

secutivas, notándose en dicha maniobra la fractura valvular. Reexplorado seguidamente el thrill aórtico, éste se muestra bastante menos rudo y de carácter grave. Seguidamente se sutura músculo miocárdico, dándose por terminada la intervención.

Estudio histopatológico.—Pulmón: Estructura conservada. Parénquima fibroso, con muchos alvéolos tapizados por una fina capa de conectivo y a veces fibroblastos. Abundantes siderófagos. Hemorragias recientes (operatorias).

Orejuela. Endocardio grueso y miocardio afecto en distintas zonas (vacuolización de las fibras y anisocitosis nuclear).

13-X-56. Operado hace tres meses, el enfermo ha mejorado mucho de su sintomatología, aquejando en la actualidad una ligera disnea de esfuerzo solamente. A la exploración, el soplo sistólico de carácter rudo, que antes tenía en el foco aórtico, ha disminuido mucho de intensidad. La auscultación en punta, conserva, aunque con menos intensidad, la inicial P. A. 13/9. Pulso ritmico.

Las figuras 20 y 21 presentan el estudio fonocardiográfico postoperatorio y son suficientemente elocuentes para no necesitar ningún comentario.

Como resumen de estas dos historias clínicas cabe llamar la atención sobre la buena tolerancia en ambos casos de la vía transventricular, realizada de acuerdo con las normas que hemos señalado. Es sorprendente que en el segundo caso se toleraron mejor las maniobras transventriculares que las intraauriculares.

Ambos casos confirman el hecho de que se puede obtener un magnífico resultado funcional y solución del problema hemodinámico, con persistencia de las manifestaciones estetooacústicas, si bien atenuadas; ello comprueba las nociones hemodinámicas que exponíamos anteriormente.

RESUMEN

El autor comunica un caso de estenosis aórtica pura y otro de doble lesión estenótica mitral y aórtica, que han sido tratados quirúrgicamente.

Analiza los métodos operatorios probados de que se dispone en la actualidad, y llega a la conclusión de que las estenosis aórticas congénitas y las adquiridas no calcificadas, deben ser intervenidas a cielo abierto y bajo hipotermia. En las calcificadas deben emplearse los métodos cerrados. Después de un detenido análisis de las vías transventriculares y transaórticas, señala su preferencia por la vía transventricular, si se tiene en cuenta una serie de detalles técnicos que describe.

BIBLIOGRAFIA

1. TUFFIER.—Citado por SWAN.
2. SMITHY.—Citado por BAILEY. Datos obtenidos personalmente en Boston.
3. BAILEY, CH. P.—"Surgery of the heart". Lea Febiger Philadelphia, 1955.
4. BAILEY, CH. P.—"Henry Ford Hospital International Symposium, cardiovascular surgery" (edited by C. R. Lam). Saunders, Philadelphia, 1955.
5. BROCK, R. C.—Observación personal, 1956.
6. SWAN, M.—Annals of Surgery, 144, 205, 1956.
7. GRANT, J. B.—"A method of anatomy". The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1944.
8. BAGGENSTOSS, A. M.—En "Pathology of the heart", edited by S. E. Gould, Ch. C. Thomas, Publisher, Springfield, 1953.
9. KARSNER, H. T. y KOLETSKY, S.—"Calcific disease of the aortic valve". Lippincott, Philadelphia, 1947.
10. McMILLAN, I. K. R.—"Henry Ford Hosp. Int. Symp."
11. FRIEDBERG, CH. K.—"Diseases of the heart", Saunders, Philadelphia, 1949.
12. WIGGERS, C. J.—"Physiology in health and disease" Henry Kimpton, London, 1949.
13. WIGGERS, C. J.—"Circulatory dynamics". Modern medical Monographs - Grune Stratton - New York, 1952.
14. HARKEN, D. E.—"Henry Ford Hosp. Int. Symp."
15. BARRET, N. R.—British Medical Bulletin, XI, 213, 1955.

NOTA: Despues de escrito este trabajo ha llegado a nuestras manos un trabajo de LEWIS y cols. sobre la operación de la estenosis aórtica a cielo abierto, que no modifica esencialmente lo descrito al hablar de las técnicas de BROCK y SWAN.

Las radiografías que acompañan al presente trabajo han sido realizadas por los Dres. LARA, MASUJÁN y ALONSO CANALEJAS. Los fonocardiogramas, por el Dr. MARTÍN PÉREZ. A todos agradecemos su colaboración.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Prednisona en la fiebre hemoglobinúrica.—TROWELL y VAIZEY (*Lancet*, 2, 1.281, 1956) han tratado cinco casos consecutivos de fiebre hemoglobinúrica con prednisona en dosis que oscilaron entre 20 y 40 miligramos diarios. La respuesta fué rápida y satisfactoria en todos ellos y tan impresionante, que obliga a pensar que la droga tiene un efecto favorable sobre el proceso hemolítico, por lo que recomiendan el empleo de prednisona en el tratamiento de todos los casos de fiebre hemoglobinúrica.

Administración oral de penicilina.—HENRY y colaboradores (*Brit. Med. J.*, 1, 17, 1957) han determinado en seis sujetos las cifras de penicilina en el suero y la eliminación urinaria utilizando dos preparados intramusculares de penicilina (penicilina cristalina G y procaína penicilina) y otros dos pre-

parados por vía oral (fenoximetil penicilina y penicilina benzatina). Los resultados obtenidos indican claramente que la penicilina por vía oral no constituye un sustituto adecuado para la terapéutica parenteral cuando se requieren cifras altas y permanentes y uniformes en sangre; cuando está indicada la terapéutica oral, la fenoximetil penicilina (distaqaine V) proporciona cifras adecuadas y seguras en sangre, y, en cambio, la penicilina benzatina (pendidural) proporciona resultados desfavorables en adultos y quizá sea de mayor valor en los niños.

Combinación de TEM y radioterapia en el retinoblastoma.—HYMAN y REESE (*J. Amer. Med. Ass.*, 162, 1.368, 1956) han realizado en 50 niños, con retinoblastoma, un ensayo terapéutico combinando la acción de la radioterapia con el TEM. Administran

2.400 r. y el TEM lo dan por vía oral, ulteriormente por vía intramuscular e incluso por instilación en la carótida interna. Se detuvo el crecimiento del tumor conservándose la visión, a juzgar por las observaciones, al cabo de por lo menos seis meses, en 12 de los 33 niños a los que se administró la droga por vía oral; esto mismo ocurrió en 7 de 8 niños en los que se dió por vía intramuscular, y de los tratados por vía intracarotidea, casos desesperados, el efecto antes citado se presentó en 2 de los 9 casos así tratados.

Tratamiento de la intoxicación por tetraetilplomo. BOYD y cols. (*Lancet*, 1, 181, 1957) han tratado con éxito cuatro casos de intoxicación con tetraetilplomo por medio de la administración de versenato cálcico y sódico. La eliminación urinaria de plomo en los tres casos en que se hizo este estudio demostró que se hacía 7 veces mayor cuando el versenato se administraba por vía intravenosa, pero, en cambio, no se afectó cuando esta droga se administraba por vía oral o por medio de la penicillamina. El cuarto enfermo, que se hallaba en situación mucho más grave y que presentaba un cuadro maníaco y con alu-

cinaciones, respondió teatralmente a la terapéutica con electroshock.

Prednisona y cloropromazina de la corea minor. LANZA y MORBIDELLI (*Minerva Pediat.*, 8, 1.131, 1956) han tratado 10 enfermos de corea minor con prednisona o con prednisona combinada con cloropromazina. La dosis inicial de prednisona fué de 1,5-2 mg. al día por kilo de peso durante dos a tres días, siguiendo con una dosis de mantenimiento de 0,5-1,5 mg. al día por kilo de peso, continuada durante por lo menos quince días. En otros enfermos se administró prednisona combinada con cloropromazina, dando 2 mg. de la combinación por kilo de peso y día. En los enfermos del primer grupo, esto es, tratados sólo con prednisona y que correspondían a una etiología reumática, la remisión de los síntomas se presentó en un espacio relativamente corto de tiempo. En los cinco enfermos del segundo grupo se produjo una marcada mejoría en los tres enfermos con etiología reumática, y los dos restantes, cuya etiología no se llegó a conocer, exigieron mayor tiempo para la recuperación, ya que en uno desaparecieron los síntomas a los doce días y el otro exigió un mes.

EDITORIALES

PUEDE SER BENEFICIOSA LA FIBRILACION AURICULAR EN LA ESTENOSIS MITRAL?

De todos es conocido el hecho clínico de la aparición de fenómenos asistólicos tras la instauración de una fibrilación auricular y cómo se produce la mejoría al transformar esta arritmia en un ritmo sinusal. Pero en ocasiones la reaparición del ritmo sinusal se acompaña de un empeoramiento general del sujeto, lo que puede explicarse como consecuencia de la producción de embolias o de efectos tóxicos de la quinidina, pero hay un cierto porcentaje de casos en que la explicación no resulta clara.

Recientemente, WILD y JANUARY describen un caso de estenosis mitral pura con fibrilación, en el cual se logró hacer desaparecer este trastorno mediante el tratamiento con quinidina, pero poco después aparecieron súbitamente los síntomas correspondientes a la insuficiencia cardíaca congestiva. Son varias las explicaciones de la presentación de la insuficiencia cardíaca congestiva poco después de la reaparición del ritmo sinusal normal. Es evidente que éste puede deberse a una acción tóxica de la quinidina; pero, sin embargo, como ocurrió en este caso, después de haberse realizado una valvuloplastia mitral se intentó hacer desaparecer la fibrilación con dosis altas de quinidina, sin que se apreciara ningún efecto pernicioso sobre el corazón. Para FERRER, la quinidina tiene una acción directa estimulante sobre el miocardio, y si esto ocurre en algunos enfermos con estenosis mitral, el volumen minuto del ventrículo derecho puede aumentar hasta el punto que al enfrentarse con la obstrucción consiguiente a la válvula mitral impermeable aumentaría la congestión pulmonar; no obstante, si esta explicación fuera correcta, la insuficiencia cardíaca congestiva debería producirse más precozmente, lo más verosímilmente antes de la reaparición del ritmo sinusal normal.

RABINOWITZ y cols. han puesto de manifiesto los posibles efectos clínicos beneficiosos de la fibrilación auricular en la estenosis mitral de la manera siguiente: a) La digital puede, efectivamente, lenticular una taquicardia con fibrilación, pero es relativamente ineficaz sobre el ritmo sinusal. b) El volumen minuto en la fibrilación auricular es generalmente inferior a lo que ocurre en circunstancias de ritmo sinusal normal; como los síntomas respiratorios de la estenosis mitral derivan de una elevación de la presión capilar pulmonar, y como la elevación del volumen minuto cardiaco necesita una elevación de las presiones en la aurícula izquierda y capilar pulmonar, la reducción del volumen minuto cardiaco desciende las presiones pulmonares y, por lo tanto, reduce la formación de edema pulmonar. c) A un ritmo dado del pulso, el sístole es más corto y la diástole más larga en la fibrilación auricular que en el ritmo sinusal, y como la sangre fluye a través de la válvula mitral solamente durante la diástole, la fibrilación puede permitir el paso de cantidades considerables de sangre a una determinada presión o un descenso hasta incluso de 20 mm. Hg. de presión en los capilares pulmonares para un flujo sanguíneo dado.

Hay que llegar, pues, a la conclusión de que si bien en la mayoría de los casos la presentación de la fibrilación auricular supone el desarrollo de una insuficiencia cardíaca congestiva, y, por lo tanto, la misión del clínico es la de transformar la fibrilación en un ritmo sinusal normal, teniendo siempre la precaución de tonificar previamente el miocardio, en otras ocasiones, con un menor porcentaje, la fibrilación auricular supone un mecanismo de compensación en el flujo sanguíneo, en el círculo menor y en el paso a través de la válvula estenosada, y es en estos casos en donde la desaparición de la fibrilación y conversión en un ritmo sinusal normal puede suponer la presentación de una insuficiencia cardíaca congestiva.