

ANALISIS DE REVISTAS

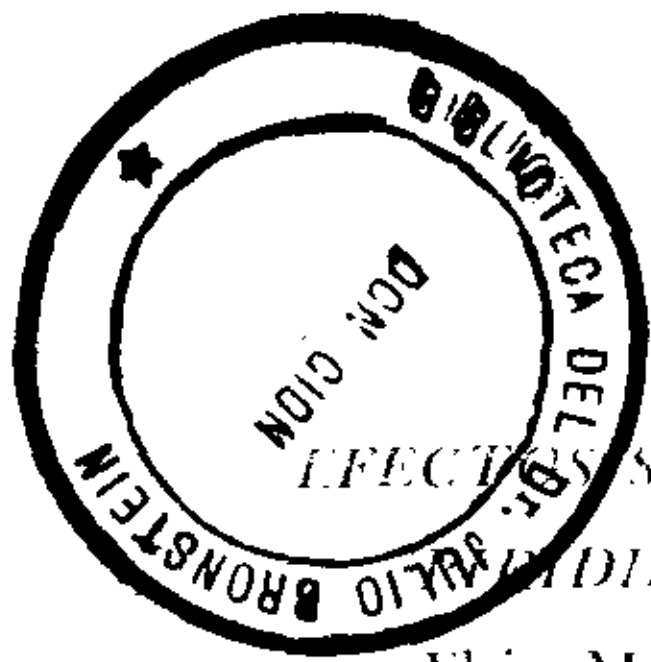
FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

CURVAS DE PRESION EN LA AURICULA IZQUIERDA REGISTRADAS POR VIA ESOFAGICA Y DIRECTA. — G. M. van den Heuvel-Heymans, "Acta Cardiológica", 1952, 7, 537.

Se registran las curvas esofágicas de presión auricular izquierda, introduciendo un dispositivo con tubos de politeno totalmente relleno de líquido opaco a los rayos X y estableciendo un circuito cerrado con el método de registro que permite obtener curvas bien netas, cuando en el sistema la presión se aumenta a 20 ó a 40 mm. de mercurio. Los trazados registrados mediante un electromanómetro Sanborn con este dispositivo y por punción directa auricular izquierda, durante las intervenciones quirúrgicas, fueron extraordinariamente similares. Ellos muestran una serie de ondas positivas y negativas correspondientes a las diferentes fases de la contracción auricular y ventricular. La fibrilación auricular se caracteriza por la desaparición de la onda que representa la sístole auricular. La estenosis mitral pura se caracteriza por elevación de la onda auricular sistólica y de la producida por la reacción de las válvulas mitrales en la cavidad auricular al iniciarse la sístole ventricular. La insuficiencia mitral pura se traduce por la ausencia de onda auricular y protosistólica elevada y por la aparición de una onda positiva patológica provocada por el reflujo de sangre en la aurícula izquierda durante cada sístole ventricular. En los casos de coexistencia de estenosis e insuficiencia mitral, las deformaciones de la curva pueden contribuir al diagnóstico y valoración de la insuficiencia, lo que tiene importancia para la indicación operatoria. — *Moia*.

REPERCUSIONES A DISTANCIA DE LA ACTIVIDAD AURICULAR EN LOS TRAZADOS ELECTROKIMOGRAFICOS. — M. Segers, R. Pannier, A. van Loo y G. Van Rcylen. "Acta Cardiológica", 1952, 7, 399.

Observaciones realizadas en arritmias y trastornos en la conducción demuestran que se pueden registrar ondas de origen auricular electrokimográficamente, mismo a nivel de los ventrículos, de la arteria pulmonar y de la aorta. La onda auricular de expansión o de retracción, aparece habitualmente 0.10 seg. después de la desviación P del E. C. G. coincidiendo casi siempre con la retracción electrokimográfica en registros obtenidos sobre la aurícula, correspondiendo a la iniciación de la fase isotónica auricular. Esta repercusión a distancia de la actividad auricular se marca, sobre todo, en el borde derecho de la aorta, donde puede modificar de manera profunda el aspecto del trazado. — *Moia*.



ANÁLISIS DE REVISTAS

EFFECTOS SOBRE LA CIRCULACION DE DIFERENTES DERIVADOS DE LA NIACINAMIDA, NIACINA, NIACINAMIDA, NIKETAMIDA Y RONIACOL. —

Flir M. Goksel. "Acta Cardiológica", 1952, 7, 630.

El autor realiza estudios en el ser humano y en el animal entero o utilizando la preparación corazón-pulmón o perfusión de miembros o vísceras. En el hombre, se estudia la acción de estos medicamentos sobre el ritmo, gasto cardíaco, velocidad circulatoria, presión arterial, masa sanguínea, ritmo respiratorio, consumo de oxígeno y E. C. G. La debilidad e irregularidad de acción de la niacinamida, no autorizan su empleo como medicamento en las afecciones del sistema circulatorio. La niacina, produce, en cambio, descenso de la presión arterial por vasodilatación periférica y tiene, por lo tanto, indicación en todos los procesos de insuficiencia arterial, especialmente en los procesos orgánicos o funcionales de las extremidades. La inyección intraarterial aumenta notablemente su efecto en las afecciones vasculares periféricas. No tiene indicación en la insuficiencia coronaria, pues aumenta el gasto cardíaco, sin producir vasodilatación coronaria. El roniacol tiene todas las propiedades e indicaciones de la niacina y puede, además, utilizarse en presencia de lesiones coronarias, pues tiene cierta acción vaso dilatadora sobre estos vasos. La nicketamida es un estimulante respiratorio, pero produce vasodilatación arterial periférica con descenso de la presión y tendencia a disminuir el gasto cardíaco, cuando se la utiliza a las dosis terapéuticas habituales en el hombre normal. Aunque tiene acción vasoconstrictora central, su acción vasodilatadora periférica es la más importante. Por consiguiente, debe estudiarse atentamente su acción en el sujeto patológico antes de dar validez a su empleo como analéptico circulatorio. — *Moia*.

ACCION SOBRE LA PEQUEÑA CIRCULACION DE LA DISMINUCION DE PRESION DEL SENO CAROTIDEO. — W. Weissel, W. Auinger, F. Salzmann, Z. Kreislaufforschg, 1952, 11, 183.

Mientras que se acepta que la compresión de seno carotídeo produce disminución de la presión arterial en el grande y pequeño círculo, se considera también que la disminución de presión sobre el seno carotídeo produce, en cambio, aumento de la presión sólo en la circulación mayor. Como la mayoría de estas investigaciones se han realizado con el animal a tórax abierto y narcotizado, los autores han efectuado una serie de experiencias en el animal intacto, mediante cateterismo, llegando a la región suprasigmoidea de la aorta y de la pulmonar a través de una arteria femoral y una vena braquial, respectivamente. El pinzamiento arterial por debajo de la región del seno carotídeo produjo, en el animal narcotizado, aumento de la presión arterial en el gran circuito, sin modificaciones en la del pequeño circuito; en cambio, en el animal no narcotizado esta última aumentó también. Los autores discuten el mecanismo por el cual la narcosis sería capaz de impedir este aumento de la presión en el pequeño circuito, atribuyéndola en parte al menor desarrollo de la musculatura de las arterias del lecho pulmonar. — *Mendo*.

ELECTROCARDIOGRAFIA

LA ONDA AURICULAR DEL ELECTROCARDIOGRAMA. IV CARACTERÍSTICAS DE LA ONDA AURICULAR EN LAS CARDIOPATIAS CONGÉNITAS Y SU EXPLICACION FISIOPATOLOGICA. V. Masini y L. Comberiati. "Cuore e Circolazione", 1952, 36, 148.

Sobre 100 casos de cardiopatías congénitas la onda P fué normal en 48, en el límite superior de lo normal en 23 y anormal en 29 casos. La onda P anormal se registró en la atresia tricuspídea, la comunicación interauricular, la tetralogía de Fallot, la estenosis pulmonar aislada y otras graves malformaciones con cianosis. Los hallazgos habituales fueron: duración normal o en el límite superior de lo normal, marcado aumento de voltaje, aumento del valor de ΔP con dirección normal, aspecto puntiagudo de P. En las derivaciones precordiales derechas aparece habitualmente positiva difásica (\pm), siendo la parte positiva más ancha y amplia que la negativa. Es probable que las alteraciones de P sean secundarias a la hipertrofia auricular derecha, pues se las encuentra en las malformaciones congénitas con sobrecarga auricular derecha y sobre todo porque son más frecuentes y más netas en los casos en los cuales la presión auricular derecha, medida por el cateterismo, sobrepasa los límites superiores fisiológicos. La morfología de la P de los mencionados vicios congénitos se relaciona con los conceptos electrofisiológicos del daño auricular derecho. — *Moia*.

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SUBAGUDA. E. Donzelot, J. M. Le Bozec, J. Laham y H. Kaufmann. "Acta Cardiológica", 1953, 8, 465.

Sobre 200 casos de endocarditis infecciosa subaguda en las cardiopatías valvulares se observó rareza de la fibrilación auricular (4.5 %), de la hipertrofia auricular derecha (1.5 %), de la hipertrofia ventricular derecha (5 %) y del bloqueo de rama derecha. En cambio, fué frecuente el hallazgo de hipertrofias auriculares izquierdas (40 %) y de hipertrofias ventriculares izquierdas (70 %). El estudio electrocardiográfico sistemático y repetido durante el curso de la enfermedad, permite evidenciar ciertos elementos de pronóstico de extraordinario interés, como ser, la aparición de trastornos del tipo del corazón pulmonar agudo, a menudo premonitores de insuficiencia cardíaca irreversible, o la aparición de síntomas de alteraciones miocárdicas todavía más graves y casi siempre mortales: raramente infarto de miocardio y bloqueo aurículo ventricular sobre todo bloqueo de rama derecha o izquierda. La confrontación de los hallazgos electrocardiográficos con los demás elementos clínicos permite a los autores sacar las siguientes conclusiones: Se ha exagerado notablemente el papel nefasto de la penicilina, no existiendo ningún paralelismo con la aparición de los trastornos electrocardiográficos y la dosis utilizada; el máximo de los signos electrocardiográficos de alteración miocárdica, se observa en los casos a hemocultivo negativo; la existencia de trastornos electrocardiográficos antes del tratamiento no constituye elemento de pronóstico grave cierto, en cambio, su aparición durante el curso

del tratamiento, cualquiera que sea el síntoma observado (corazón pulmonar agudo o alteración miocárdica) es de muy mal pronóstico. — *Moia*.

OBSERVACIONES ELECTROFISIOLÓGICAS GENERALES REALIZADAS AL PROVOCAR EXTRASISTOLES VENTRICULARES EXPERIMENTALES. — A. Van Bogaert, A. Van Genabeck, A. Nyssens, H. Van Der Hents y J. Vandael. "Acta Cardiológica", 1952, 7, 140.

En este interesantísimo trabajo, lleno de extraordinarias sugerencias, los autores revisan en forma minuciosa y original los resultados eléctricos de una excitación artificial del corazón. Producen, por el método mecánico o eléctrico, extrasístoles a partir de la superficie epicárdica o endocárdica en distintos puntos de las dos cavidades ventriculares haciendo el registro mediante numerosas derivaciones epicárdicas y endocárdicas a inscripción simultánea. Discuten, en primer término, la importancia del vector que se dirigiría perpendicularmente de la superficie endocárdica a la epicárdica para engendrar la onda R llegando a la conclusión que las simples relaciones topográficas anatómicas entre el punto de derivación y el punto de origen de una excitación no parecen desempeñar un papel importante en el determinismo y la morfología general del complejo extrasistólico, siendo este hecho bien evidente para las derivaciones unipolares directas y menos para las derivaciones más distantes de la masa cardíaca. La amplitud de una onda positiva inicial en un complejo extrasistólico no está en manera alguna ligada estrechamente a la distancia que separa, a través de la masa miocárdica, el punto de excitación del punto de derivación, ni es tampoco proporcional al retardo de la onda intrínseca en relación con el momento de la excitación. De todos los vectores producidos por la activación artificial eléctrica o mecánica, los vectores locales perpendiculares, entre el punto de excitación y el punto de derivación, no parecen ser eficientes para engendrar una onda R, aún en el caso de que existiera una pared libre o septal ventricular izquierda de gran espesor que separe ambos puntos. En cambio, deben considerarse a los vectores oblicuos y paralelos a la superficie ventricular ascendentes o descendentes y mismo a los opuestos, como los vectores eficientes locales y principales. El vector principal, suma de todos los vectores parciales mencionados, desempeña el papel más importante en el determinismo del sentido y amplitud del complejo principal, es decir, de la configuración general del complejo extrasistólico, aun cuando, en ciertas ocasiones, sus efectos pueden ser neutralizados por los vectores locales. Es interesante señalar que la excitación epicárdica de la punta del ventrículo izquierdo, da negatividad en la superficie endocárdica de la punta con un simple retardo de 0.01 seg. y también de la base ventricular izquierda con un retardo de 0.03 seg. En realidad, los vectores principales de las extrasístoles de la punta del ventrículo izquierdo o del tabique, se dirigen hacia la región posterior de la base del ventrículo izquierdo. De ello, deducen los autores, que la masa electrógena más importante, puede desviar hacia ella al vector principal del corazón.

La influencia de los vectores locales y principales sobre un electrodo de derivación, depende de las relaciones de su línea interpolar con la de la línea de derivación. La influencia dominante de los vectores locales sobre la del vector

principal regula la negatividad dominante de los trazados endocavitarios izquierdos y todas las anomalías electrocardiográficas que pueden presentarse con respecto a los trazados sinusales endoventriculares. En ese orden de ideas, llegan a la conclusión que la onda R de los complejos sinusales registrada a nivel del ventrículo derecho, es la expresión de un vector local nacido en las inmediaciones de la punta y del tabique adyacente y dirigido oblicuamente de la cavidad ventricular izquierda hacia la punta del ventrículo derecho, considerando en cambio improbable la hipótesis, hasta ahora en boga, de su origen por la activación del tabique de izquierda a derecha.

La imagen de bloqueo de rama es la expresión de una modificación de la orientación de los vectores septales y apicales normales, en relación con las líneas de derivación. Esta imagen puede estar ligada a una transmisión, realmente retardada de la onda de derivación hacia los ventrículos, secundaria a una alteración del tejido autónomo septal de este lado, o a la simple modificación de la dirección de los vectores precoces septo-apicales, implicando una modificación de la neutralización de estos últimos por los potenciales de sentido opuesto que se suceden en el tiempo. En esta segunda eventualidad, el retardo de la deflexión negativa no es más que aparente y está ligado a una modificación extraña a una alteración patológica del tejido autónomo. El trabajo está lleno de sugerencias de extraordinario interés y obliga a ser leído con toda meditación. — *Moia*.

HOMOGENEIDAD DEL CAMPO ELECTRICO TORACICO Y ORIGEN DEL VECTOCARDIOGRAMA ESPACIAL. — L. Carello. "Acta Cardiológica", 1952, 7, 117.

Mediante el uso de derivaciones torácicas unipolares isodifásicas (derivación de transición) anteriores y posteriores en el tórax, los autores han realizado una serie de numerosas investigaciones que les permiten llegar a la conclusión que el punto 0 eléctrico del corazón no coincide siempre con el centro de la masa ventricular. El desplazamiento del punto 0 en relación a la masa ventricular se verifica en dirección posterior y no parece ser característico de las distintas condiciones cardíacas normales o patológicas. Estos resultados concordantes, con los de Jouve y discordantes con los de Duchosal y Sulzer, tienen interés para interpretar la homogeneidad del campo eléctrico torácico. — *Moia*.

LA VARIACION DEL VECTOCARDIOGRAMA ESPACIAL EN FUNCION DEL METODO UTILIZADO. — M. Regnier y B. Taccardi. "Acta Cardiológica", 1953, 8, 268.

Los autores realizan nuevas investigaciones en 20 personas normales o con diversas cardiopatías, haciendo un estudio comparativo de los vectocardiogramas frontales, horizontales y sagitales, registrados con las técnicas propuestas por diversos autores. Encuentran que las diferencias en lo que al bucle del QRS se refiere, son escasas entre los métodos de Duchosal y de Grishman, pero más grandes entre éstas y el método de Wilson y más aún si se comparan con los vectocardiogramas de Donzelot y Milovanovich y Bugar y van Milaan. La discordancia entre los vectores obtenidos según las diferentes técnicas es constantemente más

acentuada en el plano horizontal y sagital que en el plano frontal y también más a menudo, en los cardíacos que en los normales. Estas diferencias se atribuyen a diversos factores, entre ellos, el uso de derivaciones no equidistantes entre sí y no situadas a igual distancia del corazón, el cual ocupa una posición excéntrica en el medio conductor. — *Moia*.

LOS DIFERENTES GRADOS DE PREPONDERANCIA IZQUIERDA. — M. Segers. "Acta Cardiológica", 1953, 8, 399.

El autor señala algunos casos observados especialmente a raíz de extrasístoles auriculares en los cuales aparecen intermitentemente imágenes electrocardiográficas de preponderancia ventricular izquierda de diversos grados, desde la T1 menor que T3 a la T1 isoeletrica y finalmente a la T1 negativa. Señala que estas imágenes de sobrecarga ventricular izquierda de las derivaciones de los miembros, pueden no acompañarse de modificaciones características en las derivaciones precordiales y viceversa, por lo que puede interpretarse que los cambios en estas diferentes derivaciones, corresponderían a alteraciones electrocardiográficas distintas. — *Moia*.

EL BLOQUEO INTRAVENTRICULAR DERECHO COMPLETO E INCOMPLETO. — M. Segers. "Acta Cardiológica", 1952, 7, 550.

Además de las modificaciones de la parte final del complejo QRS observadas en la mayoría de los bloqueos intraventriculares derechos existen, a veces, otras alteraciones del QRS en su fase inicial: en el bloqueo incompleto existe una melladura inicial del QRS en D3 y en el completo la onda R muestra una muesca en derivación D1. — *Moia*.

LOS DOS COMPONENTES DE LAS IMAGENES DE PREPONDERANCIA Y DE BLOQUEO INTRAVENTRICULAR. — M. Segers. "Acta Cardiológica", 1953, 8, 128.

El estudio de los casos de bloqueos intraventriculares intermitentes permitió al autor llegar a la conclusión que la aparición de las curvas de "preponderancia" originan en las derivaciones periféricas dos modificaciones de sentido opuesto de la desviación del QRS. En efecto, la parte inicial del QRS sufre una desviación hetero lateral de su eje mientras que las partes mediana y final sufren la gran desviación, bien conocida del lado homo lateral. Esta modificación inicial se traduce en las preponderancias derechas por la desaparición de Q1 y acentuación de Q3 y en las izquierdas por acentuación de R3 y de Q1. Estas dos componentes pueden manifestarse o modificarse independientemente una de la otra, lo que es capaz de dar nacimiento a ciertos aspectos paradójales de las ondas QRS (bloqueos intraventriculares izquierdos con Q1 o con desviación a la derecha del eje eléctrico). — *Moia*.

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL BLOQUEO DE RAMA. — T. Sanabria. "Acta Cardiológica", 1953, 8, 145.

Se efectuó el estudio histológico en cortes seriados del tejido de conducción

de 3 casos del bloqueo de rama, 2 de ellos del tipo común y persistente y otro con carácter intermitente, no encontrándose en ninguno de ellos alteraciones morfológicas de las ramas del haz de His. Inversamente, en 2 casos en los cuales se encontró destrucción anatómica de una o dos de las ramas del haz de His, no aparecieron imágenes electrocardiográficas de bloqueo de rama ni prolongación alguna del QRS. — *Moia*.

ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LA CONDUCCION AURICULO-VENTRICULAR A TRAVES DE LAS FIBRAS DEL HAZ DE KENT. — G. Fraa, G. C. Maggi y A. Agostini. "Acta Cardiologica", 1953, 8, 225.

Numerosas experiencias realizadas en la rata con destrucción del nódulo de Tawara y del haz de His y "cortes de Kent", así como excitación ventricular y estudio de la propagación de los estímulos a la aurícula con los mismos cortes o alteraciones del Tawara o del haz de His, han demostrado que, en la rata, durante el curso de los primeros días de vida, la conducción aurículo-ventricular se hace, lo mismo que en todos los mamíferos, a través del sistema de Tawara-His y no del haz de Kent. — *Moia*.

FIBRILACION AURICULAR CON EXCITACION A-F ANOMALA (W. P. W.) IMITANDO TAQUICARDIA PAROXISTICA VENTRICULAR. — R. Langendorf, M. Lev y R. Pick. "Acta Cardiologica", 1952, 7, 241.

Se relata un caso de estenosis mitral en el que existía un síndrome W. P. W. coexistiendo con ritmo sinusal o fibrilación auricular. El estudio histológico minucioso no demostró la existencia de haz de Kent o de una conexión entre el nódulo de Tawara y la musculatura ventricular del tipo descrito por Sanabria. — *Moia*.

VALVULARES

DOS CASOS DE POLIPO OCLUSIVO DE LA AURICULA IZQUIERDA (TIPO 2) CON SINDROME ARTERIAL PERIFERICO. — F. Desbaillets, J. Wyss e I. Mahaim. "Acta Cardiologica", 1953, 8, 52.

Mujer de 57 años con ritmo sinusal sin factores etiológicos aparentes que desarrolla un grave cuadro de insuficiencia cardíaca con cianosis y poliglobulia, y hombre de 60 años, hipertenso con fibrilación auricular, que también desarrolla un grave cuadro de insuficiencia cardíaca. Se destaca, en la primera, la presencia de una ulceración del tabique nasal así como manifestaciones digestivas y una úlcera duodenal y signos de déficit arterial periférico que son bien marcados en el segundo y que, en conjunto, los autores atribuyen a la disminución del gasto sistólico ventricular izquierdo. Se encontró, en la autopsia, sendos trombos organizados pediculados en la aurícula izquierda. En el segundo caso, la obstrucción de la válvula mitral se agravaba por la posición vertical del paciente con aumento de la disnea y la cianosis y por el contrario, alivio en la posición estrictamente horizontal. Este nuevo signo se considera característico de los trom-

bos con gran pedículo de implantación auricular. Había un soplo sistólico intenso y no manifestaciones auscultatorias de estenosis mitral. La autopsia no mostró alteraciones de la válvula mitral en ninguno de los dos casos. — *Moia*.

EL BALISTOCARDIOGRAMA EN LAS AFECCIONES VALVULARES ADQUIRIDAS. — F. Di Giuseppe. "Acta Cardiológica", 1953, 7, 22.

En la estenosis mitral ha observado casi siempre neta reducción de los complejos sistólicos y sobre todo reducción de las ondas HI (9 veces sobre 13) sin variaciones particulares de la línea JK. Esta reducción de la línea HI (que el autor cree ser el primero en señalar) se debe a su juicio a la insuficiencia del ventrículo izquierdo y a la reducción del gasto sistólico, estando en relación directa con la gravedad de la afección. En 10 casos sobre 13 se observó onda L francamente aumentada, que se atribuye a las impulsiones que imprime al cuerpo la corriente sanguínea que desciende a los ventrículos en la iniciación de la primera fase diastólica. En 6 casos de insuficiencia mitral pura los complejos sistólicos eran de amplitud normal o a veces aumentada. En 9 casos de afecciones aórticas, sin discriminar la insuficiencia aórtica o la estenosis aórtica, observa complejos sistólicos francamente aumentados, sobre todo en la línea JK; en un caso en que coexistían importantes lesiones coronarias, la amplitud de los complejos se demostró, por el contrario, disminuída. — *Moia*.

COMISUROTOMIA Y ESTRECHEZ MITRAL. — R. Stas, P. Soulie, M. Servelle y J. Rougeulle. "Acta Cardiológica", 1952, 7, 587.

Se hace reseña de los 38 primer operados con sólo 2 muertes. Los autores destacan la importancia del cateterismo previo de cavidades derechas con medida del intercambio respiratorio y de la superficie mitral, demostrando la intervención, la realidad de estos hallazgos. Las indicaciones operatorias son netas: enfermos jóvenes con ritmo sinusal, disnea de esfuerzo, con crisis de edema pulmonar e hipertensión de la pequeña circulación, con superficie mitral pequeña. Las contraindicaciones locales son: reumatismo articular reciente, endocarditis infecciosa, desfallecimiento cardíaco y arteritis pulmonar. La insuficiencia mitral coexistente con la estenosis mitral, no constituye para los autores contraindicación para la comisurotomía. Los resultados han sido, por lo general, extraordinariamente favorables, pero los cateterismos realizados en serie en tiempos distintos después de la comisurotomía, demuestran que las presiones derechas elevadas no retornan a lo normal, sino 6 a 9 meses después de la intervención. Estos hallazgos discrepan de los consignados por otros autores. — *Moia*.

ALGUNOS PROBLEMAS ACTUALES EN LA SELECCION DE PACIENTES PARA LA VALVULOTOMIA MITRAL. — G. Biorck. "Acta Cardiológica", 1953, 8, 1.

El autor considera como indicación fundamental para el tratamiento quirúrgico de la estenosis mitral, a los pacientes con marcada limitación de la actividad física que no han mejorado mucho con el tratamiento médico y que muestran

al cateterismo, presión arterial pulmonar elevada en reposo o durante el ejercicio. Puede añadirse, también, prevención de fenómenos embólicos. Se inclina poco a la operación del enfermo con escasa limitación de la actividad física o moderada elevación de la presión del circuito pulmonar, así como de los pacientes por encima de 50 años y con repetidos accidentes embólicos. También los enfermos con insuficiencia mitral o insuficiencia aórtica predominante y los con fiebre reumática aguda o endocarditis bacteriana, aquéllos con grosera insuficiencia cardíaca o con miocardio muy dañado, de acuerdo al examen electrocardiográfico, deben ser considerados como poco favorables para la operación. En cambio, la fibrilación auricular no parece tener importancia. Para evitar accidentes embólicos a partir de trombosis en la sutura operatoria, creen conveniente administrar la medicación anticoagulante (heparina + dicumarol) precozmente al final del primer día o al principio del segundo día. Aconsejan también mantener la medicación antibiótica durante 3 ó 4 semanas después de la operación, para evitar el injerto bacteriano. — *Moia*.

ESTUDIO ESTADÍSTICO DE LA ETIOLOGIA DE LAS ENDOCARDITIS VALVULARES. — M. Zanchi y L. Stival. "Acta Cardiológica", 1952, 7, 524.

Del estudio de 20.509 autopsias se desprende que, además de la etiología reumática y bacteriana, desempeñan un papel en la génesis de endocarditis bacterianas especialmente agudas y aún en algunos casos recidivantes, los siguientes factores: septicemias agudas, infecciones supurativas y gangrenas, neoplasias, neumonías lobares e infección tuberculosa. Sobre 13.964 autopsias de este material pertenecientes a enfermos no reumáticos se encontró endocarditis aguda en el 1,35 %, endocarditis recidivantes en el 0,55 % y la suma de ambas en el 1,89 %. — *Moia*.

PRONOSTICO ALEJADO DE LAS MUJERES CON CARDIOPATIA REUMÁTICA EN RELACION CON LA ACTIVIDAD PROCREADORA. — A. Poppi, G. Labo y T. Franco. "Cuore e Circolazioni", 1952, 36, 1.

De un grupo de 670 mujeres en las cuales, con motivo de un embarazo, se llegó al diagnóstico de valvulopatía reumática en 576, y de soplo sistólico de la punta no patológico en 38, se pudo seguir la evolución y conocer el destino en 409, durante un lapso medio de 7,1 años después de su último embarazo. De ellas, 36 murieron casi todas por insuficiencia cardíaca y, muy a menudo, a breve intervalo después de un parto. De las sobrevivientes se estudió la condición circulatoria en 250, demostrando que son factores desfavorables la persistencia de actividad y evolutividad de la infección reumática tal vez despertada por el embarazo más a menudo de lo que se piensa habitualmente y, accesoriamente, un número demasiado grande de embarazos. Sin embargo, el embarazo y parto no modifica probablemente la evolución natural de la cardiopatía a condición de que la actividad procreadora sea comenzada lo más tarde posible después de la iniciación de la enfermedad reumática, es decir, en la práctica, después de la edad de 25 años y siempre que la mujer no tenga más de 1 ó 2 embarazos. Se destacan, sin embargo, los diversos factores cardíacos y extracardíacos y, sobre todo, sociales que pueden modificar estos conceptos. — *Moia*.

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

CONTENIDO EN COLESTEROL DE LAS ARTERIAS CORONARIAS Y SILVIANAS EN CONDICIONES NORMALES Y PATOLOGICAS. DOSIFICACION QUIMICA Y EXAMEN HISTOLOGICO. — G. Mezzasalma y G. Arzifo. "Cuore e Circolazione", 1952, 36, 257.

El estudio realizado en 26 pacientes con arteriosclerosis generalizada y comparado con el realizado en 10 sujetos testigos, mostró que, en casi todos los casos, las lesiones de las arterias coronarias eran más graves y su contenido en colesterol mayor que el de las arterias silvianas. Se observó una neta correspondencia entre la cantidad de colesterol contenido en la pared arterial y la severidad de las lesiones arteriosclerosas.

Se discute el papel de los factores locales funcionales, para explicar la diferente gravedad de las lesiones observadas en los distintos sectores arteriales. — *Moia.*

EL INTERES DE LA ELECTROFORESIS DE LAS PROTEINAS SANGUINEAS EN EL INFARTO DE MIOCARDIO. — J. Sonnet y A. Sibille. "Acta Cardiologica", 1953, 8, 479.

Sobre 35 casos de infarto de miocardio reciente o antiguo el estudio de la electroforesis sobre papel del suero sanguíneo, mostró aumento de las α_2 globulinas en 21 de 23 exámenes hechos en el curso del 1er. mes después del infarto. La intensidad de la reacción inflamatoria inmediata no tiene ningún valor pronóstico y no parece depender de la extensión o localización del infarto. Cuando la evolución es favorable, el nivel de las α_2 globulinas se normaliza en el curso del 2º mes. Un nuevo aumento de las globulinas se observó en las semanas que precedieron a accidentes vasculares o coronarios mortales en 4 pacientes. — *Moia.*

ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO DEL RETARDO DE EXPULSION VENTRICULAR IZQUIERDO EN EL INFARTO DE MIOCARDIO A RECUPERACION IMPERFECTA. — R. Bourgain y A. Gerbaux. "Acta Cardiologica", 1953, 8, 519.

El registro simultáneo del E.C.G. y de E.K.G. obtenidos a nivel del cayado aórtico, en 25 casos de infarto de miocardio severo a recuperación imperfecta (expansión diastólica de la pared ventricular izquierda lesionada o insuficiencia cardíaca global siguiendo a la oclusión coronaria aguda) mostró que, en 19 casos existía un retardo de la expulsión ventricular izquierda superior a 0.15 seg., cifra ésta considerada como el máximo normal. — *Moia.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS

REACCIONES PRESORAS LOCALES Y GENERALES SIGUIENDO A ESTIMULOS SOBRE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES. — A. Beckman. "Z. Kreislaufforschg", 1952, 41, 454.

Las mediciones rigurosamente simultáneas, en brazos de la presión arterial en un grupo de estudiantes han demostrado que en el 55 % de los casos la

presión sistólica en el brazo derecho, supera en promedio 13 mm. Hg. a la del brazo izquierdo y viceversa, en el 5 %. También la presión diastólica difería en ambos lados en el 42 % de los casos, siendo mayor (promedio 10 mm. Hg.) a la derecha que a la izquierda en el 25 % y viceversa (promedio de 8 mm. Hg.), en el 15 % de los casos. La repetición de las mediciones en el mismo sujeto ha demostrado que estas diferencias son inconstantes y pueden invertirse. El ejercicio muscular de una mano (dinamómetro) o la inmersión de un brazo en agua fría y caliente, han demostrado que, independientemente de la naturaleza del estímulo aplicado, las variaciones de la presión en los dos brazos no se realizan en el mismo sentido ni en la misma medida. A menudo las repercusiones tensionales en los dos brazos han sido netamente diferentes, independientemente del lado del cuerpo sobre el cual se aplicó el estímulo, con excepción de la prueba del dinamómetro, la cual da siempre variaciones presoras mayores en el brazo derecho si el ejercicio físico fué realizado por la mano derecha. La inmersión en agua caliente dió habitualmente un aumento inicial de las presiones sistólicas y diastólicas. El autor discute los diversos factores que pueden intervenir en este irregular comportamiento, destacando la importancia de la asimetría de la temperatura cutánea. — *Mondo*.

MODIFICACIONES CARDIOVASCULARES CONSECUTIVAS A LA NEUMONECTOMIA. — H. Denolin, A. de Coter, A. Dumont y S. Cantinieaux-Duwaerts. "Acta Cardiologica", 1952, 7, 261.

En 27 pacientes el E.C.G. registrado durante el curso de una neumonectomía, no mostró alteraciones sistemáticas después de la ligadura de la arteria pulmonar, no apareciendo imagen eléctrica sugestiva de sobrecarga ventricular derecha aún en los sujetos de edad, y sí sólo puede aparecer transitoriamente taquicardia en el curso de intervenciones prolongadas. En los días que siguen a la neumonectomía, los trazados registrados en 31 pacientes, suelen indicar trastornos del ritmo cardíaco (fibrilación o aleteo auriculares) que se manifiestan en los pacientes habitualmente mayores de 40 años y acompañan, a menudo, a signos clínicos de edema pulmonar, cuya patogenia obedece probablemente a causas múltiples. Concomitantemente, aparecen modificaciones del eje eléctrico o imágenes de preponderancia derecha que parecen vinculadas a desplazamientos del corazón. Sin embargo, nunca se observaron signos eléctricos de corazón pulmonar agudo.

Se estudiaron 14 enfermos de 1 a 30 meses después de la neumonectomía. Es frecuente el hallazgo del aumento del aire residual y de la capacidad pulmonar total con disminución de la capacidad respiratoria máxima y de la capacidad pulmonar utilizable al esfuerzo. Sin embargo, existen numerosas variaciones individuales y no debería utilizarse rutinariamente la toracoplastia en los sujetos neumonectomizados. El esfuerzo es, a menudo, mal tolerado y origina hiperventilación con reducción de la reserva respiratoria. La saturación de sangre arterial en oxígeno persiste normal, y el gasto cardíaco es normal o ligeramente aumentado. La presión en la arteria pulmonar y ventrículo derecho, sobrepasa ligeramente los valores fisiológicos en numerosos casos. El aumento del gasto sanguíneo en la arteria pulmonar restante, no puede provocar esta hipertensión sino cuando

ANÁLISIS DE REVISTAS

los vasos están alterados o su capacidad está reducida por la sobredistensión del parénquima pulmonar.

El comportamiento cardiopulmonar en los sujetos neumonectomizados es muy variable; el examen funcional preoperatorio debe comprender una medida de la capacidad respiratoria máxima o de la capacidad pulmonar utilizable al esfuerzo, de la ventilación y de la reserva respiratoria durante el esfuerzo y, cuando el parénquima pulmonar aparece alterado, una medida de la presión arterial pulmonar.

Se midió, además, en 9 perros anestesiados y a tórax abierto, la presión ventricular derecha durante la oclusión de una arteria pulmonar, observándose que no aparccen, habitualmente, modificaciones. En 4 animales el gasto cardíaco varió en más o en menos después de la ligadura arterial, observándose, habitualmente, un aumento en el contenido de oxígeno de la sangre arterial. — *Moia*.

MODIFICACIONES DE LA PRESION PULMONAR Y DEL E.C.G. CONSECUTIVAS A LA EXCLUSION PARCIAL EXPERIMENTAL DE UN TERRITORIO PULMONAR VASCULAR. — P. Biocca y V. Mas'ni. "Cuore e Circolazione", 1952, 36, 349.

Experiencias realizadas en 20 perros con ligadura progresiva de las ramas lobares y constricción del tronco de la arteria pulmonar, mostraron que la hipertensión pulmonar sólo se produce cuando la reducción del lecho vascular es superior al 70 u 80 %. Cuando se alcanzan aumentos significativos de la presión pulmonar, aparece dilatación del ventrículo derecho, hipotensión arterial y alteraciones electrocardiográficas semejantes a las observadas en el corazón pulmonar agudo del hombre. Los resultados fueron iguales con y sin narcosis. Los hallazgos experimentales, confirman que la exclusión brusca de la mitad del lecho vascular pulmonar no origina consecuencias hemodinámicas significativas, porque el lecho vascular restante puede recibir toda la masa sanguínea circulante en los pulmones, a través de un sistema vascular de reserva. De estas investigaciones se desprende que solo una embolia pulmonar en masa de la arteria pulmonar, puede provocar una hipertensión pulmonar lo suficientemente elevada como para originar el corazón pulmonar agudo. Los hallazgos experimentales parecen negar la existencia de reflejos hipertensivos pulmonares. El corazón pulmonar agudo vinculado a pequeñas embolias, se debe probablemente a las alteraciones asociadas del corazón y de la pequeña circulación que limitan su facultad de adaptación frente a las reducciones del lecho vascular pulmonar, aún cuando ésta sea mínima. Las experiencias permiten llegar a la conclusión que la neumonectomía en el hombre no origina sobrecarga funcional cardíaca, por lo menos en reposo, y cuando el lecho vascular restante es sano. — *Moia*.

COR PULMONALE AGUDO. — F. di Giuseppe. "Cuore e circolazione", 1952, 36, 3.

Señala el autor las causas que ocasionan la aparición del síndrome clínico del CPA. Su caracterización electrocardiográfica y la interpretación fisiopatológica del E.C.G., que sería debido a la dilatación aguda y subsiguiente isquemia del ventrículo derecho, y a la reducción del gradiente de presión coronaria.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Estudia 11 casos de embolia pulmonar ocasionada por tromboflebitis, en 5 casos postoperatoria y en 6 casos por várices de miembros inferiores. En el 27 % de los casos encuentra trastornos del ritmo (extrasistolia y ritmo nodal). En el 27 % de los casos encuentra un síndrome de MacGinn y White. En el 63 % de los casos encuentra trastornos del S-T y onda T en precordiales derechas que atribuye a isquemia ventricular derecha. En el 27 % encuentra onda Q en aVF, y en el 54 % halla rotación horaria del eje longitudinal.

Dichos trastornos eran de breve duración, en particular el síndrome de MacGinn y White, tardando 10 días en desaparecer los signos de isquemia ventricular derecha, que fueron los más prolongados. No encuentra relación directa entre el tamaño de la zona infartada y el E.C.G. Los trastornos típicos del E.C.G. se presentaron en pacientes con intenso estado de shock. — *Mejía*.

COMUNICACION INTERAURICULAR CON HIPERTENSION PULMONAR Y VENA PULMONAR ABERRANTE. — H. Denolín, J. Lequime, M. Wybauw y A. Bollaert. "Acta Cardiológica", 1933, 8, 64.

Se describe el caso de una mujer de 32 años que presentaba al cateterismo acentuada hipertensión pulmonar. Esta hipertensión pulmonar se atribuye a un proceso vascular pulmonar orgánico o funcional primitivo e independiente de las alteraciones dinámicas originadas por la comunicación interauricular o la desembocadura anómala de una vena pulmonar, malformaciones congénitas ambas diagnosticadas en este caso por el trayecto anormal del catéter. — *Moia*.

TERAPEUTICA

MODIFICACIONES HEMODINAMICAS CONSECUTIVAS A LA ADMINISTRACION DE PROCAINA-AMIDA EN EL HOMBRE NORMAL. — J. Lequime, P. Courtoy y J. Kenis. "Acta Cardiológica", 1952, 7, 189.

Después de la inyección intravenosa o intracardiaca rápida de 0,5 a 0,8 g. de procaína amida en sujetos normales, 14 sobre 15 mostraron una caída transitoria de la presión arterial con elevación, en todos los casos, del gasto cardíaco, variable según los sujetos. Esto obliga a considerar que, si bien esta droga puede utilizarse para prevenir arritmias en el cateterismo para el diagnóstico de ciertas enfermedades cardíacas, puede modificar los resultados cuando se utiliza el cateterismo para efectuar investigaciones precisas sobre la función cardíaca. — *Moia*.

ACCION DE LA PROCAINA-AMIDA SOBRE LA ALTERNANCIA DE LA CONTRACTILIDAD. — W. Cloetens. "Acta Cardiológica", 1953, 7, 347.

En dos casos de alternancia de la contractilidad miocárdica, la inyección intravenosa de 100 mg. de procaína amida hizo desaparecer instantáneamente la alternancia del pulso al disminuir la presión arterial y la amplitud media de las oscilaciones arteriales. Se considera probable que esta acción esté relacionada con un retardo de la invasión miocárdica, dando tiempo así a todas las fibras contráctiles para salir de su período refractario frente a cada nueva excitación. — *Moia*.

ACCION DE LA PROCAINA-AMIDA EN EL SINDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITE. — F. Lavenn, J. Tyberghein y J. Sonnet. "Acta Cardiología", 1953, 8, 384.

La administración oral de la droga en dosis diarias de 1 a 2 g. o la inyección endovenosa de 500 mg. produjo una desaparición transitoria del síndrome en 2 de 4 pacientes. En un caso existía W.P.W. intermitente con extrasístoles que fueron favorablemente influenciados por la droga. Los autores piensan que este síndrome puede obedecer a diversas patogenias y que sólo aquellos casos en los que existe un foco ventricular hiperexcitable puesto de manifiesto por la acción mecánica de la contracción auricular, son los que responden favorablemente a la acción de la droga. — *Moia.*

CONTRIBUCION AL CONOCIMIENTO DEL ACIDO PIRUVICO Y DEL ACIDO LACTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDIOCIRCULATORIA. ACCION DE LA COCARBOCILASA. — L. Dalla Torre. "Arch. Kreislauforschg.", 1952, 18, 86.

En la insuficiencia cardíaca se encuentran valores aumentados del ácido pirúvico y ácido láctico, los cuales no pueden ser atribuidos a la anoxia, ya que en las cardiopatías congénitas cianóticas, sin insuficiencia cardíaca, ambos valores son casi normales. Por ello, el autor emite la hipótesis de que dichos hallazgos pueden obedecer a una modificación del mecanismo de decarboxilación de ambos ácidos. La administración de 100 mmg. de cocarboxilasa endovenosa en los insuficientes cardíacos, permite hacer descender notablemente, ya dos horas después, las cifras hemáticas del ácido pirúvico, así como del ácido láctico. La tiamina, a dosis similares, ejerce una acción 3 a 5 veces menos eficaz. La digital contribuye rápida y específicamente a la normalización de las cifras hemáticas del ácido pirúvico y el ácido láctico. — *Mondo.*

EL EMPLEO DE LA COCARBOCILASA EN LOS CARDIACOS. — A. Martelli, "Folia Cardiología", 1952, 11, 519.

La administración de 50 mmg. diarios por vía endovenosa o intramuscular de cocarboxilasa en 15 pacientes con diversas cardiopatías y grados variados de insuficiencia cardíaca, originó cambios favorables con desaparición de los signos de isquemia miocárdica en el E.C.G. y refuerzo de la acción digitálica, sobre todo en aquellos pacientes en los cuales los cardiotónicos revelaron escasa eficacia o mala tolerancia. — *Moia.*