

ANALISIS DE REVISTAS

PATOLOGIA

COMPLICACIONES CARDIACAS DE LA HEMOCROMATOSIS. T. H. Bothwell, B. van Lingen, T. Alper y M. L. du Preez. "Am. Heart J.", 1952, 43, 333.

Se describe el caso de una mujer joven que después de 6 meses de amenorrea empieza a tener pigmentación cutánea e insuficiencia cardíaca y hepatomegalia. Los resultados de la absorción del hierro radioactivo mostraron que 75 % de la dosis oral de 20 mg. de sulfato ferroso era retenida en el cuerpo. Se sugiere que la insuficiencia cardíaca en la hemocromatosis se relaciona más con la velocidad a la cual el hierro es almacenado en el músculo cardíaco que la cantidad absoluta depositada. — *Moia.*

ASPECTOS CLINICOS DEL MIXOMA DE LA AURICULA IZQUIERDA. B. F. Martin. "Ann. Int. Med.", 1953, 38, 325.

Se describe un caso de mixoma de aurícula izquierda en una mujer de 46 años. Como en todos estos casos, el diagnóstico fué hecho en la necropsia. El autor recuerda que la radiografía y el electrocardiograma carecen de valor diagnóstico. Debe pensarse en el mixoma auricular en toda insuficiencia cardíaca congestiva progresiva e irreductible, con ausencia de antecedentes etiológicos. Los síntomas y signos dependen del enclavamiento del tumor en el orificio mitral. — *Manguel.*

UN CASO DE CALCIFICACION DE LA AURICULA IZQUIERDA. S. Erk, M. Küley y S. Devrim. "Arch. d. mal du coeur", 1952, 45, 657.

En un paciente de 53 años, con una típica enfermedad mitral, el estudio radiológico demostró una calcificación anular y linear de la aurícula izquierda. El total de casos diagnosticados radiológicamente no excede de 17 en la literatura. 37 fueron los diagnosticados en la autopsia. — *Rosenbaum.*

ESTUDIO SOBRE LA DINAMICA CIRCULATORIA EN REPOSO EN LA INSUFICIENCIA MITRAL VALVULAR CON Y SIN ESTENOSIS. R. Gorlin, B. L. Lewis, F. W. Haynes y L. Dexter. "Am. Heart. J.", 1952, 43, 357.

Se estudia, desde el punto de vista hemodinámico, un paciente con insuficiencia mitral pura y 11 con insuficiencia y estenosis mitral. El área de la válvula mitral en gradiente aurículo-ventricular se conocía en siete pacientes. Con esta información se pudo analizar en los mismos la dinámica del lado

izquierdo del corazón por medio de los principios hidráulicos. En el caso de insuficiencia mitral pura el gasto aórtico fué normal y el gasto total ventricular izquierdo y el trabajo contra presión, se encontraban aumentados. Las presiones en el circuito pulmonar se presentaron escasamente afectadas. Es evidente que para mantener el gasto aórtico normal debe aumentar el gasto ventricular izquierdo total en la proporción que la sangre regurgita a través de la válvula mitral.

En los pacientes con estenosis e insuficiencia mitral, el gasto aórtico se encontró notablemente disminuído por debajo de lo normal y el gasto ventricular total izquierdo ligeramente aumentado, encima de lo normal. La sangre que pasa a través de la válvula mitral insuficiente iguala, término medio, a la que pasa al circuito aórtico y constituye, por lo tanto, la mitad de la descarga ventricular izquierda. El trabajo contra presión ventricular izquierdo estaba algo aumentado. La presión capilar pulmonar estaba moderadamente elevada y en su registro la onda V estaba aumentada de altura. El equilibrio presión-circulación a través de la válvula mitral estenosada, en estos pacientes, era igual al observado en los pacientes con el mismo grado de estenosis mitral pura. La resistencia pulmonar arteriolar sólo estaba ligeramente aumentada. El trabajo contra presión ventricular derecho estaba dentro de los límites normales, a causa del bajo gasto y pequeño aumento de la resistencia pulmonar. En estos pacientes no se observó comúnmente insuficiencia ventricular derecha (juzgada por un aumento de la presión media auricular derecha).

La hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica sólo se comprobó en 27 % de los pacientes y, habitualmente, en los que tenían gastos cardíacos totales izquierdos mayores. La hipertrofia ventricular derecha sólo se vió en el 45 % de los pacientes habitualmente en aquéllos con resistencia pulmonar total más elevada y sólo en 3 ocasiones esta hipertrofia fué univentricular.

De los estudios realizados se deduce que la regulación y el caudal sanguíneo aórtico en la insuficiencia mitral depende de: a) volumen ventricular izquierdo y capacidad sistólica, b) grado de la insuficiencia mitral y de la estenosis, c) grado de la resistencia pulmonar total, d) presencia de estenosis aórtica y nivel de la resistencia vascular sistémica, y e) insuficiencia miocárdica.

Los efectos de la estenosis e insuficiencia se pueden resumir de la siguiente manera: la estenosis tiende a restringir el volumen sistólico ventricular izquierdo útil y a elevar la presión pulmonar, mientras que la insuficiencia tiende a limitar el gasto aórtico correspondiente a un grado dado de estenosis.

En los enfermos con estenosis e insuficiencia mitral se destaca el fácil cansancio físico, que muchas veces pudo disimular el moderado grado de disnea existente. Este cansancio se atribuye a la disminución del volumen sistólico aórtico. No es infrecuente el hallazgo de signos de insuficiencia ventricular derecha. El soplo sistólico intenso de la punta, se presenta en los casos de insuficiencia mitral, pero no es de valor diagnóstico decisivo. En la mayoría de los pacientes se ve una aurícula izquierda muy grande con latidos paradójales. — *Moia*.

CONGENITAS

ACERCA DEL VALOR DE LOS TRAZADOS CONTINUOS DE PRESIONES CARDIOVASCULARES EN LA INTERPRETACION DE ALGUNAS MALFORMACIONES CONGENITAS. H. J. Bidoggia, E. R. Pietrafesa y F. E. Labourt. "Medicina", 1952, 12, 356.

En condiciones normales, al pasar de la arteria pulmonar al ventrículo derecho, desciende la presión diastólica y no se modifica mayormente la presión sistólica; al pasar del ventrículo a la aurícula derecha, desciende la presión sistólica. En casos de persistencia del conducto arterial, el trazado continuo registrado en una rama de la arteria pulmonar, en el momento en que el extremo de la sonda pasa frente a la desembocadura del conducto arterial, los registros muestran aumento de amplitud de las ondas, elevándose la presión sistólica y diastólica, aunque de modo más marcado para la máxima. En el complejo de Eisenmenger, hay hipertensión sistólica en el ventrículo derecho y en la arteria pulmonar. En la comunicación interventricular, al revés de lo que sucede en el normal, la presión intraventricular derecha no permanece igual, sino que la presión sistólica aumenta y se modifica la forma del trazado cuando el extremo de la sonda enfrenta al orificio interventricular. En la estenosis pulmonar de tipo valvular hay un cambio brusco de presión al pasar la sonda de uno u otro lado de la válvula pulmonar. En cambio, en el tipo infundibular, el trazado muestra un trecho de ondas intermedias entre las de la arteria pulmonar y el ventrículo derecho. — *Moia.*

ALGUNOS ELEMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA COMUNICACION INTERVENTRICULAR ALTA. J. Espino Vela. "Arch. Inst. de Card. de México", 1952, 22, 269.

Se presentan algunos elementos, fundamentalmente radiológicos, para el diagnóstico de la comunicación interventricular alta, tipo de defecto septal que se comporta en forma distinta a la de tipo Roger clásicamente descrito. Los elementos fueron obtenidos de 10 casos estudiados clínica y radiológicamente y cateterizados por el Departamento de Hemodinámica del I. N. C.

Del análisis de los casos presentados se concluye que este padecimiento ofrece dos variedades en cuanto a su imagen radiológica y en ocasiones desde el punto de vista clínico: la primera de ellas asemeja a la comunicación interauricular y la segunda a la persistencia del canal arterial. Se hace hincapié en la repercusión importante que sobre el corazón tiene esta anomalía y sobre la aparición de cianosis en algunos casos. — *Autor.*

PERFORACION DEL TABIQUE INTERVENTRICULAR. R. Zucker, S. Leibowitz, H. Brodj y R. M. Sussman. "Arch. Int. Med.", 1952, 89, 899.

Recuerdan que, hasta la fecha, hay 75 casos publicados, 28 de los cuales lo fueron con diagnósticos ante mortem. Agregan dos de su propia observación. El primero es raro por la larga sobrevivencia, 4 años y medio después del infarto. El

segundo con diagnóstico en vida se debió a una estenosis arteroesclerosa de una rama poco común, septal, de la coronaria izquierda anterior. Recuerdan que el diagnóstico se basa en la aparición de un soplo sistólico y un "thrill" más intenso en el 3º y 4º espacios intercostales a la izquierda del esternón, en un paciente con un infarto de miocardio reciente. — *Manguel*.

♦

RETUMBO APICAL EN LA PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIAL.

B. L. Fishleder y G. A. Medrano. "Arch. Inst. Nac. Card. de México", 1952, 22, 292.

Se presentan las historias clínicas de cinco casos de persistencia del conducto arterial con evidente agrandamiento del ventrículo izquierdo que presentaron un fenómeno soplante mesodiastólico semejante al retumbo de la estenosis mitral, demostrado fonocardiográficamente. Dicho "retumbo" desapareció después de la ligadura quirúrgica del conducto arterial permeable. Se discute el probable mecanismo de producción de dicho fenómeno acústico, concluyendo que en su génesis intervienen: a) El gran aumento del flujo sanguíneo de retorno de los pulmones a las cavidades izquierdas con la consiguiente aceleración de la vena líquida. b) El agrandamiento del ventrículo izquierdo con la producción de una "estenosis relativa" de la válvula mitral, orgánicamente sana, y, por lo tanto, la formación de torbellinos durante la fase del llenado ventricular. Se llama la atención sobre la importancia que reviste distinguir los retumbos apexianos "funcionales" del retumbo de la estenosis mitral orgánica. — *Autores*.

ESTENOSIS AORTICA ISTMICA, ORIFICIAL Y SUB-AORTICA. J. Sébaoun, A. Diebold y B. Thuillez. "Arch. d. mal du Coeur", 1952, 45, 514.

Un joven de 20 años, fallece bruscamente durante un esfuerzo. La autopsia mostró una coartación ístmica de la aorta, asociada a estenosis subaórtica y estenosis vascular. Existía, además, un pequeño infarto septal. Reifenstein, en 104 casos de coartación refiere la existencia de estenosis sub-aórtica en 2 y de estrechez aórtica calcificada en 11. — *Rosenbaum*.

FORMAS BAJAS, SUB-ISTMICAS, DE COARTACION AORTICA. A PROPOSITO DE TRES OBSERVACIONES. R. Froment, L. Gallavardin y G. Noel. "Arch. d. mal du coeur", 1952, 45, 496.

En tres mujeres jóvenes (22, 32 y 37 años) se demostró la existencia de coartación aórtica baja, por medio del angiocardio u aortograma. El sitio de la coartación estuvo a nivel de la 9ª vértebra dorsal en un caso, en el abdomen en otro y a nivel del diafragma en el tercero. En los tres existió hipertensión en los miembros superiores, con femorales de latidos disminuídos. La circulación colateral (erosiones costales) fué menos importante que en casos habituales de coartación. La coartación abdominal da lugar a circulación colateral a nivel del epigastrio. — *Rosenbaum*.

ESTUDIO FISIOPATOLOGICO POST-OPERATORIO DE LA TRILOGIA DE FALLOT. (Estudio de 9 casos después de la valvulotomía pulmonar). P. Soulié, Fr. Joly, J. Carlotti, J. R. Sicot y G. Voci. "Arch. mal. du coeur", 1952, 45, 385.

Se refieren los resultados de la valvulotomía en 9 casos de trilogía de Fallot, 1 a 9 meses después de la operación. La mejoría de la capacidad funcional fué notoria y constante, a pesar de la persistencia de la cianosis (atenuada). El tamaño cardíaco no se modificó. En 3 casos hubo cambios regresivos de la onda P y en uno de ellos, disminución notoria del voltaje de R y de la negatividad de T en aVF y precordiales derechas. La presión intraventricular derecha disminuyó en todos, pero sólo en forma notoria en aquellos en que fué muy alta (alrededor de 200 mm. de Hg) antes de la operación. La presión intrapulmonar aumentó ligera o francamente, sin pasar los límites normales. El débito pulmonar se normalizó o sobrepasó cifras normales en 3 y persistió ligeramente disminuído en 6 casos. El shunt venoso-arterial no se modificó o disminuyó ligeramente. — *Rosenbaum.*

INDICACIONES Y RESULTADOS DE LAS OPERACIONES DE BLALOCK, POTTS Y BROCK EN 200 CASOS DE ESTENOSIS PULMONAR. J. Bret, "Arch. d. mal du Coeur", 1952, 45, 577.

Se resumen los resultados obtenidos en 200 casos operados por Santy y por Marion. En 150 se trató de tetralogía de Fallot común; en 4 tetralogía de Fallot extrema (con atresia pulmonar y persistencia del conducto arterioso); en 9, falso tronco arterioso (Fallot con atresia pulmonar y circulación arterial brónquica); en 9 atresia tricuspídea; en 10, trilogía de Fallot; en 18, estenosis pulmonar de tipo raro o indeterminado. La anastomosis láterolateral de la aorta descendente y arteria pulmonar izquierda (Potts) es la operación de elección en el Fallot, y falso tronco, cuando el arco aórtico es normal; lo mismo en la atresia tricuspídea, en la que el arco aórtico es siempre izquierdo.

La anastomosis término-lateral o término-terminal de subclavia y pulmonar izquierdas (Blalock) en el Fallot y falso tronco cuando existe persistencia del cuarto arco aórtico derecho. Si toda anastomosis es imposible, debe intentarse una valvulotomía pulmonar o resección infundibular.

La valvulotomía pulmonar y la resección infundibular (Brock) son la única intervención posible en la trilogía de Fallot y estenosis de tipo raro o indeterminado. — *Rosenbaum.*

ATRESIA TRICUSPIDEA, UN NUEVO SIGNO RADIOLOGICO. P. J. D. Snow, "Brit. Heart J.", 1952, 14, 387.

En el corazón normal en oblicua anterior izquierda, hay un latido sincrónico de la parte inferior de los bordes anterior y posterior de la silueta cardíaca, ya que están constituidos por ambos ventrículos. La presencia de latidos de tipo auricular en la parte inferior del borde anterior, en presencia de una rotación adecuada, sería sugestiva de reemplazo del ventrículo derecho por la aurícula

deecha, a ese nivel, como ocurriría en la atresia tricuspídea. Los autores presentan tres casos, con diagnóstico confirmado angiocardiográficamente. — *Chait*.

VENAS PULMONARES DESEMBOCANDO EN LA AURICULA DERECHA.

J. Niesen, B. P. A. A. Hornan, W. E. Marring y F. S. P. Van Buchen. "Arch. d. mal du Coeur", 1952, 45, 636.

Se describen 6 casos de desembocadura de una o más venas pulmonares en la aurícula derecha o vena cava superior. El diagnóstico fué hecho por cateterización de la vena anómala y demostración de una saturación de oxígeno entre 94 y 100 %.

En 3 casos se asoció una tetralogía de Fallot, en 2 una estenosis pulmonar valvular y en 1 una pericarditis constrictiva. — *Rosenbaum*.

LAS ANOMALIAS DEL NACIMIENTO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. UNA OBSERVACION DE CORONARIA IZQUIERDA ANORMAL. Y.

Dagonet. "Arch. du mal du Coeur", 1952, 45, 7.

Un lactante de 10 días, presenta trastornos digestivos (vómitos) y fallece 10 días después, súbitamente, a continuación de una severa crisis de llanto. La radiografía mostró considerable agrandamiento cardíaco y el E.C.G. signos de infarto de miocardio anterolateral. En la autopsia, el corazón pesaba 60 gr. (nl. 25 gr.), la coronaria izquierda nacía de la arteria pulmonar, el endocardio de todas las cavidades estaba muy engrosado, y existía una zona de fibrosis en la cara anterolateral del ventrículo izquierdo.

En una revisión de la literatura, se encuentran 34 casos en lactantes y 10 en adultos. El nacimiento anómalo de la coronaria izquierda es más frecuente en el sexo femenino (21 casos sobre 25). El E.C.G. muestra desviación del eje eléctrico a la izquierda y T negativa en D₁. El caso referido es el primero con derivaciones precordiales. La radiografía muestra agrandamiento ventricular izquierdo. Debe plantearse el diagnóstico diferencial con coartación de aorta, fibroelastosis endocárdica y enfermedad de Von Gierke, que producen también agrandamiento del ventrículo izquierdo. — *Rosenbaum*.

ELECTROCARDIOGRAFIA

EFECTO DE CAMBIOS POSTURALES SOBRE EL QRS PRECORDIAL. E.

Donzelot, J. Laham, Y. Castel y Th. Doliopoulos. "Arch. d. mal du Coeur", 1952, 45, 707.

Se estudió el efecto de modificaciones de la posición corporal sobre el E.C.G. de 30 sujetos con trazado normal, 22 con hipertrofia ventricular izquierda, 10 con hipertrofia de ambos ventrículos, 10 con bloqueo de rama izquierda, 4 con infarto de miocardio, 2 con hipertrofia ventricular derecha y 2 con bloqueo de rama derecha.

En forma inconstante, el decúbito lateral izquierdo produjo desplazamiento de la zona transicional a la izquierda y desviación del ÅQRS a la derecha y el decúbito lateral derecho cambios opuestos, pero de menor grado. — *Rosenbaum*.

ANÁLISIS DE REVISTAS

LA PREPONDERANCIA INTERMITENTE. M. Segers, "Arch. mal. du Coeur", 1952, 45, 800.

En un sujeto con E.C.G. normal, espontáneamente aparecieron complejos típicos de la hipertrofia ventricular izquierda (QRS de mayor altura y anchura, sin cambios en la onda Q que supusieron la posibilidad de bloqueo de rama izquierda, negativización de la onda T). Extrasístoles auriculares dieron lugar a idéntica morfología.

En un segundo caso, los mismos cambios aparecieron durante una prueba de esfuerzo. El autor considera que dichos casos apoyan su hipótesis ya referida, que las curvas habituales de sobrecarga o hipertrofia ventricular no se deben al engrosamiento o hipertrofia parietal, sino a trastornos de conducción intraventricular. — *Rosenbaum.*

EL DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO DE LAS HIPERTROFIAS VENTRICULARES COMBINADAS. A. Pagnoni y J. F. Goodwin, "Brit. Heart J.", 1952, 14, 451.

Los autores describen los signos característicos de hipertrofia de cada uno de los ventrículos, generalmente la hipertrofia de ambos ventrículos suele diagnosticarse por observar una combinación de dichos signos. La hipertrofia ventricular izquierda suele enmascarar los signos de hipertrofia ventricular derecha, pero aún así, en ocasiones, se puede diagnosticar la concomitante hipertrofia ventricular derecha, al encontrar, en presencia de una hipertrofia ventricular izquierda, uno de los siguientes signos: Posición eléctrica vertical, positividad predominante en aVR, S mayor que R en V₅, o T negativa en VI. (Los autores han encontrado que, en presencia de una hipertrofia ventricular izquierda pura, la onda T es siempre positiva en VI). — *Chait.*

LOS CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS ASOCIADOS CON HIPER O HIPOCALCEMIA. N. G. Paul. "Am. J. Med. Sc.", 1952, 224, 413.

El autor describe las modificaciones electrocardiográficas en dos casos de hipercalcemia y 10 de hipocalcemia. En la hipercalcemia, cuando el nivel de calcio alcanza la cifra de 13 mg % (6.5 mEq/L), se acortan el segmento ST y el intervalo QT.

En la hipocalcemia, cuando el calcio sanguíneo disminuye a niveles de 6 mg % (3 mEq/L), aparece prolongación del segmento St con onda T de duración normal y alargamiento consiguiente del intervalo QT. Se discuten diversas otras causas capaces de dar modificaciones semejantes. — *Chait.*

EL SIGNIFICADO DE ONDAS T POSITIVAS, CON MUESCAS. Dressler, W., Roesler, H. y Lackner, H. "Brit. Heart. J.", 1951, 13, 496.

Se encontró ondas T con esta morfología en el 16 % de 1000 electrocardiogramas revisados a este efecto. Se las observó con mucha mayor frecuencia en casos patológicos, especialmente en las derivaciones precordiales. Los autores señalan su frecuente coexistencia con inversiones de la onda T y lo consideran un signo

de insuficiencia coronaria. Señalan la posibilidad de error debido a falsas imágenes de T con muesca por fusión de ondas T y U. — *Chait*.

ARRITMIAS

CONSIDERACIONES SOBRE LA EXTRASISTOLIA VENTRICULAR POLIMORFA. A. Tourniaire, R. Guyot y J. Blum. "Arch. d. mal du Coeur", 1952, 45, 746.

Fueron estudiados 65 sujetos, entre 19 y 83 años, con extrasistolia ventricular frecuente y polimorfa (se excluyeron extrasistolias de dos focos, esporádicas).

Tres casos (4,5 %) correspondieron a cardiopatías en fase terminal; 39 (60 %) a cardiopatías con grave insuficiencia cardíaca y 16 (24,5 %) a cardiopatías bien toleradas o solo ligeramente descompensadas.

Del punto de vista etiológico, estuvieron representados todos los tipos habituales de cardiopatía, salvo el corazón pulmonar. El 70 % había tomado digitálicos en los días previos. — *Rosenbaum*.

LA DERIVACION PRECORDIAL AURICULAR S5 EN EL DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL RITMO AURICULAR. C. Lian, Cassimatis y Herbert. "Arch. d. mal du Coeur", 1952, 45, 481.

Los autores utilizan desde 1936 una derivación torácica bipolar (S5) para el estudio de la actividad auricular. Un electrodo se coloca sobre el manubrio esternal y el otro en el 5º espacio intercostal derecho, sobre el margen esternal. Se conectan a un terminal negativo y positivo, respectivamente.

S5 es más útil que las derivaciones standard y que VI, en el estudio de las diferentes manifestaciones de la actividad auricular, especialmente trastornos del ritmo. — *Rosenbaum*.

VARIACIONES DEL INTERVALO PR EN LA ARRITMIA SINUSAL Y SU POSIBLE RELACION CON EL FENOMENO DE WENCKEBACH. O. F. Ehrentheil, M. M. Alimurung y E. Leads. "American Heart J.", 1952, 43, 228.

A menudo el intervalo PR muestra una relación inversa al intervalo RR en la arritmia sinusal de sujetos con corazón normal. Se pensó atribuir este hecho a un cambio en el marcapaso de origen vagal, o a cambios en la configuración de P que no permiten individualizar bien su punto de origen, o a escapes nodales. Sin embargo, se aceptaría como hipótesis más probable la de un fenómeno de Wenckebach, que existiría en condiciones normales y que se exageraría en los casos patológicos, dando el conocido bloqueo. — *Moia*.

TRES CASOS DE FIBRILACION VENTRICULAR. F. Deyrieux, M. Tartulier y A. Tourniaire. "Arch. d. mal du Coeur", 1952, 45, 840.

En el curso de tratamiento con lanatósico C endovenoso de 3 pacientes,

ANÁLISIS DE REVISTAS

con flutter auricular, se desarrolló una fibrilación ventricular. Uno de los pacientes se recuperó espontáneamente. Los otros dos fallecieron. En estos últimos, el registro electrocardiográfico de la fibrilación ventricular duró 23 y 9 minutos, respectivamente. — *Rosenbaum*.

ESTUDIO HISTOLOGICO DE SIETE CASOS DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA. J. Lenegre, H. Chevalier, y R. Jacquot. "Arch. mal du Coeur", 1951, 44, 481.

Fueron estudiados 7 casos de bloqueo de rama derecha, a saber: Dos bloqueos del llamado "tipo raro" (I de Bayley), uno del mismo tipo, pero intermitente (alternando con hipertrofia ventricular derecha), uno de "tipo Wilson" y tres bloqueos incompletos. El estudio histológico del tabique mostró: en dos casos de tipo raro, interrupción total y extensa de la rama derecha; lo mismo en el caso tipo Wilson; en el caso de bloqueo intermitente, lesiones congestivas no interruptivas de la rama derecha. En los tres casos de bloqueo incompleto, integridad absoluta de la rama derecha, y en todos los casos integridad de la rama izquierda.

Se hace estudio crítico de la bibliografía sobre estudios de este tipo, señalándose como motivo de muchas contradicciones la utilización de una técnica histológica inadecuada, y el diagnóstico electrocardiográfico incierto del tipo de bloqueo cuando no se practicaron derivaciones precordiales. — *Rosenbaum*.

ESTUDIO ESTADISTICO DE LOS BLOQUEOS DE RAMA. F. Taimant G. Carouso, A. Mège y J. Lenègre. "Arch. d. mal du Coeur", 1952, 45, 927.

Fueron estudiados 6132 sujetos, 1745 normales y 4387 con cardiopatías varias. Tuvieron trastornos de conducción intraventricular 941 (15,1 %) sobre los 6132. 117 (6,7 %) de los 1745 normales; 814 (18,7 %) de 4387 cardiopatías; 248 (26,6 por ciento), de 931 cardiop. der.; 479 (15,57 %) de 3075 cardiop. izquierd.; 65 (30,23%) de 215 cardiop. mixtas.

Bloqueo de rama derecha tipo raro: Hubo 4 sobre 6132 E.C.G. (todos con hipertrofia V.D.).

Bloqueo de R. D. tipo Wilson: El 2,24 % de las cardiopatías derechas; 2,14 % de las cardiopatías izquierdas; 0,78 % de los normales; 4,05 % de los coronarias; 3,9 % en arterioesclerosis generales.

Bloqueo incompleto de R. D. tipo I (Relación R o R'/S en VI): 12,45 % en cardiopatías derechas, 0,78 % en cardiopatías izquierdas; 4,65 % en cardiopatías mixtas; 0,22 % en normales.

Bloqueo de R. I.: 1 caso entre 1745 normales; 0,53 % en cardiopatías derechas; 2,85 % en cardiopatías izquierdas; 4,18 % en cardiopatías mixtas.

Bloqueo incompleto de rama izquierda: 0,80 % en normales; 1,28 % en cardiopatías derechas; 6,1 % en cardiopatías izquierdas; 9,76 % en cardiopatías mixtas; 19,7 % en insuficiencias aórticas sifilíticas. — *Rosenbaum*.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

EL USO DE PRUEBAS FARMACOLOGICAS EN EL DIAGNOSTICO DEL FEOCROMOCITOMA. W. H. Anderson, L. S. Rolufs y A. A. Doerner. "Am. Heart J.", 1942, 43, 252.

En un sujeto de 35 años en el que se extirpó quirúrgicamente un feocromocitoma, la prueba de Bensodioxane fué negativa dos veces. La inyección de 0,025 mg. de histamina fué fuertemente positiva, produciendo un ataque mucho más severo que cualquiera de los espontáneos. La prueba del tetraetilamonio fué positiva, mientras que la del mecholil fué negativa. Se sugiere que la prueba del bensodioxane fué negativa, porque en el momento de la inyección no había un exceso de epinefrina circulante. Después de la intervención quirúrgica la prueba de la histamina fué negativa. — *Moia.*

FEOCROMOCITOMA Y ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ESENCIAL. M. Goldenberg, H. Aranow Jr., A. A. Smith y M. Faber. "Arch. of Int. Med.", 1951, 86, 823.

Efectuaron el estudio de 18 pacientes con hipertensión arterial persistente y 4 del tipo paroxístico. En 15 se realizaron análisis químicos. En los dos grupos se hallaron cantidades análogas de arterenol y de epinefrina.

En el primer grupo se observó que si predominaba la epinefrina o existía una gran cantidad de arterenol, el benzodioxane era positivo y frecuentemente se tenía hipermetabolismo e hiperglucemia. Si el tumor era pequeño y contenía casi exclusivamente arterenol, el cuadro imitaba a la perfección el de la hipertensión esencial. La secreción intermitente o continua de sustancias presoras no son necesarias para mantener una hiperpresión iniciada por ellas. Concluyen creyendo que la cuestión de interés es: ¿Que perpetúa la hipertensión después de cesar el estímulo primario? — *M. Manguel.*

LA NEUROHIPOFISIS EN LA HIPERTENSION ARTERIAL NEUROGENA. V. H. Cicardo. "Rev. Argent. Soc. Biología", 1952, 28, 48.

Las reacciones hipertensivas que se producen en el perro espinal por inyección intracisternal de potasio o excitación del cabo central del vago, se suprimen completamente después de la hipofisectomía. La adrenalectomía bilateral y la inyección de simpaticolíticos como la Dibenamina o Dihidroergotamina no impiden el aumento de la presión arterial neurógena, pues no antagonizan la sustancia presora liberada por la hipófisis. Las mencionadas maniobras producen reacción hipertensiva por liberación de adrenalina y noradrenalina y de una sustancia vasopresora hipofisiaria, que contribuye aproximadamente en un tercio a dicha hipertensión. — *Moia.*

LA RESPUESTA DE LA PRESION VENOSA PERIFERICA AL EJERCICIO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, R. E. Albert y L. W. Eichna, "Am. Heart J.", 1952, 43, 395.

Se utilizaron 27 insuficientes cardíacos de grado variado, 12 pacientes con afección pulmonar y 20 sin afección cardíaca ni pulmonar. Se observó que tanto la presión venosa en reposo como después del ejercicio, aumenta con la severidad de la insuficiencia cardíaca. En las insuficiencias cardíacas medianas, mientras que sólo la mitad de los casos mostró presión venosa elevada en reposo, está fué anormalmente alta después del ejercicio en tres cuartos de los pacientes. Por ello, ésta prueba tiene valor para el diagnóstico de las insuficiencias cardíacas medianas. — *Moia*.

ARTERITIS TEMPORAL, SU TRATAMIENTO CON CORTISONA Y ACTH.

A. G. W. Whifield, W. Trevor-Cooke, P. Jameson-Evans y C. Rudd. "Lancet", 1953, I, 408.

Los autores revisan la bibliografía y presentan sus resultados con el empleo de dichas drogas. El tratamiento es sintomático y debe prolongarse hasta que el proceso arribe naturalmente a su fin. — *Chait*.

PROBLEMAS EMOCIONALES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. E. Weiss,

O. S. English, H. K. Fisher, M. Kleinbart y J. Zatuchni. "Ann. Int. Med.", 1952, 37, 677.

Se estudiaron psicoanalíticamente 150 pacientes hipertensos no seleccionados y 50 pacientes asmáticos como control. Se comprobó una alta incidencia de tendencias neuróticas y compulsivas, pero su frecuencia no fué diferente de la del otro grupo control. Los síntomas de los pacientes respondieron favorablemente a la psicoterapia, pero no así la presión arterial. Del estudio cuidadoso de este extenso grupo se concluye que no existen evidencias que el curso de la enfermedad hipertensiva se vea influido por la psicoterapia, aunque ésta sea intensa y prolongada, por lo que sin discutir el factor hipertensivo inicial (que puede inclusive ser de origen emotivo), el proceso es irreversible desde el punto de vista psicoanalítico. — *Malinow*.

ESTUDIO CLINICO DE LA ADRENALECTOMIA BILATERAL TOTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA SEVERA. G. W. Thorn,

J. H. Harrison, J. P. Merrill, M. G. Criscitiello, T. F. Frawley y J. T. Finkelstaedt. "Ann. Int. Med.", 1952, 37, 972.

En 15 pacientes con hipertensión maligna se extirparon totalmente ambas suprarrenales. Seis pacientes mejoraron (observaciones realizadas un año después de la intervención). Algunos pacientes mejoraron aún cuando la hipertensión se mantuvo. Se realizó terapéutica sustitutiva con 25 mg de cortisona diariamente y con 1 a 3 mg de Doca cada 2 a 3 días. — *Malinow*.

EFECTOS DE LA ADRENALECTOMIA SUBTOTAL PURA Y COMBINADA CON SIMPATICECTOMIA, SOBRE LA PRESION ARTERIAL Y LAS COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL SEVERA. C. C. Wolferth, W. A. Jeffers, H. A. Zintel, J. H. Hafkenschiel y A. G. Hills. "Bull. New York Ac. Med.", 1953, 29, 115.

En 56 pacientes se practicó la simpaticectomía abdominal combinada con adrenalectomía subtotal (dejando 10 % de tejido glandular), a lo que se agregó simpaticectomía tóracolumbar cuando la presión diastólica era muy elevada. Se registraron 2 muertes post-operatorias y 12 pacientes murieron poco después. 15 pacientes sobrevivieron de 12 a 16 meses, con buen resultado en 8, moderado en 3 y sin ninguno en 4; 9 pacientes que se encontraban en insuficiencia cardíaca mejoraron notablemente. La presencia de insuficiencia renal fué una contraindicación formal para la operación. — *Malinow.*

ATEROMATOSIS AORTICA, CAROTIDEA Y CORONARIA DE RATAS CON DEFICIENCIA DE COLINA. W. S. Hartcroft, J. H. Ridout, E. A. Sellers y C. H. Best. "Proc. Soc. Exp. Biol. Med.", 1952, 81, 384.

Se mantuvo a ratas de 180 a 200 g. con una dieta insuficiente en colina durante 210 días. Se estudiaron 116 animales. Se encontraron lesiones macroscópicas en 10 aortas y microscópicas en 16; 8 de 41 corazones estudiados tenían lesiones coronarias. Todos los animales mostraban lesiones hepáticas y renales. Los cambios microscópicos (excepto en las coronarias) mostraron necrosis de la media y, además, proliferación endotelial con sobrecarga grasa. — *Malinow.*

PREVENCION DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA Y DE LA ATEROMATOSIS EN AVES ALIMENTADAS CON COLESTEROL, POR LA ADMINISTRACION DE DIHIDROCOLESTEROL. M. D. Sipirstein, C. W. Nicholds, Jr., e I. L. Chaikoff. "Circulation", 1953, 7, 37.

En pollos alimentados con colesterol y dihidrocolesterol se observaron niveles normales de colesterol y ateromatosis semejante a la de grupos controles. — *Malinow.*

EFECTO DEL EJERCICIO SOBRE EL FLUJO CORONARIO, CONSUMO MIOCARDIACO DE OXIGENO Y EFICIENCIA CARDIACA EN EL HOMBRE. T. A. Lombardo, L. Rose, M. Taescher, S. Tuly y R. J. Bing. "Circulation", 1953, 7, 71.

Se cateterizó el seno coronario en 13 pacientes, comparándose los hallazgos en reposo con los registrados después de un ejercicio standardizado. Se comprobó que el flujo coronario aumentó, la extracción de O₂ se mantuvo, el volumen sistólico aumentó paralelamente al consumo de O₂ y la resistencia vascular disminuyó. — *Malinow.*

TRAUMÁTICAS

ANEURISMA ARTERIOVENOSO TRAUMÁTICO ENTRE EL TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO ARTERIAL Y EL ORIGEN DE LA VENA CAVA SUPERIOR, F. Martorell. "Rev. Esp. de Cardiología", 1952, 6, 97.

Se comunica un caso de aneurisma arteriovenoso traumático entre el tronco braquiocefálico arterial y el origen de la vena cava superior. La aparición de signos de insuficiencia cardíaca obligó al tratamiento operatorio. Se practicó pluriligadura, por lo cual fué necesario ligar entre otros vasos, la vena cava superior. Se hacen algunas consideraciones sobre la ligadura de la vena cava superior por encima y por debajo de la ácigos. — *Autor*.

CARDIOPATIA TRAUMÁTICA (HEMOPERICARDIO E INFARTO TRAUMÁTICO DEL MIOCARDIO) EN UN NIÑO DE SIETE AÑOS, E. G. Fongi y R. C. Chaves. "Medicina", 1952, 12, 366.

Quince días después de caer de un camión en marcha, perdiendo transitoriamente el conocimiento, un niño de siete años sufre, al levantarse por la mañana una caída recuperándose rápidamente, pero apareciendo en los días posteriores fiebre, reacción meníngea y grave compromiso del estado general con signos de taponamiento cardíaco. La punción pericárdica permite extraer sangre negruzca, semilacada. Es dado de alta diez días después y sigue 12 días en reposo volviendo a ingresar con insuficiencia cardíaca bien desarrollada, ritmo de galope protodiastólico y ascitis. Los ECG muestran un infarto de la cara anterior y tabique. El enfermo evolucionó clínica y radiológicamente bien, pero las alteraciones electrocardiográficas no se han modificado mayormente, después de varios meses. — *B. Moia*.

RUPTURA TRAUMÁTICA AISLADA DEL TABIQUE INTERVENTRICULAR POR CONTUSION, B. E. Pollock, R. A. Markelz y H. E. Shuey. "Am. Heart J.", 1952, 43, 273.

Un soldado de 21 años, sano, sufre un accidente de automóvil, incrustándose la barra de la dirección en el pecho. Inicialmente presentó disnea, ortopnea y hemóptisis vinculada a injuria de los pulmones, e insuficiencia cardíaca izquierda. Rápidamente aparecieron signos y síntomas de insuficiencia cardíaca derecha con agrandamiento ventricular de dicha cavidad. Existía un intenso soplo sistólico máximo en el borde izquierdo del esternón, en cuarto y quinto espacio intercostales, con frémito sistólico y breve soplo protodiastólico. El ECG mostró inicialmente profunda onda Q con T invertida en D3 y aVF, la que posteriormente se redujo, dando lugar al desarrollo de una curva de hipertrofia ventricular derecha. A pesar del intenso tratamiento cardiotónico, el paciente murió a los 64 días. Había ascitis, hidropericardio e hidrotórax bilateral. El corazón mostraba hipertrofia preponderante del ventrículo derecho.

con área de pericarditis fibrosa adhesiva sobre su cara anterior. Había un gran defecto del tabique de forma triangular sin evidencias histológicas de agresión valvular o de otras partes del corazón. — *B. Moia.*

BLOQUEO INTRAVENTRICULAR TRANSITORIO EN CONTUSION CARDIACA, T. J. Rankin y J. W. Patterson. "Am. Heart J.", 1952, 43, 103.

En un joven de 22 años después de una severa contusión en la región anterior del tórax, el ECG registrado a las 20 horas mostró un bloqueo intraventricular derecho que desapareció en los trazados obtenidos tres días y tres meses después. No hubo cambios significativos en la frecuencia cardíaca. — *B. Moia.*

TERAPEUTICA

UN METODO PARA DISMINUIR LA SENSIBILIDAD A LA PENICILINA, L. Maslansky y M. D. Saner. "Antibiotics & Chemotherapy", 1952, 2, 385.

A 857 pacientes se hicieron 1055 inyecciones de 400.000 u. de penicilina acuosa, con 10 mg. de "Chlor-Trimeton Maleate" (Schering). Sólo un paciente mostró una reacción urticariana ocho días después de la primera inyección. Por lo tanto, la frecuencia de reacciones fué de 0,11%. A otros 11 pacientes se administró 600.000 u. de penicilina acuosa con 20 mg. del antihistamínico. En este grupo se observaron dos reacciones, una de prurito anal y la otra de reacción urticárica que fué rápidamente controlada por la administración del antihistamínico por vía intramuscular y oral con intervalos de 4 horas. — *B. Moia.*

PENICILINA ORAL Y "BENEMIL" COMPARADO CON LA PENICILINA PROCAINA INTRAMUSCULAR, W. P. Boger, A. P. Crosley, S. Carfagno y G. Bayne. "Antibiotics & Chemotherapy", 1952, 2, 555.

Bajo rígidas condiciones de control y dosificando la penicilinemia se observó que la administración de penicilina oral simultáneamente con dosis de alrededor de un gramo de Benemil (P-(di- π -propylsulfamyl)-ácido benzoico), es capaz de retardar la eliminación renal de penicilina de modo que los efectos terapéuticos y la concentración plasmática se asimilan a los de la penicilina procaína por vía intramuscular. — *B. Moia.*

TOXICIDAD DE LA PENICILINA Y AUREOMICINA EN EL COBAYO, C. M. Ambrus, C. N. Sideri, G. C. Johnson y J. W. Harrison. "Antibiotics & Chemotherapy", 1952, 2, 521.

Sa sabe que la penicilina aunque no tóxica para la mayoría de las especies mata al cobayo después de la administración de pocas dosis relativamente bajas. Se ha dado mucha importancia a aquellos fenómenos alérgicos en la producción de estos efectos tóxicos. El Fenegan mostró protección parcial contra este

efecto tóxico de la penicilina en el cobayo. La aureomicina se demostró menos tóxica en el cobayo. — *B. Moia*.

ACROMICINA. UN NUEVO ANTIBIOTICO CON PROPIEDADES TRIPANOCIDICAS, J. N. Porter, R. I. Hewitt, C. W. Hesseltine, G. Krupka, J. A. Lowerly, W. S. Wallace, N. Bohonos y J. H. Williams. "Antibiotics & Chemotherapy", 1952, 2, 409.

Se ha obtenido un nuevo antibiótico extraído de un actinomices, el *Streptomices albo-niger* que tanto por vía oral como parenteral se ha mostrado muy activo no sólo contra ciertas bacterias, sino contra especies de distintos tripanosomas. Las investigaciones con animales son muy promisorias. — *B. Moia*.

ALGUNOS USOS DE LA ACETILCOLINA EN CLINICA, V. T. Cesarman, L. A. Mata y A. Castellanos. "Arch. Inst. Card. de México", 1952, 22, 499.

Los autores estudian el problema general de los métodos de medición de velocidad circulatoria y la aplicación de la acetilcolina para medir un tiempo "brazo-nodo sinusal", el electrocardiograma permite determinarlo en forma objetiva con toda precisión. Concluyen que a pesar de esta ventaja su utilidad es pobre. Consideran, en cambio, de gran utilidad el empleo de la acetilcolina en el tratamiento de las crisis de taquicardia paroxística auricular para lo que sería la droga de elección. — *Chait*.

TAQUICARDIA VENTRICULAR DESPUES DE LA ADMINISTRACION DE QUINIDINA, D. G. Wethetbee, D. Holzman y M. G. Brown. "Am. Heart J.", 1952, 43, 89.

Sobre 65 enfermos con fibrilación auricular tratados con quinidina por vía oral a las dosis habituales, en 6, todos mayores de 55 años, apareció taquicardia ventricular. La inyección endovenosa de hidrocloreuro de procaína, fué eficaz para hacer cesar taquicardias ventriculares de larga duración en dos pacientes. — *B. Moia*.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA QUINIDINICA, T. E. Cesarman y C. Tremari Blann. "Arch. Inst. Card. de México", 1952, 22, 244.

La administración de quinidina con intervalos de doce horas entre cada dosis permite la obtención de un nivel de concentración plasmática uniforme. Con este método se hicieron estudios en cinco perros y diez pacientes con fibrilación auricular y se registraron los resultados obtenidos en cada caso. — *Autores*.

EL PRONESTYL POR VIA INTRAMUSCULAR, S. Bellet, S. Zuman y S. Hirsh. "Am. J. of Med.", 1952, 13, 144.

Los autores relatan su experiencia con el uso de gluconato de pronestyl

o cloruro de pronestyl por vía intramuscular. La absorción por esta vía es satisfactoria, siendo su acción un poco más lenta que por vía endovenosa y más rápida que por vía oral.

Se observa un nivel sanguíneo de la droga apreciable dentro de los 5 minutos de su administración y el nivel máximo se observa entre los 15 minutos y una hora. Los efectos tóxicos son moderados y comparables favorablemente con los obtenidos con la administración oral. No ocurre hipotensión severa, como se observa, a veces, con la vía endovenosa. Por todas estas razones, los autores creen que la vía intramuscular es preferible a la endovenosa, en la administración parenteral de esta droga. — *Del Zar.*

LA CORTISONA ASOCIADA A LA DIGITAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA, J. M. Torre. "Arch. Inst. Card. de México", 1952, 22, 357.

La administración de cortisona y digital a 4 enfermos con insuficiencia cardíaca por endomiocarditis reumática sin manifestaciones de actividad inflamatoria, con objeto de buscar la acción potenciadora de la cortisona sobre la digital, dió los siguientes resultados: 1º) En todos los casos se observó mejoría subjetiva del enfermo al recibir el tratamiento con cortisona. 2º) En los 3 casos en que se registró el peso durante el tratamiento se observó una reducción que varió de 200 g. a 4,500 Kgs. 3º) En un caso la capacidad vital aumentó 400 cc. después del tratamiento. 4) En ningún caso se observó que el tratamiento con cortisona complicara el cuadro de insuficiencia cardíaca y si bien no se obtuvieron los resultados tan evidentes como el trabajo experimental lo hacía esperar, sí se lograron datos que parecen confirmar en clínica su acción potenciadora sobre los efectos digitálicos. — *Autor.*

EL USO DE TUBOS DE POLIETILENO PARA EL DRENAJE MECÁNICO DE LOS EDEMAS EN EXTREMIDADES INFERIORES, J. Saltiel B. y J. Tinoco L. "Arch. Inst. Card. de México", 1952, 22, 346.

Se propone el uso de los tubos de polietileno para el drenaje mecánico de los edemas. Los resultados obtenidos, altamente satisfactorios, hacen pensar que el uso de este material plástico es el de elección para este fin. — *Autores.*

SOBRE EL MECANISMO DE LAS ACCIONES CARDIOVASCULARES DE LA DIGITAL; OBSERVACIONES SOBRE LA INFLUENCIA DEL FLAXEDIL, ATROPINA O VAGOTOMIA, K. I. Melville. "J. Pharm. Exp. Therap.", 1952, 106, 208.

El Flaxedil es un agente sintético curarizante que bloquea completamente los efectos cardiorinhibidores de la estimulación del vago o la inyección de acetilcolina. Difiere de la atropina en que no tiene su acción estimulante central y no bloquea la respuesta hipotensora a la acetilcolina.

Se estudiaron las acciones del Flaxedil, atropina y vagotomía sobre las respuestas cardiovasculares a la ouabaína y la digitoxina, en perros morfinizados anestesiados con pentobarbital sódico y bajo respiración artificial.

Se demostró que después de la inyección de Flaxedil o atropina tanto la

ouabaína como la digitoxina inducen un fuerte efecto reflejo inhibitor sobre el centro vasomotor por vía vagal a partir del corazón. Si bien no se ha determinado con exactitud los receptores y vías del reflejo se sugiere que podría tratarse de una manifestación más del efecto de Bezold. — *Chait*.

EL METABOLISMO DE LA DIBENAMINA Y UN METODO PARA SU VALORACION EN LOS TEJIDOS, J. Axelrod, L. Aronow y B. B. Brodie. "J. Pharm. Exp. Therap.", 1952, 106, 166.

Se describen métodos para el dosaje de dibenammina y de uno de sus metabolitos, dibenzilamina en los líquidos y tejidos biológicos.

Se estudian en el perro los factores vinculados al metabolismo de esta droga después de su inyección intravenosa. Parte de la misma es rápidamente metabolizada y parte se localiza en la grasa donde es muy estable y de donde difunde lentamente a la sangre. Hay una relación íntima entre la actividad anti-adrenérgica y la concentración de la droga en la grasa. Casi toda la droga se transforma en dibenzilamina la que a su vez es conjugada en parte probablemente por acetilación. Estas observaciones sugieren que la hipótesis de que la dibenammina actúa irreversiblemente sobre un receptor celular a través del ión etilenamnio puede requerir una modificación. — *Chait*.

EL DESTINO DE LA BENZAZOLINA (PRISCOL) EN EL PERRRO Y EL HOMBRE Y UN METODO PARA SU DOSAJE EN MATERIALES BIOLÓGICOS, B. B. Brodie, L. Aronow y J. Axelrod. "J. Pharm. Exp. Therap.", 1952, 106, 200.

Se describe un método para el dosaje del Priscol en los líquidos y tejidos biológicos.

El Priscol administrado al hombre o al perro tiene una vida biológica de alrededor de dos horas siendo excretado sin sufrir mayores transformaciones. La excreción es por vía renal interviniendo un mecanismo de transporte tubular además de la filtración glomerular. En contraste con la Dibenammina el Priscol no se localiza en el tejido adiposo. — *Chait*.

EFFECTO DEL CLORURO DE HEXAMETONIO SOBRE LA HEMODINAMICA CARDIOVASCULAR Y RENAL Y SOBRE LA EXCRECION DE ELECTROLITOS, J. H. Moyer, R. A. Huggins, C. A. Handley y L. C. Mills. "J. of Pharm. and Exp. Therap.", 1952, 106, 157.

Se estudiaron 28 perros, anestesiados unos con pentobarbital y otros con cloralosa. Los estudios de gasto cardíaco (Método de Hamilton y Remington), revelaron un aumento inicial en todos los animales aún en ausencia de aumento de la frecuencia cardíaca. Esto es probablemente debido a una estimulación refleja de los centros simpáticos secundaria a la hipotensión, o a un efecto estimulante directo de la droga sobre los ganglios simpáticos. La presión arterial disminuyó en todos los animales menos uno. Esta hipotensión sería inicialmente debida a una disminución en la resistencia vascular periférica no

compensada por el incremento inicial del débito cardíaco. Después de 30 minutos la resistencia vascular periférica había retornado a valores ligeramente por debajo de los de control, pero el débito cardíaco también había decrecido a valores inferiores a los de control en algunos animales por lo que el efecto hipotensor se mantenía. La resistencia vascular renal (RVR), disminuyó paralelamente a los cambios de la presión arterial media, aunque en algunos casos no compensó las marcadas disminuciones de la presión arterial media apareciendo una ligera disminución del flujo sanguíneo renal. Esto contrasta con los resultados obtenidos con l-hidrazinophthalazina en animales no anestesiados en los que se obtuvo un marcado aumento en el flujo sanguíneo renal sin cambios en la filtración glomerular. Parecería que al provocarse hipotensión por el hexametonio se prevendría la vasoconstricción renal de origen simpático. El hecho de que la acción hipotensora del hexametonio en casos de exceso de dosis puede ser rápidamente combatida por la administración de noradrenalina es una neta ventaja sobre los agentes de bloqueo adrenérgico periférico cuando se lo emplea en el tratamiento de la hipertensión humana. — *Chait*.

EL EFECTO DE LA TEOFILINA CON ETILENDIAMINA (AMINOFILINA) Y DE LA CAFEINA SOBRE LA HEMODINAMICA CEREBRAL Y RENAL Y LA PRESION DEL LIQUIDO CEREBROESPINAL EN PACIENTES CON ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA, J. H. Moyer, A. B. Tashnek, S. I. Miller, H. Snyder y R. O. Bowman. "Am. J. Med. Sc.", 1952, 224, 377.

La aminofilina y la cafeína inyectadas por vía intravenosa causan un pronto alivio de la cefalea asociada al estado hipertensivo. La aminofilina es el agente más efectivo en ese sentido. Los datos del estudio hemodinámico sugieren que dichas drogas disminuyen la distensión vascular arterial y post-arteriolar de los vasos cerebrales y alivian de este modo la cefalea. Tanto la aminofilina como la cafeína causan un aumento en la resistencia vascular cerebral con disminución del flujo sanguíneo cerebral seguida de una disminución de la presión del líquido céfalorraquídeo. Por lo tanto, la aminofilina sería un agente efectivo para disminuir agudamente la presión del líquido céfalorraquídeo en los hipertensos. — *Chait*.

NUEVO METODO PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL, E. J. Isasi. "Sístole", 1950, 1, 5.

El estudio de varios enfermos jóvenes portadores de fístulas arteriovenosas de origen traumático y la revisión de la bibliografía sobre el tema, ponen de manifiesto ciertos hechos muy sugestivos. Las fístulas arteriovenosas provocan un descenso de las cifras tensionales y principalmente de la presión diastólica. Estas alteraciones de la dinámica circulatoria son compatibles con una actividad normal y mismo intensiva cuando se produce en sujetos sanos. El estudio de la compatibilidad y tolerancia en el tiempo, de portadores de fístulas arteriovenosas, revela que hay sujetos que las han soportado durante cinco, diez, veinte y más años. El estudio de la presión venosa en territorios alejados del lugar de la lesión, revela su elevación en todos los casos y por lo tanto la repercusión que la nueva

situación tenía sobre las cavidades derechas del corazón. El estudio radiológico revela aumento de todos los diámetros cardíacos y principalmente de las cavidades derechas del corazón. El autor describe un nuevo signo fluoroscópico que encontró presente en todos los casos de aneurisma arteriovenoso y que consiste en la marcada pulsatilidad del arco inferior derecho de la silueta cardíaca. El aporte de sangre arterial por debajo del lugar de la fístula parece ser suficiente para mantener en buenas condiciones de irrigación el segmento distal del miembro.

Como consecuencia de sus observaciones el autor vislumbra un nuevo procedimiento para el tratamiento quirúrgico de la hipertensión arterial. Ejecuta fístulas arteriovenosas en catorce perros y observa los mismos hechos que en las fístulas humanas de origen traumático.

La realización quirúrgica de fístulas arteriovenosas en humanos las ejecutan en el tercio medio del muslo, con anestesia local. Se ha establecido que es un tipo de operación reversible y que puede ser corregida en cualquier momento que las circunstancias lo impongan. Al establecerse la fístula se producen notables caídas tensionales para los valores sistólicos como para los diastólicos y principalmente para estos últimos. Posteriormente las cifras se elevan hasta encontrar una situación de equilibrio con valores muy por debajo de los iniciales. Las curvas electrocardiográficas de sobrecarga ventricular izquierda se van corrigiendo paulatinamente hasta llegar a adquirir una configuración normal. La radiología revela modificaciones en la silueta cardíaca, concordantes con las alteraciones que se provoca en la dinámica circulatoria.

Se estudian los fenómenos producidos "in situ" y la repercusión a distancia que provoca la nueva situación fisiopatológica. La intolerancia de esa situación puede llevar a la insuficiencia cardíaca preponderantemente derecha. Para corregir algunos de los efectos producidos por la arterialización del circuito venoso y la plétora, el autor concibe ligar la vena ilíaca por encima de las venas anastomóticas de la raíz del muslo. Con este tiempo complementario queda constituido un "embalse amortiguador" que cuenta con un "desagüe" satisfactorio. — *Autores.*