

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

DINAMICA DEL COLAPSO VENOSO EN EL SISTEMA CAVA SUPERIOR,
G. A. Brecker, G. Mixer, Jr. y L. Share. Am. J. Physiol. 1952, 171, 194.

En perros anestesiados se determinó el flujo y la presión en las venas yugular, cava superior y aurícula derecha, en relación con los momentos respiratorios. Se demuestra que la zona de colapso venoso se efectúa en una región apreciable del trayecto venoso extratorácico. Las variaciones de la presión venosa periférica en relación con las fases respiratorias dependen del balance existente entre el aumento de flujo producido por la inspiración y del colapso que tiende a disminuirlo. La presión venosa disminuiría cuando el flujo aumenta y varía en sentido contrario cuando se produce un colapso precoz que permite que el flujo periférico aumente la presión venosa. En la insuficiencia cardíaca no existe colapso, por lo que la inspiración aumenta el flujo y disminuye la presión venosa. El "reservorio venoso extratorácico" actuaría como una "cámara de colapso" que convertiría el flujo capilar periférico continuo, en un flujo venoso central discontinuo. — *Malinow*.

FENOMENOS NEURO-HEMODINAMICOS DEL EDEMA PULMONAR IV.
S. J. Sarnoff y E. Berglund. Am. J. Physiol. 1942, 170, 588.

En 21 perros anestesiados, con el tórax abierto, se determinó el flujo sanguíneo sistémico, presión arterial, presión auricular izquierda y derecha. Se produjo edema pulmonar mediante la inyección de trombina y fibrinógeno intracisternal. En el edema pulmonar aumentó la presión arterial y en la aurícula derecha. La mayor resistencia periférica determinó una afluencia sanguínea de la periferia a los pulmones. La administración del gangliopléjico Ro 2-2222 disminuyó la presión arterial y en la aurícula izquierda, disminuyendo también la resistencia periférica, en cuyo caso se previno la aparición del edema pulmonar al evitarse la afluencia de la sangre periférica al pulmón. — *Malinow*.

PRESION DIASTOLICA EN LA ARTERIA PULMONAR: SUS RELACIONES CON LA RESISTENCIA ARTERIOLAR PULMONAR Y LA PRESION "CAPILAR" PULMONAR. Fowler, N. O., Jr. Westcott, R. N. y Scott, R. C. J. Clin. Invest. 1952, 31, 72, 1952.

Se estudiaron por cateterismo cardíaco aplicando el método de Fick 54 pacientes con diversas enfermedades cardiopulmonares. Se encontró una correlación significativa entre la resistencia arteriolar pulmonar y las presiones sistólica, diastólica y media en la arteria pulmonar. Sin embargo la correlación no fué mayor para la presión diastólica que para la sistólica o la media. Se encon-

tró una correlación negativa entre resistencia arteriolar y saturación arterial de oxígeno. La presión "capilar" pulmonar evidenció una significativa correlación con la diastólica en la arteria pulmonar.

Los autores arribaron a la conclusión de que no existe evidencia de que un aumento de la resistencia arteriolar pulmonar provoque una desproporcionada elevación de la presión diastólica pulmonar en relación a la sistólica y a la media. — *Chait*.

PRODUCCION DE INSUFICIENCIA CIRCULATORIA POR DEPLECCION ELECTROLITICA. J. W. Remington, R. E. Remington y H. M. Caddell. *Am. J. Physiol.* 1952. 170, 564.

La inyección de 100-150 cc/Kg. de glucosa al 5% intraperitonealmente a perros, les produjo la muerte en 4 a 5 horas. Se estudió la presión arterial, frecuencia cardíaca, resistencia periférica, Hb, proteinemia, cloro plasmático y consumo de O₂. Se demuestra que la evolución fatal es consecutiva a shock por deplección electrolítica. — *Malinow*.

FACTORES DETERMINANTES DE LA DIFICULTAD EN EL LLENO CARDIACO DURANTE EL DERRAME PERICARDICO PROGRESIVO. N. E. Nerlich. "Circulation" 1951, 3, 377.

En el animal a tórax abierto, se midió la presión auricular instantánea al final de la diástole y comienzo de la sístole ventricular (Z) y al final de la sístole ventricular durante varios grados de taponamientos pericárdicos. La característica elevación de Z sugiere fuertemente que la disminución del volumen sistólico depende sobre todo de la reducción en la capacidad ventricular y auricular diastólicas. La rápida elevación de la presión auricular derecha y la pequeña elevación de la auricular izquierda siguiendo al aumento progresivo del fluido pericárdico, no puede deberse a que el gradiente de presión venoauricular, disminuye más rápidamente en el lado izquierdo, pues entonces el volumen sistólico del V. I. sería distinto al del V. D. En cambio puede atribuirse al mayor coeficiente de elasticidad de aurícula izquierda. El análisis de las curvas de presión arterial no permite descubrir los otros factores que intervienen durante la fase en que la presión arterial declina abruptamente. El estudio de las pulsaciones pericárdicas revela que la reducción en la presión pericárdica durante la eyección ventricular facilita el lleno auricular creando un gradiente de presión venoauricular más favorable; es posible sin embargo, que al aumentar la presión pericárdica se bloquee el lleno auricular, primero durante el período de diástole y después durante el de sístole ventricular. Se supone que el desarrollo del estado crítico se alcanza a través de este círculo vicioso; disminución del gradiente venoauricular → disminución de la descarga sistólica → efecto favorecedor atenuante de la sístole ventricular → nueva reducción del gradiente venoauricular y así sucesivamente. — *B. Moia*.

SUPRESION DE LA TAQUICARDIA INDUCIDA POR 2-N-P-TOLYL-N (M'-HYCROXYPHENYL) -AMINOMETHYL-IMIDAZOLINA (Regitina) C-7337. Yonkman, F. F. Plummer, A. J. y Reitze, W. B. Arch. internat. pharmacodyn. 1952, 89.

Los a.a. observaron que la taquicardia provocada en perros antestesiados con pentobarbital por administración de regitina es suprimida por agentes bloqueadores ganglionares tales como el Pendimiodo (C-9295), Su-1194, hexametonio, cloruro de tetraetilamonio, Veratramina y tintura de Veratrum viridius. — *Chait*.

PATOLOGIA

ANOXIA COMO CAUSA DE FIBROELASTOSIS ENDOCARDICA EN LA INFANCIA. F. R. Johnson. Arch. Path. 1952, 54, 237.

Se estudian patológicamente 23 casos con fibroelastosis endocárdica difusa y se sugiere a la anoxia como posible factor etiológico desde que en 5 casos en los que la coronaria izquierda se originaba en la arteria pulmonar la fibroelastosis estaba limitada al ventrículo izquierdo. Se observó esta condición también en casos de cierre intrauterino del foramen ovale, con lo que la aurícula y ventrículo izquierdos recibían sangre no oxigenada — *Malinow*.

DIAGNOSTICO DE LA ESTENOSIS MITRAL CERRADA. Ravin A., Slonim B., Balchum O. J., Dressler S. H. y Grow J. B. J.A.M.A. 1952, 149, 1079.

Los aa. precisan algunos elementos útiles para efectuar el diagnóstico correcto de Estenosis mitral cerrada (EMC). Con ese intento estudian clínicamente y por cateterismo 17 pacientes en los cuales la cirugía demostró que por el orificio mitral no pasaba la punta de un dedo, es decir, la superficie era menor de 1 cm² certidumbre que se tuvo antes de la intervención.

Auscultatoriamente un débil soplo mesodiastólico asociado con un intenso soplo presistólico puede indicar una valva que es moderadamente estenótica pero no tanto como cuando el soplo es intenso desde su iniciación en la mesodiástole.

Radiológicamente la presencia de un agrandamiento de la aurícula izquierda sin aumento del ventrículo izquierdo abona en favor de la EMC. El agrandamiento de la aurícula izquierda sólo tiene valor cuando se puede descartar una insuficiencia mitral concomitante.

Electrocardiográficamente se produce la clásica onda P mitral. Al no estar el corazón en posición electrocardiográfica horizontal y no haber desviación a la izquierda del eje eléctrico se corrobora la impresión de EMC.

La clínica sugiere la EMC. en forma significativa cuando no existiendo pronunciado agrandamiento cardíaco se producen accesos de edema pulmonar, de insuficiencia congestiva o hemóptisis.

Los a.a. creen que aún cuando el cateterismo cardíaco proporciona datos interesantes es limitado para determinar si se trata de una EMC. Cuando el diagnóstico es dudoso previo al cateterismo, sigue más o menos igual luego de él.

Asimismo los autores creen de muy poco valor el test del nitrito de amilo y

el de la hipertensión y bradicardia post maniobra de Valsalva como signos útiles o específicos de EMC. — *Skibinsky*.

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA DEFICIENCIA DE POTASIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS, Lans, H. S. Stein, I. F. y Meyer, K. A. Surg. Gynec. and Obst. 1952. 95. 321.

Se describen la patogenia, profilaxis y tratamiento del síndrome, así como los elementos clínicos y de laboratorio que permiten su diagnóstico. Se señala la frecuencia del mismo ya que se encontraron y trataron 314 casos del mismo en un año en un hospital general. Se considera que es de sumo valor y a menudo especial para la supervivencia del paciente el diagnóstico y adecuado tratamiento de esta carencia. La administración de cloruro de potasio por vía intravenosa es seguida de una mejoría clínica rápida, a veces espectacular. Se discuten los tipos de soluciones y métodos de administración a emplear en los distintos casos. — *Chail*.

LIPOTIMIAS. Editorial, Medicine 1952, 13, 387.

Distintas causas de lipotimias se analizan. 1) Por hiperventilación; 2) Posturales secundarias a fenómenos neurogénicos; 3) En las cardiopatías congénitas por aumento de la insaturación arterial secundaria a la mayor utilización periférica durante el ejercicio; 4) En los accesos de tos, por aumento de la presión pleural; 5) En las taquicardias paroxísticas y en el paro cardíaco por disminución del volumen minuto; 6) Por trombo en bola en la estrechez mitral; 7) Por retención de CO₂ en la administración de oxígeno; etc. — *Malinow*.

ANEURISMAS MULTIPLES DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA.

(Muerte producida por ruptura de un aneurisma de la aorta abdominal).
Rukstinat G. J. J.A.M.A. 1952, 149, 1129.

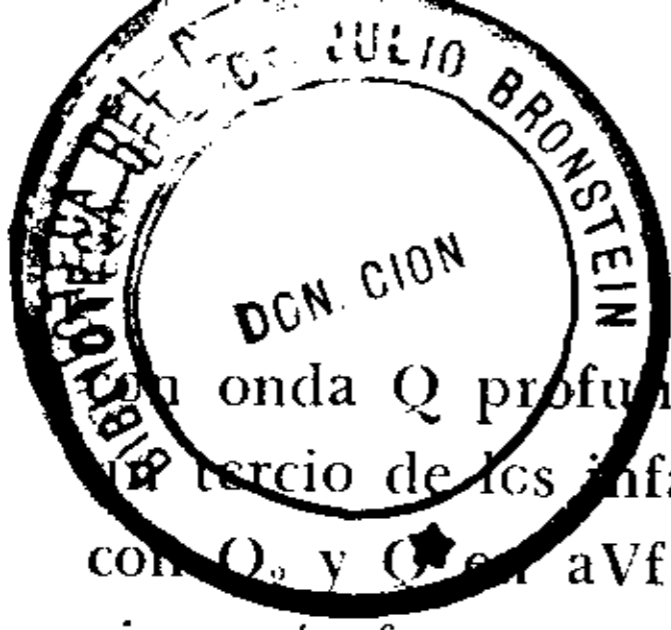
El autor relata un caso de un paciente en el cual la autopsia demostró 6 aneurismas de la coronaria derecha, uno de la arteria iliaca común izquierda y un gran aneurisma aórtico abdominal.

El interés de este trabajo según el autor se encuentra en ser el segundo caso en la literatura en que habiendo aneurismas coronarios la muerte se produjo por ruptura de un aneurisma en otro lugar del cuerpo. — *Skibinsky*.

ELECTROCARDIOGRAFIA

CONTRIBUCION AL VALOR DIAGNOSTICO DE Q₃ UN ESTUDIO VEC TOCARDIOGRAFICO. Ferrero, C., Doret, J. y Gay E. Cardiología, 1952, 20, 47.

Los autores señalan que los criterios corrientemente empleados para diferenciar las ondas Q₃ normales y anormales sobre la base de la altura y duración de la deflexión suelen ser falaces. En un estudio de 71 casos normales y 40 infartos



ANÁLISIS DE REVISTAS

onda Q profunda en D₃ la mitad de los casos normales y aproximadamente un tercio de los infartos constituyeron excepciones a la regla. La asociación de Q₃ con Q₂ y Q₁ en aVf y su persistencia en inspiración profunda constituyeron criterios más frecuentemente acertados. Los vectores que producen la Q profunda en personas normales están ubicados en un segmento predominantemente horizontal del plano frontal y son por ello mucho más susceptibles a las variaciones respiratorias que los vectores que generan las ondas Q del infarto de cara posterior. — *Chait*.

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

ALTERNANCIA DEL TIEMPO DE CONDUCCION AURICULO-VENTRICULAR. — Segers, M. L. Arch. Mal du Coeur. 1951, 44, 525.

Se estudia un caso de bloqueo A-V, 2: 1 con bloqueo de rama derecha, en que las ondas "conducidas" muestran una alternancia regular del intervalo P-Q (0,14 y 0,21) en una oportunidad; 0,14 y 0,30 en otra. Se trataría de una forma de bloqueo tipo II de Möbitz. — *Rosenbaum*.

ESTUDIOS SOBRE EL CONTROL NERVIOSO Y HUMORAL DE LA CIRCULACION CORONARIA. M. M. Winbury y D. M. Green. Am. J. Physiol. 1952, 170, 555.

En 9 perros anestesiados con el tórax abierto, se estudió el flujo en la coronaria descendente anterior por medio de rotámetros directos.

La estimulación eléctrica del vago fué seguida por una disminución del flujo coronario (F. C.), de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. La estimulación simpática pre y post-ganglionar aumentó el F. C. y el volumen minuto, la presión arterial aumentó o disminuyó en algunos casos. Cuando se empleó circulación cruzada, el F. C. aumentó a pesar que la presión arterial se mantuvo constante. La inyección intracoronaria de acetilcolina, histamina, adrenalina y 1-arterenol aumentó el F. C. (La presión arterial no varió durante las inyecciones de acetilcolina ni de histamina). La atropina bloqueó los efectos estimuladores vagales (hipotensión y bradicardia), en cuyo caso no se produjo cambios en el F. C., por lo que es posible que la acción vagal sobre el F. C. sea secundaria a los cambios de la presión y de la frecuencia cardíaca. — *Malinow*.

RADIOTERAPIA DEL SINDROME ANGINOSO. Love, V. L. y Fearon, H. D. The Am. J. Röntgen, 1952, 68, 448.

Se practicó una irradiación de 400 r. en un área de 15 por 20 cm. extendiéndose desde la séptima vértebra cervical hacia abajo en 11 pacientes que presentaban un cuadro clínico típico de angor pectoris. Como control se empleó una serie similar pero en la que se intercaló un filtro que impedía la acción de los rayos X. Se llegó a la conclusión de que la roentgenoterapia cervicodorsal no tiene efecto de por sí sobre el síndrome anginoso y que las modificaciones observadas deben ser atribuidas fundamentalmente a factores psíquicos. — *Chait*.

CONGENITAS

FALSO SINDROME DE LUTEMBACHER POR PERSISTENCIA DEL OSTIUM PRIMUM CON ESCISION DE LA VALVA MITRAL INTERNA. (Complejo de Rokitansky-Maud. Abbot). Cahen P., Fromet R., Gonin, M., Traeger. J. Arch. Mal. du coeur. 1952, 45, 203.

Se presentaron dos casos. Un hombre de 49 años con signos auscultatorios de estrechez mitral, gran dilatación de arteria pulmonar e insuficiencia cardíaca, rápidamente mortal. Una mujer de 21 años, con soplo de insuficiencia mitral, gran dilatación de la pulmonar y sus ramas y cuadro de endocarditis bacteriana mortal. En ambos se comprobó cierto grado de bloqueo A-V. La autopsia demostró las anomalías del epígrafe y ausencia de lesión reumática mitral. Esas anomalías dependen de un defectuoso desarrollo del septum intermedio. Un grado mayor del mismo defecto de desarrollo daría lugar a la persistencia del orificio aurículo-ventricular común. Se propone el nombre de complejo de Rokitansky-Maud Abbot para este infrecuente síndrome. — *Rosenbaum.*

COARTACION DE LA AORTA TORACICA INFERIOR Y ABDOMINAL INMEDIATAMENTE PROXIMAL AL TRONCO CELIACO Glenn, F., Keefer, E. B. C., Speer, D. S. y Dotter, Ch. T. Surg. Gyn. and Obts. 1952, 94, 561.

Los autores presentan un caso de coartación de la aorta torácica inferior y abdominal en que la constricción inmediatamente adyacente a la embocadura del tronco celíaco no permitía practicar una anastomosis a ese nivel. Los autores resolvieron la dificultad extirpando el bazo y anastomosando el cabo distal de la arteria esplénica al lado de la aorta torácica inferior inmediatamente por arriba de la estenosis. — *Chait.*

EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE DEXTROPOSICION DE LA AORTA.
The Am. J. of Roentg., Radium ther. and Nuclear med. 1952, 68, 386.

En algunos casos de cardiopatías congénitas cianóticas se puede hacer el diagnóstico de dextroposición de la aorta naciendo este vaso total o parcialmente del ventrículo derecho, por medio del estudio radiológico en oblicua anterior-izquierda.

Los signos característicos son: 1) falta de saliencia hacia adelante de un ventrículo derecho crecido no sobrepasando éste a la raíz de la aorta.

2) Disminución del espacio claro retroesternal por el crecimiento del ventrículo derecho y el desplazamiento hacia adelante de la aorta.

3) La raíz de la aorta se origina en una posición relativamente anterior con respecto a la base del corazón. — *Chait.*

EL DIAGNOSTICO DE LA COARTACION DE LA AORTA CON ESPECIAL REFERENCIA A LA IMPORTANCIA DE LA AUSENCIA O DISMINUCION DE LA PULSACION AORTICA ABDOMINAL. Shumacyer, H. B., Jr. *Ann. Surg.* 1952, 135, 111.

El autor llama la atención sobre la frecuencia con que se encuentra este signo en la coartación de aorta siendo de valor en el diagnóstico diferencial con la trombosis de la bifurcación de este vaso, proceso en el que se encuentran vigorosas pulsaciones por encima de la zona trombosada. — *Chait.*

INFECCIOSAS

ESTUDIO PROLONGADO DE FAMILIAS REUMATICAS Y NO REUMATICAS. F. Gray, R. W. Quinn y J. P. Quinn. *Am. J. Med.* 1952, 13, 400.

Del estudio de 40 familias reumáticas y de 30 no reumáticas seguidas desde 1929, se concluye que la herencia es un factor a tener en cuenta en la fiebre reumática, pero que no sigue una forma genética determinada. Existiría probablemente, en cambio, una susceptibilidad hereditaria agravada por infecciones a estreptococo hemolítico, repetidas y favorecidas dentro de la misma familia cuando existen malas viviendas y hacinamiento. — *Malinow.*

NUEVO TRATAMIENTO PARA LA COREA HEREDITARIA (HUNTINGTON.) D. Goldman. *Am. J. Med. Sc.* 1952, 224, 573.

En algunos pacientes se observaron mejorías en distintos tipos de corea, después de la administración de Pronestyl, 1 g cada 6 horas. Se requieren de 3 a 6 semanas para apreciarse resultados positivos. — *Malinow.*

ESTUDIO CLINICO DE ALGUNOS ASPECTOS DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA (ESPECIALMENTE DE LA CURVA TERMICA). Aceves, S. y Ccsarman, T. "Arch. mal. du coeur et vaiss." 1951, 44, 1138.

Señalan los autores que los nuevos métodos terapéuticos, en especial el empleo de los antibióticos han deformado la evolución clásicamente conocida de esta enfermedad, en especial en lo que al cuadro febril se refiere. El empleo de antibióticos es capaz de determinar desaparición de la fiebre durante largos períodos, aun cuando el paciente no esté curado. Por esta razón se debe buscar en los antecedentes, el empleo de estas drogas antes de eliminar la posibilidad de una endocarditis bacteriana únicamente porque no haber existido la fiebre. — *Chait*

RIÑON

NOR-ADRENALINA. SU EFECTO EN LA HEMODINAMIA RENAL. L. C. Mills, J. S. Skelton y J. H. Moyer. *Am. J. Med.* 1952, 13, 648.

La administración de 0.182 a 0.809 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{minuto}$ de nor-adrenalina en hombres produjo un aumento de la presión arterial, disminución del flujo renal, aumento de la resistencia renal, aumento de la diuresis y no trajo cambios en el

$T_{m_{\text{PAH}}}$. Debido a que el transporte máximo tubular para el PAH no varió, se interpretan los cambios como debidos a una constricción de las arteriolas eferentes y no por la existencia de cortocircuitos intrarrenales. — *Malinow*.

FLUJO URINARIO Y EXCRECIÓN DE SOLUTOS DURANTE LA DIURESIS OSMÓTICA DE PERROS HIDRATADOS: PAPEL DEL TUBULO DISTAL EN LA PRODUCCIÓN DE ORINA HIPOTÓNICA. C. D. West, S. A. Kaplan, S. J. Fomon y S. Rapoport. - *Am. J. Physiol.* 1952, 170, 239.

Los autores aceptan la excreción tubular basados en evidencias indirectas, a pesar de que no se ha demostrado todavía flujos urinarios superiores a la filtración glomerular. En las experiencias efectuadas en perros hidratados se supone que la carga iónica glomerular es similar a la existente en perros deshidratados y que la diferencia en la composición iónica de la orina es debida a una excreción acuosa por parte del túbulo distal. — *Malinow*.

ALGUNOS EFECTOS FARMACODINÁMICOS DE L-HIDRAZINOPHATLAZINA (C 5968), ESPECIALMENTE LAS RESPUESTAS RENALES Y CARDIACAS. J. H. Moyer, C. A. Handley y R. A. Huggins. *J. Pharm.* 1951, 103, 368.

En perros no anestesiados se observó que la C. 5968 aumenta el flujo plasmático renal sin cambiar la filtración glomerular ni el T_{mg} . Las extracciones renales de O_2 y de PAH disminuyeron, tal vez como consecuencia de un aumento de la velocidad de la sangre a través del parénquima renal. La frecuencia cardíaca y el volumen minuto aumentaron, el flujo renal en la misma proporción que éste. Las respuestas vasopresoras al arterenol y a la adrenalina fueron asimismo bloqueadas. — *Malinow*.

FILTRACIÓN, REASORCIÓN Y EXCRECIÓN DE PROTEÍNAS POR EL RIÑÓN. L. J. Rather. *Medicine* 1952, 31, 357.

Una exhaustiva revisión de la literatura de la que se concluye que la filtración y la reabsorción de proteínas parece ser un fenómeno fisiológico dentro del funcionamiento renal. — *Malinow*.

GLUCOGENESIS RENAL EN EL MONO EVISCERADO (MACACA MULATTA). R. M. Reinecke. *Am. J. Physiol.* 1952, 171, 29.

En monos eviscerados, a igual que lo descrito en otras especies animales, se encontró una concentración de glucosa más alta en la vena renal que en la arteria correspondiente. — *Malinow*.

TERAPEUTICA

ALCALOSIS HIPOCLOREMICA PRODUCIDA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA POR DIURETICOS MERCURIALES. J. F. Stapleton y W. P. Harvey. *Arch. Int. Med.* 1952, 90, 425.

Se distinguen dos formas de trastornos consecutivos a la administración de diuréticos mercuriales: a) acidosis con hiperazoemia, cloropenia, hiponatremia y

disminución de la reserva alcalina; b) alcalosis con nitrógeno no proteico normal en sangre, hipocloremia, natremia normal y aumento de la reserva alcalina. El diagnóstico surge de estas relaciones sanguíneas. El tratamiento para la primer condición se efectúa con Cl Na, para la segunda, con Cl NH₄, Cl Ca₂, H Cl, etc. — *Malinow*.

ENSAYO BIOLÓGICO DE LOS DIURÉTICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA. T. Greiner, H. Gold, C. I. Bliss, J. Gluck, R. Marsh, S. B. Mathes, W. Modell, H. Otto, N. T. Kwit y L. Marshaw. *J. Pharm.* 1951, 103, 431.

Se describe un método con el cual es posible valorar la potencia de agentes diuréticos, empleando pacientes ambulatorios en insuficiencia cardíaca moderada. La ventaja de estos pacientes consiste en que la droga puede ser suspendida y repetida, lo que no es posible hacer en pacientes gravemente enfermos. De esta manera se compara el agente desconocido con la curva standardizada de la preparación conocida, mercurhidrina en la presente investigación. — *Malinow*.

CIRUGIA

RESUCITACION DEL CORAZON POR ESTIMULACION ELECTRICA EXTERNA. P. M. Zoll. *New Eng. J. Med.* 1952, 247, 768.

Se describen dos pacientes en los cuales se mantuvo una circulación eficiente durante paros ventriculares espontáneos, mediante dos agujas subcutáneas que actuaban como estimuladores cardíacos. Un paciente se recobró después de un paro cardíaco de 55 horas de duración. — *Malinow*.

EL MASAJE CARDÍACO EN EL TRATAMIENTO DEL PARO CARDÍACO. UN ESTUDIO DE TRESCIENTOS CINCUENTA CASOS INCLUYENDO DOS COMUNICACIONES ORIGINALES. *Arch. Surg.* 1954, 64: 175.

Se revisan todos los casos de paro cardíaco presentados en la literatura, los que sumados a los dos presentados por los autores suman 350. En 112 de los mismos se obtuvo recuperación. En 212 de los 350 se había practicado el masaje cardíaco y 110 de los 112 que se recuperaron se cuentan entre ellos. Solamente tres de los pacientes que se recuperaron mostraron secuelas. Los autores lo consideran el procedimiento de elección e insisten en que se lo debe instituir de inmediato y no cuando todas las demás medidas han fallado. — *Chait*.

LA COMISUROTOMIA EN LA ESTENOSIS MITRAL (Técnica para prevenir las complicaciones cerebrales). Bayley Ch. P., Olsen A. K., Keown K. K., y Nichols H. T. *J.A.M.A.* 1952, 149, 1085.

La embolia cerebral en el curso de la estrechez mitral es una complicación si no fatal por lo menos invalidante que deja parálisis residual y cambios en la personalidad.

La facilidad de su producción durante la comisurotomía motiva la preocupación de los cirujanos para evitarla.

Los a.a. ocluyen la arteria innominada y la carótida común izquierda. En 80 casos así tratados no hubo embolización cerebral o, periférica ni inconvenientes posteriores.

Creen, Bayley y colab. que este procedimiento se emplea rutinariamente en la comisurotomía, comprobando asimismo que el cerebro tolera la obstrucción sin inconvenientes. — *Skibinsky*.

PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL PARA PENETRAR AL CORAZÓN IZQUIERDO Y EXPONER LA VALVULA MITRAL. Ann. Surg. 1951, 134:957.


El autor desvía la sangre de las venas pulmonares izquierdas en perros, a una bomba que la inyecta al sistema arterial a través de la arteria iliaca. Se coloca temporariamente un clamp en la rama derecha de la arteria pulmonar para impedir que llegue sangre por las venas pulmonares derechas a la aurícula izquierda. De este modo se elimina funcionalmente al lado izquierdo del corazón y al pulmón derecho. La bomba mantiene una adecuada presión arterial y el pulmón izquierdo realiza la hematosis. Empleando este método le fué posible al autor crear una estenosis mitral en 24 perros aproximando parcialmente las hojuelas valvulares por medio de suturas. — *Chait*.

ESTUDIO EXPERIMENTAL DE INJERTOS HOMOLOGOS DE VALVULAS AORTICAS. Lam, C. R., Aram, H. H. y Munnell, E. R. Surg. gynec and Obst. 1952, 94, 129.

Los autores han demostrado que es técnicamente posible el transplante de un segmento de aorta con las válvulas sigmoideas a la aorta descendente de otro perro. Sin embargo, si el perro receptor posee sus sigmoideas normalmente funcionantes no se atrofian las injertadas, éstas sólo retienen su función si el animal receptor tiene una marcada insuficiencia de sus propias válvulas. Como la insuficiencia aórtica experimental provocada por incisión de una sigmoide es seguida de la rápida y espontánea restauración de la función por adaptación morfológica de las sigmoides restantes, no ha sido posible formular conclusiones definitivas sobre el destino de los injertos valvulares en presencia de insuficiencia valvular persistente en el receptor. — *Chait*.

CIRUGIA CARDIACA DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS PULMONAR CONGENITA. Broock, R. C. Ann Surg. 1952, 136, 63.

El autor considera que el alivio directo de la obstrucción es el procedimiento ideal tanto en el caso de estenosis pulmonar pura como en el de malformaciones complejas del tipo de la tetralogía de Fallot. Se presentan 111 casos de operación directa señalándose que ésta es realizable en la mayoría de los casos da mortalidad baja y resultados inmediatos tan buenos como los obtenidos con la operación de Blalock-Taussig. Queda a resolver cual de ambos métodos se muestra superior cuando se puedan comparar series de pacientes con prolongada evolución post operatoria. — *Chait*.



EL TRATAMIENTO DE CIERTAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL CORAZON POR LA CREACION DE UNA ESTENOSIS PULMONAR PARA DISMINUIR LA HIPERTENSION PULMONAR Y EL DEBITO PULMONAR EXAGERADO; COMUNICACION PRELIMINAR. W. H. Muller y J. F. Damman. "Surg. Gyn. and Obsts." 1952, 95; 213.

Los autores presentan un caso clínicamente diagnosticado como ventrículo único. El gran débito pulmonar era causa de insuficiencia cardíaca que a los 5 meses de edad llegó a ser de tal magnitud que como recurso de emergencia se decidió practicarle una estenosis pulmonar. Hubo marcada mejoría y desaparición de los signos de insuficiencia cardíaca en el postoperatorio. Esta mejoría se mantuvo hasta seis meses después, fecha de la comunicación.

Los autores preconizan este método de tratamiento en el grupo de cardiopatías que Edwards ha clasificado como poseyendo una fuerza propulsora común para ambos circuitos. — *Chait.*

EL TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS CON AGENTES FIBROPLASTICOS. Berman, J. K. y Hull, J. E. Surg. Gynec and Obts. 1952. 94, 543.

Los autores describen los resultados obtenidos inyectando una sustancia fibroblástica, el dicetilfosfato, en la adventicia de aneurismas aórticos en cinco casos. Se obtiene una reacción de cuerpo extraño similar a la dada por la envoltura con celofán sin necesidad de una manipulación tan amplia del aneurisma. Realizaron estudios previos en ratas y perros demostrando tratarse de una sustancia fibroblástica, no tóxica, que no provoca necrosis si se la inyecta a concentraciones inferiores al 10 %. Los autores la emplean en solución al 2 % y describen el procedimiento químico para su obtención. — *Chait.*

INFORMACIONES

SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGIA

En la asamblea realizada en Buenos Aires, el 3 de setiembre ppdo. se modificó su organización, ampliando a 12 las plazas de miembros directores. Las 6 de los miembros Anglo-Americanos, serán ocupadas por los Dres. H. B. Sprague (Boston), C. J. Wiggers (Cleveland), I. S. Wright (New York), G. R. Herrmann (Galveston), A. R. Barnes (Rochester) y J. Hepburn (Toronto). Las otras 6 plazas serán ocupadas por los representantes de Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Perú y Uruguay.

Se modificó también la constitución de la Mesa Directiva, disponiéndose la elección de Presidente, Vice-Presidente, Secretario-Tesoro y Pro-secretario. Para esos cargos fueron designados, respectivamente los Dres. P. Cossio (Argentina), H. B. Sprague, T. Ortiz Ramírez (México) y G. R. Herrmann.

Se decidió realizar el V Congreso Interamericano de Cardiología, en Cuba, en el año 1956.

REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

DIRECTORES

BLAS MOIA y EDUARDO BRAUN MENENDEZ

MESA DE REDACCION

PEDRO COSSIO
L. GONZALEZ SABATHIE

OSCAR ORIAS
ALBERTO C. TAQUINI

REDACTORES

FERNANDO F. BATLLE
MOISES BENAROS
ISAAC BERCONSKY
JUAN C. ETCHEVES
JUAN C. FASCIOLO
J. GONZALEZ VIDELA
MIGUEL JOSELEVICH
JORGE E. ISRAEL

RODOLFO KREUTZER
ALFREDO LANARI
BERNARDO LOZADA
MANUEL R. MALINOW
LEON DE SOLDATI
JORGE R. SUAREZ
ROBERTO VEDOYA
H. F. WARNEFORD THOMSON

ORGANO DE LA SOCIEDAD
ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

TOMO XIX
ENERO - DICIEMBRE 1952

A R T U S

Doblas 850 - Buenos Aires

1952