última evolución aunque un muy pequeño aumento del flujo coronario sería capaz de evitar las arritmias fatales. Ambas operaciones aumentan el flujo coronario, aunque la tipo 2 lo haría por aumento de las comunicaciones intercoronarias puesto que se observa la oclusión de la fístula en los perros. Los autores recomiendan, pues, el uso de las operaciones tipo 1. — *Malinow*.

### REUMATICAS Y VALVULARES

*LA DETERMINACION DE LA PROTEINA C-REACTIVA COMO MEDIDA DE LA ACTIVIDAD REUMATICA*, N. Shackman, E. Heffer e I. Kroop. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 599.

En 24 pacientes con fiebre reumática hubo una estrecha correlación entre la determinación de la proteína C-reactiva negativa y el estado inactivo de la fiebre reumática. Sin embargo, en 2 casos que había actividad reumática la reacción fué negativa. Una reacción positiva en la Corea de Sydenhan debe sugerir la presencia de carditis asociada. Se considera que esta prueba de laboratorio es mejor guía de la actividad reumática que la eritrosedimentación. — *Moia*.



## ANÁLISIS DE REVISTAS

### *VALORACION DE LA ELECTROFORESIS EN LA FIEBRE REUMATICA, I.*

Kroop, E. Heffer y N. Shackman. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 612.

En 36 pacientes con fiebre reumática se hicieron 40 determinaciones electroforéticas de las proteínas séricas. En 7 de 30 casos, se encontró elevada la betaglobulina, hecho raramente observado en los períodos post-infecciosos de los individuos normales (1 sobre 36). Por consiguiente, aunque no específica, una fracción betaglobulina elevada debe sugerir fuertemente el diagnóstico de fiebre reumática. Los hallazgos de los autores confirman la variabilidad y falta de especificidad de otras anomalías electroforéticas en la fiebre reumática. Además, en presencia de actividad reumática, puede observarse un comportamiento electroforético normal. Por otra parte, pueden persistir anomalías electroforéticas después de la inactivación clínica de la enfermedad y cuando la proteína C-reactiva se vuelve negativa. Si bien la electroforesis tiene escaso valor absoluto para determinar la existencia de actividad reumática, cuando se la usa conjuntamente con otras pruebas de laboratorio, tales como la eritrosedimentación y la proteína C-reactiva, el hallazgo de un comportamiento electroforético normal da al clínico una gran seguridad para decidir la terminación de la actividad reumática. — *Moia.*

### *VALORACION DE LA ESTENOSIS MITRAL POR LA FONOCARDIOGRAFIA,* B. Wells. "Brit. Heart J.", 1954, 16, 261.

Se describe un método para estimar el grado de severidad de la estenosis mitral por medio del fonocardiograma logarítmico registrado sincrónicamente con un E.C.G. Se hacen las siguientes medidas: (1) intervalo Q-1 (del comienzo del QRS, al comienzo de las máximas vibraciones del primer ruido cardíaco); (2) Intervalo 2.Ch.A (del comienzo del segundo ruido, al comienzo del chasquido de apertura), y (3) Intervalo R-R (duración del ciclo precedente). Si el intervalo Q-1, menos el 2-Ch.A, está por encima de menos uno ( $-1$ ), hay probablemente una severa estenosis mitral y la valvulotomía bajará el gradiente de presión a través de la válvula mitral, aun cuando el paciente esté en reposo. Si es más negativo que menos uno y medio ( $-1,5$ ), el orificio mitral está probablemente por encima de un centímetro cuadrado ( $1 \times 1$  cm., y es evidencia de que la valvulotomía no mejorará las condiciones hemodinámicas en reposo. Cuando los intervalos Q-1 y 2-Ch.A son considerados separadamente, pueden dar información del grado de rigidez de las hojuelas de la válvula mitral. Las deducciones de este estudio están basadas sobre el análisis de fonocardiogramas antes y después de la valvulotomía, en 30 pacientes. — *R. A. Posse.*

### *EL SOPLO SISTOLICO APICAL EN LA ESTENOSIS MITRAL,* P. Mounsey y W. Brigden. "Brit. Heart J.", 1954, 16, 255.

La existencia de un soplo holosistólico, sin importar las variaciones de su intensidad, fué el hallazgo clínico más valioso para el diagnóstico de insuficiencia mitral —corroborada por el cirujano— en 50 pacientes con estenosis mitral, tratados por valvulotomía.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

La mayor o menor intensidad del soplo no fué guía del grado de regurgitación mitral. Un soplo sistólico, en la primera mitad de la sístole, no estaba constantemente relacionado con el hallazgo de insuficiencia mitral en el acto quirúrgico, y en todo caso era más que ligera en estos pacientes. La ausencia de soplo sistólico apical coincidió siempre con ausencia de regurgitación.

Un soplo sistólico presente en cuatro pacientes con insuficiencia cardíaca derecha y que desapareció con su compensación fué, algunas veces, difícil de diferenciar del soplo apical de insuficiencia mitral. Se piensa que sea causado por insuficiencia tricúspidea temporaria. La asociación de un primer ruido débil y un chasquido de apertura suave o ausente, se relacionó con calcificación de la válvula mitral y sólo indirectamente con insuficiencia mitral. — *R. A. Posse.*

### *BIOPSIAS DEL PULMON Y DE LOS APÉNDICES AURICULARES EN LA ESTENOSIS MITRAL. CORRELACION DE LOS HALLAZGOS SUMINISTRADOS POR EL CATETERISMO CARDIACO CON LAS LESIONES PULMONARES VASCULARES, J. Denst, A. Edwards, K. Neuburger y G. Blount. "Amer. Heart J., 1954, 48, 506.*

En 23 pacientes con estenosis mitral sometidos a la comisurotomía y con cateterismo previo se observó que, en la mayoría de los casos, las arterias musculares y arteriolas del pulmón mostraron prominente engrosamiento intimal fibroelástico, apareciendo en el 32 % de los casos, hipertrofia de la media. En general, existió estrecha correlación entre el grado de alteración vascular y la resistencia arteriolar pulmonar y presión arterial pulmonar media, en los casos más severos de hipertensión pulmonar. En cambio, en los enfermos con lesiones vasculares menos severas, los hallazgos hemodinámicos variaron considerablemente. En el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión pulmonar se considera que el componente funcional tiene tanta importancia como los cambios vasculares orgánicos y por tanto no se debe negar la cirugía a pacientes con estenosis mitral sobre la base de los hallazgos de la cateterización cardíaca o de las lesiones pulmonares vasculares, que aunque habitualmente presentes no tienen, por lo general, carácter severamente obstructivo.

Los hallazgos histológicos en 75 apéndices auriculares resecaados fueron similares a los observados por otros autores. — *Moia.*

### *AGRANDAMIENTO CARDIACO CONSECUTIVO A LA COMISUROTOMIA MITRAL, L. A. Soloff y J. Zatushni. "Am. J. Med. Sc.", 1954, 228, 57.*

Se estudiaron radiológicamente 41 pacientes consecutivos sometidos a la comisurotomía mitral. 7 murieron y 17 no pudieron ser seguidos más de 6 meses. De los 20 restantes, en 11 se comprobó un agrandamiento de la silueta cardiovascular, en 4 no hubieron cambios y en 5 disminuyó de tamaño. Se sugiere que el aumento de la sombra radiológica pueda ser debido a la producción de insuficiencia mitral o a la reactivación de la fiebre reumática. — *Malinow.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*ESTENOSIS TRICUSPIDEA. VALORACION CLINICA Y FISIOLOGICA*, M. McCord, H. Swan y G. Blount. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 405.

A raíz de 3 casos de coexistencia de estenosis tricuspidea y mitral que fueron exitosamente intervenidos de ambos defectos valvulares, se comentan los hallazgos clínicos y de laboratorio, destacándose que las características de la curva de presión auricular derecha no son de gran valor para el diagnóstico; en cambio lo es la comprobación de un acentuado gradiente de presión entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho sobre todo al iniciarse la diástole ventricular. — *Moia*.

*CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ESTENOSIS AORTICA*, A. Mitchell, Ch. Sackett, W. Hunzicker y S. Levine. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 684.

En vista del creciente interés por el tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica, se hizo un estudio sobre 533 pacientes de los cuales, 214 tuvieron examen necroscópico, 158 fueron diagnosticados por la presencia de calcificaciones aórticas valvulares en la radioscopia, y 161 en los cuales el diagnóstico se hizo únicamente por los criterios clínicos de rutina. Los pacientes se dividieron en 4 grupos fundamentales: 131 casos de estenosis aórtica pura, 224 de estenosis aórtica con insuficiencia; 149 de estenosis aórtica y mitral con o sin insuficiencia asociada, y 29 casos de estenosis aórtica, mitral y tricúspidea con o sin insuficiencia asociada.

Se presentan evidencias para probar que la mayoría de los pacientes con estenosis aórtica, son de origen fundamentalmente reumático aún en el caso de las válvulas calcificadas. Los antecedentes de fiebre reumática fueron mucho más frecuentes en los pacientes con estenosis mitral asociada que aquéllos en los que la estenosis aórtica era el único defecto valvular.

Los hombres predominaron en los casos aórticos puros y las mujeres en los casos de estenosis trivalvular. La distribución por sexos fué la misma en los con estenosis aórtica y mitral. El pronóstico de vida y edad del momento de la muerte fueron notablemente influenciados por los recientes adelantos en el tratamiento de los pacientes cardíacos. La edad media de la muerte de los 326 casos en este estudio, fué de 52.2 años. Para la estenosis aórtica pura la edad media de la muerte fué de 65.3 años, para la estenosis e insuficiencia, 65.2 años, para la estenosis mitral y aórtica, 48.4 años, y para la estenosis trivalvular, 36.5 años.

La duración media de la vida después de la iniciación de la insuficiencia cardíaca fué de 42.5 meses; 22.7 meses para la estenosis aórtica pura; 28.9 meses para la estenosis aórtica con insuficiencia; 56.4 meses para la estenosis aórtica y mitral, y 80.0 meses para la estenosis trivalvular. Cuando fué posible recoger antecedentes de fiebre reumática, el intervalo entre el ataque reumático y la iniciación de la insuficiencia varió como sigue: 47.6 años para la estenosis aórtica pura; 34.2 años para la estenosis e insuficiencia aórtica; 28.2 años para la estenosis mitral y aórtica, y 14.6 años para la estenosis trivalvular.

El 29.8 % de los casos presentó angina de pecho. Su frecuencia fué de 36.7 % en la estenosis aórtica pura; 34.8 % en la estenosis e insuficiencia

## ANÁLISIS DE REVISTAS

aórtica; 20.8 % en la estenosis aórtica y mitral y 10.4 % en la estenosis trivalvular. La presencia de insuficiencia aórtica no pareció aumentar la frecuencia de angina de pecho. La duración media de la vida, después de la iniciación de la angina de pecho fué de alrededor de 4 años, cualquiera que fueran las válvulas comprometidas. Aunque las arterias coronarias se encontraron significativamente esclerosadas en la mayoría de los casos con angina de pecho, hubo un pequeño número en el grupo de edad avanzada y un número mayor en el grupo de edad más joven, que tenían angina de pecho con arterias coronarias esencialmente normales. El grado de estenosis aórtica no fué necesariamente acentuado en los casos de angina de pecho con arterias coronarias normales, aunque el peso del corazón apareció marcadamente aumentado en tales casos.

Los ataques sincopales ocurrieron en por lo menos 12.6 % de la serie. La frecuencia fué mayor en la estenosis aórtica pura (20.6 %), disminuyendo al 10.0% en la estenosis aórtica y mitral y siendo muy raros en el grupo con estenosis trivalvular (3.5 %).

La duración media de la vida después de la iniciación de los ataques sincopales, fué de alrededor de 3 años y casi la misma en los distintos grupos. Generalmente, se comprobó un elevado grado de estenosis de la válvula aórtica en los casos con accidentes sincopales.

La muerte repentina se presentó en 40 casos (23.4 %) aunque el modo de muerte fué desconocido, excluyendo la endocarditis bacteriana subaguda. La frecuencia fué la misma, existiera o no estenosis mitral y se presentó, como término medio, a la edad de 52 años. Los ataques sincopales no parecieron predisponer a la muerte repentina, pero había frecuentemente (36 %), antecedentes de angina de pecho. En la mayoría había esclerosis coronaria significativa pero en 10 las arterias coronarias fueron esencialmente normales. El grado de estenosis de la válvula aórtica en estos casos no difirió de aquéllos que murieron repentinamente. Electrocardiográficamente, el 26 % de 455 casos mostró algún trastorno de la conducción. El bloqueo de rama izquierda fué mucho más frecuente en los casos de compromiso valvular aórtico aislado que en los con estenosis mitral asociada. No se observaron diferencias apreciables en las otras formas de trastornos de la conducción. La fibrilación auricular se presentó sólo en el 10 % de los casos de estenosis aórtica aislada y en el 55 % de los que tenían estenosis mitral coexistente. En ausencia de estenosis mitral, los casos de fibrilación auricular con presión arterial normal mostraron un pronóstico más grave, siendo éste, en cambio, definitivamente mejor cuando la estenosis aórtica coexistió con hipertensión. En 327 pacientes cuyo E.C.G. fué adecuado para la búsqueda de hipertrofia ventricular izquierda, esta se presentó en el 74.8 % de los casos, elevándose el porcentaje al 84 % cuando no existía estenosis mitral. En los casos de estenosis aórtica aislada, la ausencia de hipertrofia ventricular izquierda demuestra que el grado de esta estenosis es ligero. Cuando coexistía estenosis mitral, la hipertrofia ventricular izquierda se observó sólo en el 51 % de los casos y su presencia o ausencia no reflejó el grado de estenosis aórtica. La presión arterial no sirvió para el diagnóstico de estenosis aórtica. Las cifras medias de presión arterial, en los

## ANÁLISIS DE REVISTAS

213 casos con autopsia fué de 133/70 mm de mercurio con variaciones entre 85 mm a 240 mm para la presión sistólica y 0 a 165 mm para la presión diastólica. Entre los casos de estenosis aórtica pura, la media fué de 141/80 mm de mercurio con variaciones de 92 a 240 mm para la sistólica y 50 a 165 mm para la diastólica. Aunque las variaciones tensionales fueron muy manifiestas, los niveles sistólicos más bajos se encontraron, habitualmente, en los pacientes con el grado más elevado de estenosis y los niveles diastólicos más bajos en los que tenían insuficiencia aórtica concomitante.

El hallazgo más constante en todos los casos fué la presencia de un soplo sistólico, generalmente más intenso en o cerca del 2º espacio intercostal derecho aunque en el 16% de los casos sin compromiso mitral se encontró más intenso en la punta. La intensidad media de este soplo sistólico basal fué 3.6. Los niveles de presión sanguínea no tuvieron efecto sobre la intensidad del soplo sistólico. Sin embargo, la insuficiencia cardíaca congestiva hizo disminuir notablemente la intensidad del soplo, que volvió a recuperar su intensidad con la compensación circulatoria. La intensidad del soplo no guardó relación lineal con el grado de constricción valvular. Parece, por lo tanto, que en ausencia de insuficiencia aórtica o insuficiencia cardíaca congestiva, el soplo fué más intenso en los casos de moderada estenosis y menos intenso cuando ésta fué pequeña o marcada.

La presencia o ausencia de frémito sistólico se relacionó directamente con la intensidad del soplo. Prácticamente, nunca se lo percibió a menos que el soplo fuera de grado 3 ó 4. El segundo ruido aórtico se encontró ausente o disminuído en la mayoría de los casos de estenosis aórtica sin estenosis mitral, pero hubo numerosos casos en los cuales el ruido se encontró normal o aumentado, especialmente si existía hipertensión arterial.

Un latido de la punta vigoroso fué un índice de valor para el diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda. El descubrimiento de un pulso en meseta es difícil, aunque con cuidado y adiestramiento puede ser un signo de valor en algunos casos.

En el 10% de la serie se encontró endocarditis bacteriana subaguda.

De los 214 casos fatales, en 40 (18%) la muerte fué instantánea; en 74 (35%) por insuficiencia cardíaca congestiva; en 19 (8.8%) por neumonía; en 43 (21%) por endocarditis bacteriana subaguda; en 5 (2.3%) por infarto de miocardio; en 10 (4.6%) por embolia pulmonar; en 9 (4.2%) por accidente cerebro-vascular y en 14 (6.4%) por causas misceláneas.

El hallazgo radiológico de más valor fué el descubrimiento de válvulas aórticas calcificadas, hecho que depende del cuidado y la experiencia del radioscopista. El grado de estenosis fué solo ligeramente mayor cuando las válvulas se encontraron calcificadas que cuando no lo estaban. Aunque la estenosis aórtica puede evolucionar durante muchos años, antes del desarrollo de la calcificación, una válvula aórtica calcificada se puede encontrar en la 3ª o 4ª década de la vida.

En 29 de 72 enfermos en los cuales se practicó un metabolismo basal, este apareció moderadamente elevado (+ 33.5%).

El peso medio del corazón fué de 606 g en la estenosis aórtica pura,

## ANÁLISIS DE REVISTAS

686 g en la estenosis aórtica con insuficiencia, 593 g en la estenosis aórtica y mitral y 543 g en la estenosis trivalvular. El peso del corazón fué definitivamente mayor en los hombres que en las mujeres y en los jóvenes que en los viejos, pero fué escasamente influenciado por los niveles de la presión sanguínea y por la presencia de insuficiencia cardíaca congestiva.

En general, se puede llegar a la conclusión de que el diagnóstico de la estenosis aórtica puede ser formulado clínicamente con un elevado grado de seguridad, al revés de lo que sucede con el grado de la estenosis. — *Moia*.

*ESTUDIO DE LA CORRELACION ENTRE LAS CALCIFICACIONES AORTICAS HALLADAS RADIOLOGICAMENTE Y EN LA AUTOPSIA*, J. B. Hyman, F. Epstein. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 540.

Se encontraron calcificaciones de la aorta torácica en 18 casos, las que fueron dudosas en 5 y ausentes en 49. La autopsia mostró la existencia de calcificaciones en: 18, 0 y 4 casos y su ausencia en: 0, 45 y 5 casos, respectivamente. En lo que se refiere a la aorta abdominal, la radiología mostró calcificaciones en 20 casos, que fueron dudosas en 4 y ausentes en 31. La autopsia mostró calcificaciones en 20, 4 y 5 casos y su ausencia en 0, 0 y 26 casos, respectivamente. Se destaca que, aunque radiológicamente puede no diagnosticarse la aterosclerosis avanzada de la aorta, en cambio, en ningún caso la radiología dió un falso diagnóstico positivo. Se recomienda la obtención de films con técnica correcta para favorecer este diagnóstico. — *Moia*.

## P E R I C A R D I O

*DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DEL DERRAME PERICARDICO REUMATICO*, E. M. M. Besterman y G. T. Thomas. "Brit. Heart J.", 1953, 15, 113.

Los autores estudiaron 23 episodios de derrame pericárdico de etiología reumática en 21 pacientes. Entre los más precoces y consistentes signos de derrame pericárdico se encontraron el súbito aumento de la relación cardio-torácica y el enderezamiento del borde izquierdo de la silueta cardíaca. Los cambios del contorno, saliente del borde derecho, ensanchamiento del pedículo vascular, desaparición de la sombra de la aorta descendente y el nublamiento del borde posterior cardíaco en las tomas oblicuas, fueron menos característicos y, generalmente, signos más tardíos, pero con todo bastante útiles.

No fueron observados cambios constantes en el ángulo cardiodiafragmático derecho. Como signo radiológico precoz de resolución, se encontró la disminución de la relación cardio-torácica. El estrechamiento del pedículo vascular, aumento de la nitidez del borde posterior cardíaco en las tomas oblicuas y el retorno a la normalidad del borde derecho, sucedieron más tardíamente. El enderezamiento del borde izquierdo y la ausencia de la sombra de la

## ANÁLISIS DE REVISTAS

aorta descendente persistieron por más tiempo y en algunos casos indefinidamente.

El efecto de los cambios posturales sobre la forma de la silueta cardíaca fué estudiado, particularmente, aquella de inclinar la cabeza hacia abajo, en búsqueda del signo de las sombras vasculares divergentes, encontrándose con que es de limitado valor en la diferenciación de derrame y agrandamiento cardíaco.

Se estudiaron además 215 casos con carditis reumática, a fin de determinar la rapidez del agrandamiento cardíaco en ausencia de derrame; sólo en un caso, con insuficiencia cardíaca, la velocidad en el incremento del tamaño cardíaco fué comparable al observado en los derrames pericárdicos.

Emplearon con gran resultado la cateterización cardíaca en 17 casos con y sin derrame pericárdico, en el deseo de confirmar el valor diagnóstico de esta técnica preconizada por Wood. — *R. A. Posse.*

*FISIOLOGIA PATOLOGICA Y SIGNIFICADO DIAGNOSTICO DE LOS TRAZADOS DE PRESION INTRACARDIACOS EN PACIENTES CON PERICARDITIS CONSTRICTIVA Y DERRAMES PERICARDICOS, R. Wilson, W. Hoseth, Ch. Sadoff y M. Dempsey. "Amer. Heart. J.", 1954, 48, 671.*

Se analizan los trazados de presión por cateterismo del corazón derecho en 10 casos de pericarditis constrictiva y 3 de derrame pericárdico agudo, comparándolos con los hallazgos obtenidos en 453 pacientes cateterizados por otras afecciones cardiovasculares.

Se encontró al índice cardíaco reducido en todos los pacientes con pericarditis constrictiva. La relación de la presión ventricular derecha diastólica a sistólica fué mayor de 40% en todos los casos de pericarditis constrictiva, mientras que esto sólo se encontró en el 2,4% de los otros 453 pacientes. En los trazados de presión intraventricular derecha, la depresión diastólica inicial y la elevada meseta diastólica, se presentaron en el 92% y 0,7% de los pacientes respectivamente. Sin embargo, esta curva es característica pero no específica de la pericarditis constrictiva. — *Moia.*

*PERICARDITIS CONSTRICTIVA E INSUFICIENCIA VENTRICULAR DERECHA, V. Pecorini, P. Cossio, Albino Perosio, J. Burucúa y S. Kaplan. "Prensa Méd. Arg.", 1954, 41, 3780.*

Se presentan los resultados del estudio comparativo de 5 pacientes con pericarditis constrictiva y de 3 enfermos con insuficiencia ventricular derecha. Se hace especial referencia a la relación existente entre la presión final del diástole y el tercio de la presión sistólica del ventrículo derecho, como carácter diferencial excluyente para estas dos afecciones. Según nuestras observaciones es constante en la pericarditis constrictiva pero de ningún modo patognomónica. — *Autores.*

## C O N G E N I T A S

*ESTUDIOS DE LA HIPERTENSION PULMONAR. V. SINDROME DE PERSISTENCIA DEL CANAL ARTERIAL CON ACENTUADA HIPERTENSION PULMONAR*, P. Yu, F. Lovejoy, H. A. Joos, R. E. Nye y D. C. Beatty. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 544.

Se describen los hallazgos en 2 niños y 2 adultos y se hace un estudio comparativo con las descripciones de la literatura. De ello se desprende que, por lo general, la anomalía cardíaca se descubre habitualmente antes de la pubertad y los síntomas más frecuentes son: disnea de esfuerzo y fácil cansancio. Ocasionalmente, los enfermos muestran hemoptisis, tos crónica y edemas de piernas. Al examen físico, se encuentra, habitualmente, acentuación del segundo ruido pulmonar, soplo sistólico rudo sobre la región precordial con soplo diastólico aspirativo en el borde esternal izquierdo, cianosis e hipocratismo digital. El soplo continuo en maquinaria falta habitualmente, y se considera que el soplo diastólico se debe a insuficiencia pulmonar valvular. En el tercio de los casos hay aumento de la presión del pulso. También en un tercio de los casos se encuentra insuficiencia congestiva con o sin ritmo de galope. El E.C.G. muestra, habitualmente, desviación del eje eléctrico a la derecha con hipertrofia ventricular derecha, que en el cuarto por ciento de los casos aparece como hipertrofia bi-ventricular. Radiológicamente se encuentra un cono pulmonar saliente y ventrículo derecho agrandado. Los hileos son densos, aunque las pulsaciones hiliares sólo se observan en menos de 1/3 de los casos. El cateterismo cardíaco revela la existencia de la hipertensión pulmonar que en algunos casos puede exceder las cifras de la presión arterial sistémica. La angiocardiógrafía podría ser útil para demostrar un lleno precoz de la aorta antes del lleno ventricular izquierdo, en los casos en que la dirección del corto-circuito es de derecha a izquierda. En la revisión de la literatura, de los 21 casos en los cuales se practicó el cierre del conducto del canal arterial, 14 mejoraron notablemente, 2 quedaron igual y 5 murieron, 3 de los últimos inmediatamente después de la operación; 1, 7 días y otro, 6 meses después de la operación.

La hipertensión arterial pulmonar, probablemente precapilar, se atribuye, en estos casos, a 3 posibilidades: a) cambios estructurales en las arterias y arteriolas pulmonares; b) persistencia de la resistencia vascular pulmonar fetal elevada; c) vasoconstricción de las arterias y arteriolas pulmonares, que podría vincularse a la anoxia crónica o a la hipervolemia. — *Moia*.

*ESTENOSIS PULMONAR VALVULAR CON TABIQUE INTERVENTRICULAR INTACTO: ESTENOSIS VALVULAR AISLADA Y ESTENOSIS VALVULAR ASOCIADA CON CORTO CIRCUITO INTERAURICULAR*, S. Sobin, M. Carson, J. Johnson y Ch. Baker. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 416.

Se describen los hallazgos clínicos y de laboratorio en 28 casos de estenosis pulmonar valvular de los cuales 12 sin comunicación interauricular. Los



## ANÁLISIS DE REVISTAS

hallazgos comunes en ambas condiciones, son disnea de esfuerzo progresiva y fatiga, aumentando con la edad; desarrollo físico normal, excepto cuando hay cianosis evidente; soplo sistólico y frémito de mayor intensidad en el 2º y 3er. espacio intercostal con disminución o ausencia del 2º ruido pulmonar. Se destaca que la cianosis falta cuando no existe corto-circuito interauricular. En cambio, cuando éste está presente existe cianosis, ya sea ligera o severa y, en estas condiciones, hay, por lo general, mayor restricción de la actividad física y trastornos en el desarrollo y crecimiento. En los casos de estenosis menos severa, el diagnóstico puede verse dificultado y confundirse la afección con otras malformaciones congénitas o afecciones valvulares. Se destaca el inmenso valor diagnóstico y pronóstico del cateterismo cardíaco. — *Moia*.

**AUSENCIA DE LA ARTERIA PULMONAR IZQUIERDA**, J. McKim y F. Wiglesworth. "Amer. Heart J.", 1954, 47, 845.

Se describen 3 casos autopsiados y 3 historias clínicas de enfermos sin autopsia pero que presentaban características que hacen suponer la existencia de esta anomalía, cuyas principales características anatómicas son las siguientes: a) ausencia del cabo central o cardíaco de la arteria pulmonar izquierda con persistencia de una porción intrapulmonar. Esta anomalía se encuentra asociada con una variedad de otras malformaciones congénitas. Tanto en los casos de los a. a. como en los de la literatura, hay una alta frecuencia de arco aórtico en el lado opuesto de la arteria pulmonar ausente (sin embargo, en dos de los casos no autopsiados, aparentemente existía ausencia de la arteria pulmonar con arco aórtico del mismo lado); b) vaso anómalo obliterado naciendo de la arteria izquierda innominada hacia el hileo del pulmón izquierdo, continuándose con arterias elásticas intrapulmonares permeables y normalmente distribuidas. Se presentan pruebas para demostrar que la parte cerrada de este vaso es un conducto arterial obliterado. Casi con certeza la porción del ductus puede ocasionalmente permanecer permeable, exista ausencia de arteria pulmonar izquierda o derecha; c) pulmón izquierdo normalmente desarrollado pero pequeño, como consecuencia, probablemente, de la disminución de la circulación sanguínea.

Se destaca que, en estos casos, el pulmón privado de su circulación pulmonar no participa en los intercambios gaseosos, realizándose la hematosis solamente en el pulmón opuesto, lo que tiene importancia desde el punto de vista quirúrgico.

Aunque la angiocardiógrafía es el mejor método para el diagnóstico puede no ser decisiva, a causa de la existencia de una circulación colateral adecuada. Además, la permeabilidad de un ductus arterioso en posición no habitual puede confundir la imagen. — *Moia*.

## T E R A P E U T I C A

*OBSERVACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL CON HEXAMETONIO EN COMBINACION CON HYDERGINE*, F. Rojas Villegas, C. Silva Lafrentz, P. Toledo A., A. Silva Clark y G. Vera. "Rev. Med. Chile", 1954, 82, 132.

Se estudia el efecto del tratamiento combinado hexametonio-hydergine en un grupo de 34 pacientes con hipertensión arterial de diversos grados y por plazos que oscilan entre 1 y 4 meses. Paralelamente se estudia una serie de control de 8 enfermos tratados solamente con hexametonio. El tratamiento se toleró, en general, en buenas condiciones, excepto en dos casos del total de la serie. Sólo en 7 casos se observó un descenso significativo de la presión sistólica (20 mm. o más) y en 8 casos un descenso de la presión diastólica (10 mm. o más), lo que representa menos del 25 % de la serie. En la serie de control se observó un descenso significativo de las presiones sólo en 3 casos, lo que representa algo más del 30 %. Aunque la casuística es reducida, parece que no existiera una ventaja demostrable con el uso del tratamiento combinado hexametonio-hydergine. En nuestra opinión, los resultados del tratamiento, ya sea con hexametonio solo o combinado con hydergine, son poco alentadores, si se considera la intolerancia, las reacciones secundarias, y en general, la complicación que representa la ingestión de numerosas dosis, el alto costo del tratamiento y las exigencias de un control médico frecuente.

— Autores.

*LA 1-HIDRAZINOFTALAZINA Y EL VERATRUM VIRIDE EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL*, H. E. Mosso. "Prensa Méd. Arg.", 1954, 41, 3435.

Se utiliza en 13 oportunidades la 1-hidrazinoftalazina y en 18 el veratrum viride en un conjunto de 25 hipertensos estudiados desde el punto de vista clínico, radiográfico y electrocardiográfico. Todos fueron tratados en forma ambulatoria excepto los casos de hipertensión maligna, controlándose la presión máxima y mínima día por medio con el paciente acostado y parado, antes y durante el tratamiento que tuvo una duración de veinte días a ocho meses, según los casos y la tolerancia. Las dosis oscilaron entre 40 y 400 mg por día (excepcionalmente 600 mg) para la 1-hidrazinoftalazina y entre 3 y 12 mg para el veratrum viride. En los casos favorables se lograron descensos de 25 a 45 mm de mercurio para la máxima y de 10 a 35 para la mínima con la 1-hidrazinoftalazina en 6 de los enfermos tratados. Cuando se usó veratrum viride se obtuvieron descensos de 10 a 30 mm para la máxima y de 5 a 15 para la mínima en 5 de los casos considerados. En casi todos los casos con buena respuesta al tratamiento se observó mejoría subjetiva, aunque no hubo modificación alguna en las lesiones del fondo del ojo, en el agrandamiento cardíaco ni en las alteraciones electrocardiográficas. No hubo descensos bruscos ni hipotensión postural, pero sí numerosos efectos colaterales.

Se considera que si bien ambas drogas tienen acción hipotensora, no

## ANÁLISIS DE REVISTAS

constituyen una solución integral del problema terapéutico de la hipertensión arterial, pues se comportan como una medicación de tipo sintomático, aunque quizá con más fundamentos que otros tratamientos propuestos. Su empleo, con las reservas correspondientes, constituye un adelanto, abriendo posible mente las puertas hacia una terapéutica más racional y específica de la hipertensión arterial. — *Autor*.

*ESTUDIO FARMACOLOGICO DE LA RAUWOLFIA SERPENTINA*, V. Cicardo. "Prensa Méd. Arg.", 1954 41, 2654.

Los perros inyectados por vía intravenosa, intramuscular o intraperitoneal con dosis elevadas de polvo de raíz de *Rauwolfia serpentina* o de Serpasol, no presentaron disminución de la presión arterial ni modificaciones de la intensidad de la hipertensión adrenalínica y noradrenalínica. Tampoco modifica la hipertensión arterial obtenida por excitación de la corteza cerebral o de la médula espinal. — *Autor*.

*ESTUDIO CLINICO DE LOS EFECTOS DE LA RESERPINA (SERPASOL) INTRAVENOSA, EN PACIENTES CON HIPERTENSION*, H. Tuchman, I. Sletten, y Ch. Crumpton. "Amer. Heart J.", 1954, 48, 449.

Sobre 23 hipertensos de grado variado hospitalizados, en 13, una sola inyección endovenosa de reserpina normalizó la presión arterial o la redujo en 20 mm de mercurio o más, experimentando 19 de los 23, ligeros efectos colaterales caracterizados por sensación de nariz tapada, tufaradas faciales y letargia. En los 15 enfermos a los cuales se practicó la prueba del Amital sódico se observó que, en general, los descensos producidos por la inyección de reserpina eran similares a los originados por el amital sódico. — *Moia*.

*EL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL*, C. Patillo, J. Alvayay, P. Villablanca, R. Muñoz y N. Macauley. "Rev. Med. de Chile", 1954, 82, 124.

Cuatro grandes recursos hay hoy día para el tratamiento de los enfermos hipertensos: a) psicoterapia; b) drogas simpático-adrenalíticas; c) dieta; d) tratamiento quirúrgico. Los pacientes del grupo I de acuerdo con la clasificación de Smithwick deben ser tratados médicamente mediante la acción conjunta de psicoterapia, dietas y drogas. Los pacientes del grupo II y III deben soportar una prueba de tratamiento médico riguroso. Comprobado el fracaso de éste el paciente debe ser operado con la técnica de Smithwick. En los pacientes del grupo III estimamos que además de la simpatectomía dorso lumbar se debe agregar adrenalectomía total unilateral. Es de rigor en estos casos asociar en la evolución post-operatoria si las circunstancias lo exigen, el concurso del tratamiento médico: dieta y drogas simpático-adrenalíticas. Si no se logra el control de la hipertensión arterial y se observa daño vascular progresivo de manera que el paciente se transforma en un grupo IV, entonces

## ANÁLISIS DE REVISTAS

debe practicarse la extirpación de la glándula suprarrenal restante. Los pacientes del grupo IV deben ser sometidos al tratamiento quirúrgico una vez comprobado el fracaso de un correcto tratamiento médico, recurriendo a la simpatectomía dorso-lumbar asociada a la suprarrenalectomía bilateral.

La investigación de todo *enfermo hipertenso y la conducta terapéutica a seguir deben ser exhaustivas y sujetas a un plan dirigido. Es indispensable la colaboración estrecha entre cardiólogos y cirujanos a fin de que haya complementación de criterios.* Es fundamental lograr una conducta terapéutica equilibrada que persiga el control de todos los factores que se interrelacionan en un frente hemodinámico común y cuya resultante es la génesis de una hipertensión arterial, sin consideración a los mecanismos etiopatogénicos en juego. — *Autores.*

### *TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES VASO-ESPÁSTICAS DE LAS EXTREMIDADES CON DIBENZILINA*, O. Herrmann y R. Armas Cruz. "Rev. Med. de Chile". 1954, 82, 413.

Diecisiete enfermos con diversos trastornos vasospásticos de las extremidades fueron tratados con un nuevo bloqueador adrenérgico dibenzilina. Dieciséis de ellos obtuvieron mejoría subjetiva y objetiva muy marcada. Las dosis usadas fueron sólo 10-20 mg. al día en la mayoría de los pacientes. Los efectos laterales fueron insignificantes a las dosis usadas. El uso de placebos con la "técnica doble ciega" fué siempre ineficaz para inducir mejoría. Creemos que la dibenzilina constituye actualmente el tratamiento paliativo de elección para los trastornos vasospásticos de las extremidades. — *Autores.*

### *LA RESPUESTA HEMODINÁMICA CEREBRAL AL COMPUESTO XANTICO PAREFILIN*, (Clorhidrato de etil-aminoetil-teofilina), J. Moyer, H. Snyder, y P. Smith, "Amer. Heart J.", 1954, 47, 912.

Esta sal soluble de la teofilina puede darse a grandes dosis por vía oral e intramuscular sin causar reacciones locales y contrariamente a la aminofilina no reduce la circulación cerebral. Ya que este agente puede mejorar la respiración de Cheyne-Stokes como lo hace la aminofilina, es aparente que ambas drogas actúan por la acción estimulante directa sobre el centro respiratorio. — *Moia.*

### *EL EFECTO DE LA HESPERIDINA FOSFORILADA SOBRE LA ARTERIOSCLEROSIS EXPERIMENTAL*, M. Campbell, "Amer. Heart J.", 1954 48, 264.

La inyección intraperitoneal de esta droga no fué capaz de modificar el desarrollo de la arteriosclerosis por colesterol en el conejo. La aparente influencia favorable en algunos casos, puede deberse a la disminución de peso que se observa en alguno de los animales recibiendo la droga. — *Moia.*

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*RELACION DE LAS BACTERIAS CON EL FRACASO DE LA TERAPEUTICA CORRECTIVA DE LA VOLEMIA EN EL SHOCK TRAUMATICO*, J. Fine, "New Eng. J. Med.", 1954, 250, 889.

La inyección de papilla de hígado proveniente de perros shockados a perros en shock produce la muerte por shock irreversible a pesar de la terapéutica correctora, aunque no tiene efectos sobre perros normales. El shock irreversible de los perros se puede prevenir mediante tratamiento antibiótico previo. Es aparente que durante el shock, los perros pierden las defensas antibacterianas. — *Malinow*.

*GINECOMASTIA DURANTE EL TRATAMIENTO DIGITALICO*, E. E. Le Winn, "New Eng. J. Med.", 1953, 248, 316.

El autor relata 8 casos de ginecomastia en pacientes que recibían digital crónicamente como tratamiento de insuficiencia cardíaca. Se sugiere que el mecanismo pueda efectuarse a través de una insuficiencia hepática durante el curso de la descompensación cardíaca. — *Malinow*.

*ACETYL DIGITOXINA*, W. Loffler, A. Essellier, G. Forster, "Amer. Heart J.", 1954, 47, 898.

La acetyl-digitoxina es un glucósido obtenido de la digital lanata, bien absorbido por el tubo digestivo que actúa con relativa rapidez y reduce rápidamente la frecuencia cardíaca, teniendo un acentuado efecto diurético. Tiene todas las propiedades de los glucósidos digitálicos, siendo muy bien tolerado. En algunas circunstancias se ha demostrado superior al Estrofanto. Por lo tanto, se aconseja su uso en casos en los cuales no ha habido respuesta a los digitálicos habituales. — *Moia*.

*LA PREVENCION DE LA RETENCION SODICA INDUCIDA POR EL ACTH MEDIANTE EL EMPLEO DE SALES DE POTASIO: ESTUDIO CUANTITATIVO*, G. W. Liddle, L. L. Bennett y P. H. Forsham, "J. Clin. Invest.", 1953, 32, 1197.

La administración oral de sales de potasio (200 mEq diarios) previene la retención de sodio y aumenta la excreción de este catión durante la terapéutica con ACTH. — *Malinow*.

*ACCION DEL TRINITRATO DE TRI-ETILNOLAMINA EN LA ANGINA DE PECHO*, D. Friend, J. O'Hare y H. Levine, "Am. Heart J.", 1954, 48, 775.

Esta droga en dosis de 2.0 mg. 4 veces por día, administrada por boca, no demostró ser superior al placebo en el tratamiento de la angina de pecho. — *Moia*.

## ANÁLISIS DE REVISTAS

*ESTUDIOS SOBRE EL USO DE ETHAVERINA EN EL TRATAMIENTO DE ANGINA DE PECHO*, D. Simon, A. Iglaur, R. Scott, "Amer. Heart J.", 1954, 48, 624.

La ethaverina, análogo etilado de la papaverina, no demostró poseer categóricamente, en las dosis ensayadas, efectos favorables en la angina de pecho. — *Moia*.

*COMPROBACION SOBRE EFECTOS Y MECANISMOS DE ACCION DE UN NUEVO DIURETICO: EL DIAMOX*, A. Maggi, J. Dumas, M. Mecroff y E. Iovine, "Prensa Méd. Arg.", 1954, 41, 2354.

Se estudian los efectos diuréticos de Diamox en 26 enfermos; se realizan 7 observaciones sobre las posibles modificaciones en los electrolitos urinarios y plasmáticos; se investiga en 4 casos, si la droga produce alteraciones en la secreción clorhídrica del estómago.

Del total de 26 pacientes, hombres y mujeres adultos. 17 tenían insuficiencia cardíaca congestiva pura; 3 presentaban insuficiencia cardíaca congestiva asociada a diabetes en 2, y a cirrosis hepática en el restante; 3 eran cirróticos con ascitis; 1 presentaba edemas de miembros inferiores cuya causa no pudo determinarse; 1 tenía una ascitis por hepatitis sérica con ictericia y 1 tenía una carcinomatosis peritoneal por neoplasia gástrica.

Teniendo en cuenta su eficacia como diurético, su administración bucal que no influye sobre el quimismo gástrico, su perfecta tolerancia y su mecanismo de acción, creemos que el Diamox representa uno de los más útiles diuréticos conocidos. — *Autores*.