

# RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

## LA CIRUGIA DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON

J. P. R. DE LEDESMA.

Cirujano del Hospital Provincial de Cáceres y del Patronato Nacional Antituberculoso.

Sólo es mi intención repasar algunos de sus aspectos, principalmente aquellos que por escasez de literatura, o por no estar desarrollados en España, ofrezcan un especial interés informativo. Debe considerarse este escrito como un programa de orientación para aquellos futuros especialistas que se interesen por informarse de esta cuestión. Sólo ha de traducir la impresión recibida en mi visita a centros científicos americanos donde se cultiva la cirugía del corazón y vasos del pedículo. Todo lo que yo pueda decir carece de originalidad personal. Proviene de conversaciones con personas experimentadas, de la asistencia a conferencias y sesiones de quirófanos, de las lecturas que pude hacer, en mi viaje de tres meses, y además las que recogí anteriormente en el año 1947 en otro viaje de cinco meses. El resultado de este primer viaje fué sucintamente expresado en una publicación de la revista *Medicina*, que según creo fué, o la primera, o una de las primeras versiones de conjunto publicadas en España.

Ofrezco una relación de recientes publicaciones americanas para los que deseen y puedan iniciarse en la bibliografía pertinente.

Sólo he de referirme a las anomalías congénitas del corazón y grandes vasos y al tratamiento de la estenosis mitral.

*Principales anomalías congénitas.* — Aun cuando el mayor interés por estos procesos ha nacido cuando la Cirugía ha comenzado a intervenir en la corrección de algunos de ellos, su conocimiento es anterior al período de unos veinte años, en que tal Cirugía comienza a desarrollarse.

Los tipos más frecuentes son:

1.º Corazón bilocular, primero publicado por HUNTER en 1784. Descubrió una anomalía consistente en atrepsia de la pulmonar y falta de formación en el tabique intraventricular.

Hay una sola aurícula, o atrio común, en el que desemboca la vena cava superior y la inferior así como las venas pulmonares.

Existe un solo ventrículo, una sola válvula atrio-ventricular y un solo tronco arterial, la aorta, que sale del ventrículo común. La arteria pulmonar es atrépsica y está detrás de la aorta. La persistencia del conducto arterioso garantiza la circulación pulmonar.

La sangre pasa desde la aorta a la pulmonar a través del conducto arterioso. Esta anomalía es de ordinario poco compatible con la supervivencia del enfermo.

2.º Corazón bilocular o tricameral biátrico. Parece que esta anomalía fué primero descrita por PEACOCK en la primera mitad del siglo pasado.

En este tipo de anomalía existen dos atrios y un solo ventrículo. Se ve en el diagrama adjunto una aurícula derecha que recibe sangre de la vena cava superior y de la inferior. Un orificio con válvulas, equivalentes a la tricúspide, la comunica con el ventrículo común. En el lado izquierdo la aurícula izquierda, que recibe las venas pulmonares y por el orificio mitral comunica asimismo con el ventrículo común.

La arteria aorta y la pulmonar emergen ambas del ventrículo común. Suele haber dextrocardia y transposición de aorta y pulmonar, o sea que la aorta nace delante que la pulmonar. Este corazón difiere poco del anterior en el sentido funcional, porque la sangre mezclada tiene igual composición en la circulación pulmonar y en la somática.

3.º Atrepsia del orificio de la tricúspide. Es un corazón bicameral en el sentido funcional.

La aurícula derecha comunica con la izquierda por el agujero de Botal, pero no comunica con el ventrículo del mismo lado. El ventrículo izquierdo es grande y recibe toda la sangre de las aurículas desde la izquierda, que recoge la de la derecha por el agujero de Botal.

La cámara ventricular izquierda es pequeña y comunicante con la derecha por defecto de formación del tabique interauricular. La arteria pulmonar es más excéntrica que la aorta. Así es que prácticamente para los efectos funcionales sólo hay una aurícula (ambas comunes) y un ventrículo (ambos comunes). Es, pues, un corazón funcionalmente bicameral. No persiste el conducto arterioso. Este defecto muy aproximadamente fué descrito primero por WILLIAM HARVEY en su famoso libro *Exercitatio anatómica de motu cordis et sanguinis in anomalibus*.

4.º Atrepsia del orificio de la mitral.—Descrito primero por SENAC. En este defecto no existe comunicación entre la aurícula izquierda y ventrículo. Se conserva el agujero de Botal. El ventrículo izquierdo, pequeño, y comunicado con el derecho por un orificio del tabique interauricular en su parte alta. La aorta, situada en la parte anterior izquierda, es más estrecha que la pulmonar. No es permeable el conducto arterioso.

5.º Conducto atrio-ventricular común.—Fué

descrita esta anomalía por PAINE MALL. Entre atrio y ventrículo hay una sola válvula bicúspida. Hay defecto interventricular.

6.º Defecto del septo interauricular.—Descrito por HOPE. Este defecto consiste especialmente en la persistencia de un amplio agujero de Botal. Puede decirse que no hay tabique entre las aurículas.

7.º Defecto septal ventricular.—Descrito por ROGER. El defecto puede radicar en la parte muscular del tabique o en su porción alta membranosa.

8.º Complejo Eisenmenger.—Descrito por este autor en 1897. Consiste en la persistencia de un orificio interventricular en la porción alta membranosa del tabique ventricular con dextroposición aórtica, de modo que esta arteria recoge casi directamente la sangre de ambos ventrículos. No existe estrechez del orificio de la pulmonar, en lo que se diferencia de la tetralogía de FALLOT.

9.º Tetralogía de FALLOT.—Antes que FALLOT, este defecto fué descrito por SANDIFORT en 1742, o sea cien años antes. Consta de defecto interventricular, dextroposición aórtica y estenosis de la arteria pulmonar. En esto se diferencia del complejo Eisenmenger. El grado de estrechez del orificio de la pulmonar puede ser muy pronunciado o por el contrario poseer un calibre relativamente grande. La región del infundíbulo pulmonar es lo que los autores americanos designan con el nombre de tercer ventrículo.

10. Transposición completa de los grandes vasos.—Fué descrita por ROKITANSKY. La aorta nace del ventrículo derecho y la arteria pulmonar del izquierdo.

11. Tronco arterioso persistente.—Descrito por KEITH. Este defecto consiste en que del ventrículo emerge un solo vaso que después se ramifica en aorta y pulmonar. Hay defecto del tabique ventricular en su porción alta o membranosa.

12. Conducto arterioso persistente.—La persistencia de este conducto es un acontecimiento frecuente. El soplo continuo con refuerzo sistólico se conoce como murmullo de Gibson.

13. Atrepsia del orificio aórtico.—La presentación de este defecto se acompaña de foramen oval y conducto arterioso persistente. Hay ensanchamiento de la pulmonar.

14. Aorta anómala.—Consistente en que el arco aórtico se dirige a la derecha en vez de a la izquierda. Es la verdadera dextroposición.

15. Coartación aórtica.—Puede ocurrir entre la emergencia de la carótida común y la subclavia o después de nacer esta arteria. Puede coincidir o no con conducto arterioso patente. Puede la coartación ser de escasa longitud o comprender gran extensión de la arteria.

Datos generales para el diagnóstico de las enfermedades cardíacas congénitas.

1.º Historia.—El niño se fatiga con facilidad, tiene un desarrollo somático inferior a la

edad que le corresponde y presenta fenómenos asmáticos o crisis convulsivas.

## 2.º Examen físico:

a) Cianosis a veces intensa o generalizada. Se observa preferentemente en los labios, la lengua, las uñas.

b) Dedos en palillos de tambor.

c) Murmullo continuo con o sin refuerzo sistólico.

d) Trill.

e) Presión sanguínea elevada. Cuando se observa esto en un niño debe sospecharse enfermedad cardíaca congénita.

3.º Examen Roentgen.—Alteraciones de la sombra cardíaca de acuerdo con las modificaciones correspondientes a cada caso. Prueba radiográfica con contraste con Diodrast.

4.º Alteraciones del electrocardiograma.

5.º Examen de sangre (policitemia y disminución de oxígeno en las muestras de sangre).

6.º Cateterización.

7.º Prueba del ejercicio.

No he de detenerme en repasar toda esta sintomatología porque excedería los límites de tiempo de este escrito. Sólo quiero hacer referencia a la determinación del Flow en el sistema aórtico, el pulmonar y el capilar pulmonar, y al diagnóstico de los principales tipos de enfermedades cardíacas con las pruebas de cateterismo.

*Fórmulas para calcular el Flow por el sistema aórtico, por el sistema pulmonar y por las comunicaciones entre ambos sistemas (Shunts).*

Se utilizan los siguientes símbolos:

$O_2$  = c. c. de oxígeno consumido por la sangre por minuto.

$Q_s$  Flow de sangre del sistema aórtico.

$Q_{ap}$  Flow de sangre de arteria pulmonar.

El Flow se refiere al volumen de sangre por minuto expresado en litros.

$CaO$  Concentración de O en sistema aórtico.

$Cvd$  Idem en ventrículo derecho.

$Cad$  Idem en aurícula derecha.

$Cvp$  Idem en vena pulmonar.

$Cvc$  Idem en vena cava.

$Ca_i$  Concentración aurícula izquierda.

Estimación del Flow sanguíneo en el sistema somático:

$$Q_s = \frac{O_2}{CaO - Cad \text{ o } Cvc}$$

Estimación del Flow en sistema pulmonar.

Existen dos casos:

1.º En unos el Flow en arteria pulmonar ( $Q_{ap}$ ) = Flow en sistema capilar ( $Q_{cp}$ ) pulmonar. Esto es, casos en que no hay conducto arterioso u otra comunicación. Entonces la fórmula es:

$$Q_{ap} = \frac{Q_2}{Ca_i \text{ Cap}}$$

2.º En otros casos es distinto el Flow en arteria pulmonar y en sus sistema capilar, o sea,



que después de nacer la arteria pulmonar ésta recibe aporte sanguíneo (conducto arterioso). Entonces no puede medirse exactamente. Pero puede estimarse que se halla entre los dos límites siguientes: Uno, que es la fórmula anterior, en el que toda la sangre capilar pulmonar está suplida por la arteria pulmonar, y otro, que es

$$\frac{O_2}{C_{ai} - C_{ao}}$$

para cuando toda la sangre de los capilares pulmonares se hace por el sistema aórtico, esto es, todo el pulmón se nutre por un conducto arterioso, pero la arteria pulmonar es totalmente impermeable. Los valores intermedios entre estos dos límites se aproximarán uno a otro según la participación preferente de uno a otro sistema en la irrigación de los capilares pulmonares.

Estimación del Flow en las comunicaciones anormales:

1.º La concentración de O en aurícula derecha es mayor que en las cavas. En estos casos hay que admitir que la aurícula derecha recibe sangre arterializada, o sea, que hay agujero de Botal o que hay paso de sangre de venas pulmonares a aurícula derecha o que hay comunicación intraventricular con insuficiencia tricúspide. La fórmula usada para calcular el Shunt es:

$Y_1$  Paso de sangre de venas pulmonares o de aurícula a la derecha.

$$Y_1 = Qs \frac{C_{ad} - C_{vc}}{C_{ai} - C_{ad}}$$

2.º Concentración en ventrículo derecho ( $C_{vd}$ ) es mayor que concentración en aurícula derecha ( $C_{ad}$ ). Entonces se supone la existencia de defecto del tabique ventricular, lo que permite entrar en el ventrículo derecho sangre arterializada procedente de las cavidades izquierdas.

La fórmula para calcular el Flow del Shunt es:

$$Y_2 = \frac{C_{vd} - C_{ad}}{C_{vi} - C_{vd}}$$

3.º Concentración de O en arteria pulmonar ( $C_{ap}$ ) es mayor que concentración en ventrículo derecho ( $C_{vd}$ ). En este caso la arteria pulmonar recibe sangre arterializada de la aorta, o sea, que hay conducto arterioso patente.

La fórmula usada para este Shunt es:

$$Y_3 = Qs \frac{C_{ap} - C_{ad}}{C_{ao} - C_{ap}}$$

Estos son los casos más corrientes que hay que determinar del Flow de los sistemas somáticos pulmonar o de los Shunt.

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

*Coartación de aorta.*—La resección de la parte estenosada seguida de sutura de sus dos cabos fué ejecutada primero por CRAFOORD, en Estocolmo, y casi al mismo tiempo por GROSS, en Boston.

Pero hay muchos casos en que la parte estrechada de la arteria ocupa demasiada extensión para que después de extirpada sea posible aproximar los bordes para conseguir la sutura de los mismos. Para tales casos, BLALOCK ha ideado seccionar la arteria subclavia en una longitud semejante a la del trozo de aorta reseca. El extremo proximal de la arteria subclavia seccionada lo hace descender hasta ponerla en contacto con el cabo distal de la aorta con el cual le anastomosa. Así el trozo estrechado de la aorta queda sustituido por el trozo proximal de la arteria subclavia, basculado en dirección descendente. BLALOCK aprovecha la circunstancia de que la arteria subclavia de estos enfermos se halla sumamente dilatada, alcanzando un calibre aproximadamente igual al de la aorta. Si el calibre de la subclavia no es suficiente la secciona en bisel, con lo que la circunferencia de su sección resulta igual al del cabo aórtico distal. En estos enfermos la zona coartada de la aorta comienza exactamente inmediatamente después de la emisión de la subclavia. Además de la sutura aórtico-subclavia, esta operación comprende la ligadura del cabo periférico de la subclavia seccionada y de la aorta al iniciarse la estrechez. La toracotomía se realiza por el cuarto o el quinto espacio intercostal izquierdo. La sutura, con puntos entrecortados en U con seda y aguja atraumática, de modo que los extremos vasculares suturados queden adosados por sus superficies endoteliales. Un drenaje aspirativo con sonda de Pelzer o de Folly por el séptimo u octavo espacio intercostal con cuarenta y ocho horas de duración completa las maniobras operatorias.

*Conducto arterioso persistente.*—El tratamiento de esta deformidad orgánica sólo debe hacerse cuando no haya estrechez congénita de la arteria pulmonar.

La toracotomía se practica a nivel del tercer espacio intercostal izquierdo. Separando la pleura por el mediastino anterior, se llega al espacio entre el cayado aórtico y la arteria pulmonar izquierda, por dentro del nervio recurrente izquierdo. Se puede practicar:

a) Ligadura simple. Operación casi unánimemente rechazada por el peligro de recanalización del conducto.

b) La doble ligadura en sus extremos, seguida de un punto central de transfixión con ligadura, como practica BLALOCK.

c) La sección con doble ligadura, como practica GROSS.

d) La sección seguida de ligadura del extremo pulmonar y resección del punto de inserción aórtico del conducto, como practica POTTS.

Drenaje aspiratorio torácico de cuarenta y ocho horas.

#### TETRALOGÍA DE FALLOT.

El defecto fundamental de esta deformidad es la estrechez del orificio de la arteria pulmonar, y la cianosis, que es la consecuencia del insuficiente aporte de sangre a los pulmones para su oxigenación, ha de corregirse bien comunicando una arteria sistémica con la pulmonar o bien ensanchando el orificio de origen de esta arteria en el ventrículo derecho. El hecho de que en la tetralogía de Fallot exista un defecto del tabique interventricular en su parte alta y muy cerca del origen de la aorta hace que gran parte de la sangre, impulsada por el ventrículo derecho, pase por el orificio interventricular y por la aorta a la circulación del sistema somático.

Para establecer un conducto que introduzca en el sistema circulatorio pulmonar parte de la sangre del sistema somático se siguen dos procedimientos, a saber:

a) Anastomosis de la arteria subclavia o del conducto arterial braquicefálico con la arteria pulmonar.

b) Anastomosis del cayado aórtico con la rama izquierda de la arteria pulmonar.

El primer procedimiento es el que ejecuta BLALOCK. La intervención consta de los siguientes tiempos:

1.º Toracotomía derecha a nivel del segundo o tercer espacio intercostal por delante.

2.º Se disecciona pleura mediastínica hasta descubrir vena cava superior y descendiendo se secciona el cayado de la v. ácigos entre dos ligaduras. Después, y continuando la disección en sentido descendente, se descubre la rama derecha de la arteria pulmonar y la vena pulmonar derecha superior. En sentido ascendente han de descubrirse: tronco arterial braquicefálico, arteria carótida primitiva derecha, subclavia derecha, cayado aórtico y el origen de la carótida primitiva y subclavia izquierda. En casos especiales se abre pericardio.

3.º Si existe estrechez del orificio de entrada de la vena pulmonar derecha superior, debe proceder al ensanchamiento del mismo, para lo cual se coloca un clan curvo para aurícula, que comprende el trozo de pared auricular donde desemboca la vena. Se secciona en sentido transversal al eje de la vena el punto de entrada de la misma en la aurícula y se extirpa el trozo de la pared auricular con la válvula ostial de la vena. A continuación se sutura la vena con el borde de la pared auricular, con lo que el orificio de entrada de la misma queda ensan-

chado. Después se procede a establecer la unión de la arteria subclavia con la rama derecha de la arteria pulmonar como se describe en el tiempo.

4.º Se empieza por hacer la simpatectomía periarterial de la rama derecha de la arteria pulmonar. Se disecciona la arteria subclavia derecha en una longitud suficiente y se hace simpatectomía periarterial de la misma. Esta simpatectomía de los vasos que han de anastomosarse es necesaria para que después de realizada la comunicación no se produzca estrechez del orificio.

Se secciona la arteria subclavia, se liga el cabo periférico y el central se hace descender hasta que se halle en contacto con la rama de la arteria pulmonar. Se hace en esta arteria un orificio longitudinal del tamaño adecuado y se produce la anastomosis terminolateral de la arteria subclavia con la arteria pulmonar a puntos continuos en la semicircunferencia posterior, de modo que queden en contacto sus superficies endovasculares. Después se continúa lo mismo en semicircunferencia anterior.

5.º Drenaje aspiratorio temporal y cierre del tórax.

La segunda es la técnica de POTTS, que también realizan GROSS, PHEMISTER y otros. Se hace por toracotomía izquierda alta anterior. Se descubren cayado aórtico y la rama izquierda de la arteria pulmonar. Se coloca un clan de Potts, que abraza la aorta y deja libre de la circulación la pared cóncava del cayado, y se procede a la anastomosis laterolateral del cayado con la rama izquierda de la arteria pulmonar.

Otra técnica de resolver el problema de la cianosis de estos enfermos consiste en ensanchar directamente el orificio de origen de la arteria pulmonar.

Tal operación la ejecuta BROCK, en Londres, con la técnica siguiente:

1.º Toracotomía izquierda en tercer espacio.

2.º Se introduce en pericardio 15 c. c. de Procaína al 3 por 100 durante cinco minutos.

3.º Abertura de un postigo de pericardio de base anterior.

4.º Inyección de Procaína en la pared del ventrículo derecho.

5.º Colocación de puntos de seda largos en dos líneas de sutura.

6.º Incisión de la pared ventricular anterior entre las dos líneas de puntos, cuyos hilos, cruzándolos en sentido opuesto, cierran el orificio y evitan la hemorragia.

7.º Por el orificio de la pared ventricular se introduce una cuchilla curva de doble filo y vértice romo en dirección de la arteria pulmonar, atravesando su orificio de origen.

8.º Introducción de un catéter curvo de calibre aproximado como un beniqué del número 60, con extremo romo, y que se moviliza constituyendo un mecanismo de sacabocados.

Con este instrumento extirpa las válvulas semilunares del origen de la arteria pulmonar.

9.º Sacado el catéter se procede a la sutura del ventrículo con seda, previniendo la hemorragia cruzando los hilos o aplicando el pulpejo del dedo índice izquierdo sobre la brecha ventricular.

10. Sutura del colgajo de pericardio sólo en sus extremos, pero no cerrándole por completo.

11. Drenaje temporal aspirativo y cierre de la toracotomía.

#### Tratamiento operatorio de la estenosis mitral.

En el Hospital Hanemann, de Filadelfia, el doctor CLOVER sigue la técnica siguiente:

1.º Toracotomía izquierda alta (segundo o tercer espacio).

2.º Inyección de Procaína en el pericardio por cinco minutos.

3.º Incisión del pericardio con un colgajo de base anterior, y su borde libre se fija al borde anterior de la herida de toracotomía.

4.º Con una pinza curva se coge el apéndice

auricular izquierdo de modo que quede excluido de la circulación de la aurícula una parte de su cavidad.

5.º En el apéndice auricular se coloca en forma circular un punto de sutura y dentro de este círculo se practica una incisión de la pared de la aurícula, que permite la introducción del dedo índice armado del valvulótomo de Baley.

6.º Introducido el dedo con el aparato, se anuda el hilo circular sobre él y se quita la pinza de la base del apéndice auricular.

7.º Entonces se hace descender el dedo con el aparato a la válvula mitral y con él se secciona ésta a nivel de su comisura izquierda. A continuación se rota el dedo 180º y se repite la sección en la comisura derecha. Se retira el aparato de Baley, con el dedo se comprueba que la válvula cierra bien durante el sístole ventricular, o sea, que no queda insuficiencia.

8.º Se saca el dedo, colocando antes de salir nuevamente la pinza curva a nivel de la base del apéndice auricular, y se sutura con seda la brecha cardíaca. Cierre parcial del pericardio.

9.º Drenaje aspiratorio temporal y cierre de la herida de toracotomía.

#### ENFERMEDADES CONGENITAS DEL CORAZON.—Criterio Diagnóstico.

Tipo	Información del cateterismo		Análisis de O en sangre	Flow sanguíneo	Prueba de ejercicio
	Presión	Procedimiento			
Normal.	A. D. + 5 V. D. — 30 A. P. — 30/10	A. P. puede o no puede cateterizarse con facilidad.	A. D. = V. D. = A. P. oxígeno dentro de 0,5 vol. por 100.	Sistemático = A. P. = pulso capilar.	Aumenta el oxígeno.
Enfermedades congénitas del corazón con cianosis.					
Tetralogía preoperatoria.	V. D. elevada. A. P. disminuida.	Difícil o imposible cateterizar A. P.	A. P. tiene más O. que A. D.	Sist. Sistémico excede de art. pulmonar.	Disminuye el O.
Tetralogía postoperatoria.	Como arriba.	Como arriba.	Como arriba, pero en grado menor.	El pulso cap. tiene un aflujo mayor que en el preoperatorio.	Aumenta el O.
Complejo Eisenmenger	V. D. elevada. A. D. elevada. A. P. diastólica elevada.	A. P. puede cateterizarse.	V. D. notablemente más elevado que A. D. el contenido de oxígeno (unos 4 vol. por 100).	Sistémico puede exceder a A. P. o viceversa.	Aumenta el oxígeno.
Estenosis pulmonar.	V. D. elevada. A. P. disminuida.	Difícil o imposible sondar A. P.	A. D. = V. D.	Sistémico = A. P. ambos disminuidos.	Disminuye el oxígeno.
Ventrículo único.	V. D. elevada. V. D. menos elevada.	Sondaje A. P. difícil si existe estenosis.	Más marcada la diferencia de O. de V. D.-A. D.	Sistémico excede a A. P.	Oxígeno disminuye si hay estenosis pulmonar.
Estenosis tricúspide.	V. D. elevada.	V. D. difícil o imposible de sondar	Oxígeno de A. D. más elevado que en vena cava superior.	Sistémico excede a A. P.	Oxígeno disminuye.

Cuadro tomado de una conferencia del Dr. RUTLEDGE en la Lahey Clinic.



## BIBLIOGRAFIA

1. SELSER (S. Francisco) y CARNES (Baltimore).—Modern concept of Cardiovascular Disease. Julio, 1949.
2. BLALOCK.—Surg. Gynec. and Obst., 87, 385, 1948.
3. GIBBON and STOKES.—Recent Developments on the Temporary Maintenance of life with an Extracorporeal Circulation. Presentado al XIII Congreso Internacional de Cirugía. New Orleans, 10 octubre 1949.
4. LEMDS, GRAY, COOK y BELL.—Prolonged Occlusion of Venae Cavae with Survival, by means of Extracardiac Shunt. Presentado al XIII Congreso Internacional de Cirugía. New Orleans, 10 octubre 1949.
5. HALLEUBECK, WOOD y CLAGETT.—Cardiovascular Dynamics in Patients with Coarctation of Aorta, etc. Presentado en el XIII Congreso Internacional de Cirugía. New Orleans, 10 octubre 1949.
6. NAFFRIGER, GALANTE y otros.—Experimental producción and Closure of Cardiac Intraventricular Septums defects. Presentado al XIII Congreso Internacional de Cirugía. New Orleans, 10 octubre 1949.
7. HELEN B. TAUSSIG.—Congenital Malformations of the Heart. New York, 1947.
8. DRI-PARKER, ROGERS, EDWARDS y otros.—Congenital Anomalies of the Heart and Great Vessels. Pub. por THOMAS. Springfield, Illinois.
9. COUNAND, BALWIN e HINNESTEIN.—Cardiac Catheterization in congenital Heart Disease. New York, 1949.
10. RUTLEGE.—The Diagnosis of the common types of congenital Heart disease. Conferencia en la Lahey Clinic, 23 nov. 1949.
11. ADAMS.—Surgery of the Heart pericardium. Conferencia en la Lahey Clinic, 23 nov. 1942.
12. BROCK.—Explicación en el John Hopkins, de Baltimore, noviembre 1949.
13. OLIVER BERGER.—Journ. of Cours Anesthetics.
14. OLIVER BERGER.—Journ. of Am. Associat. of Nurses Anesthetists, 17, 79, 90.

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Antihistamínicos en el catarro respiratorio.**

Muy poco tiempo después de la introducción en terapéutica de las sustancias antihistamínicas, BREWSTER comunicó sus buenos efectos en el tratamiento del catarro común. Posteriormente se han acumulado las opiniones contradictorias sobre el asunto, y el Comité de Farmacia y Química de la American Medical Association ("J. Am. Med. Ass.", 142, 566, 1950) ha hecho una crítica de los trabajos aparecidos y ha establecido unas conclusiones provisionales. Se deduce de ellas que los grupos de enfermos tratados (especialmente por BREWSTER y por ARMINIO y SWEET) no han sido homogéneos y de diagnóstico seguro y que no se dispone de criterios verdaderamente rigurosos para asegurar la curación. En total, han sido publicadas estadísticas sobre 2.357 enfermos y el porcentaje de mejorías oscila entre el 75 y 85 por 100 de los mismos, si bien las objeciones antes citadas invalidan estos datos en una cuantía considerable. Más seguro parece el efecto profiláctico, demostrado por ARMINIO y SWEET en un grupo de 300 personas, tratados con 50, 100 ó 150 mgr. diarios de un antihistamínico, al mismo tiempo que otro grupo testigo de 300 personas tratadas con un placebo. El citado Comité concluye que con los antihistamínicos se puede conseguir una mejoría de la congestión de la mucosa nasal, no superior a la que se logra con efedrina, y que los efectos tóxicos de los antihistamínicos no hacen por ahora aconsejable su empleo en el tratamiento de los catarros.

**¿Sustituirá la vitamina B<sub>12</sub> a los extractos hepáticos?**

—Cuando se descubrió el ácido fólico y se vió su intensa actividad contra la anemia perniciosa, se pensó en la posibilidad de que desplazase de la terapéutica a los extractos hepáticos. La experiencia ulterior demostró que tal posibilidad era infundada, ya que especialmente las complicaciones neurológicas de la enfermedad no responden y aun se agravan por su empleo terapéutico. La introducción en la clínica de la vitamina B<sub>12</sub> presenta otro aspecto muy diferente, por tratarse verosímilmente del verdadero principio antianémico del hígado. En opinión de DAVIS ("The Practit.", 165, 77, 1950), las principales ventajas del preparado vitamínico son: ser una sustancia pura, capaz de perfecta titula-

ción, lo cual no sucede con los extractos de hígado, no producir reacciones tóxicas ni fenómenos de sensibilización, aun en personas que se han sensibilizado a los extractos hepáticos, y ser probablemente más barata que estos extractos, para igual grado de actividad. La pauta óptima de tratamiento es inyectar una dosis inicial de 40 a 80 gammas y seguir con una inyección semanal de 20 gammas. La respuesta en la anemia perniciosa es brillante, aun en los casos con glositis y síndrome neuroanémico, pero no sucede así en otras anemias megaloblásticas: en la del embarazo o en la producida por la desnutrición o defectos de absorción intestinal, el medicamento de elección es el ácido fólico.

**Tratamiento con dosis pequeñas y repetidas de dicumarol.**—En opinión de EPSTEIN y NORHOLM-PEDERSEN ("Acta med. scand.", 136, 351, 1950), el empleo de dosis pequeñas y frecuentes de dicumarol proporciona niveles de protrombina en sangre más constantes que la terapéutica usual con dosis elevadas de la droga. En 37 enfermos han visto que una dosis de 20 mg. de dicumarol, administrada dos a cuatro veces en el día, suele ser eficaz terapéuticamente. Si se determina el índice de protrombina por el método de LEHMANN, se debe elegir como zona terapéutica entre 20 y 50. Si se aproxima la protrombina a 20, se suspende la terapéutica veinticuatro a cuarenta y ocho horas y se reanuda con dosis menores. Como con el citado método de tratamiento las fluctuaciones de la protrombinemia son muy escasas, no resulta precisa la determinación diaria de la misma, una vez que se ha logrado el nivel deseado.

**Pomada de tephorin en el prurito.**—El tratamiento paliativo del prurito, mediante la aplicación de una pomada del antihistamínico tephorin al 5 por 100 en carbowax 1500, sería un tratamiento de suma eficacia, en opinión de MADDEN ("Arch. Dermat. Syphil.", 61, 673, 1950), el cual ha tratado a 141 enfermos con la citada preparación. Se trataba de lesiones generalmente secas, en las que no estaba contraindicada la aplicación de pomadas. Se trataba de casos de eczema atópico, prurito de ano y de vulva, liquen crónico simple, dermatitis de con-