

REVISTA DE PRENSA

NECROSIS CORTICAL RENAL SIMILAR A LA REACCIÓN DE SCHWARTZMAN.
(A Case of Renal Cortical Necrosis Probably Caused by a Human
Equivalent of the Shwartzman).

Lundgvist B.; Erlanson P.; Brun A.

Acta Medica Scandinavica, 173; 561-563, 1963.

Los autores del presente trabajo exponen un caso de necrosis de la corteza renal. Dicho fenómeno se presentó en una paciente de 32 años de edad y con tres meses de embarazo, con el antecedente de intento de aborto. La enferma evolucionó en forma desfavorable, con dolor abdominal, fiebre elevada y septicemia. Se le administró Noradrenalina y su estado general decayó. Se ha visto que en los animales de experimentación los efectos de la endotoxina productora del fenómeno se ven aumentados de manera importante por la administración de Noradrenalina. La paciente presentó áreas de necrosis en la piel después de la administración de la droga. La presencia de diátesis hemorrágica, hipoprotrombinemia, ¿disminución de fibrinógeno plasmático?, y la aparición de anuria en las últimas semanas de vida señalan su estrecha semejanza con el fenómeno de Schwartzman de los conejos después de la aplicación de una inyección intravenosa de endotoxina en dosis separadas por un intervalo de 24 horas. En primer término hay una infección primaria generalizada (sepsis) y después a las 24 horas del intento de aborto aparece el shock grave con hemorragia, etc. La autopsia mostró áreas de necrosis en el hígado, bazo, cápsulas suprarrenales, cerebro y en todo el riñón. La mayoría de los datos encontrados caben dentro del fenómeno de Shwartzman, sin embargo no se observó la trombosis fibrinosa de pequeños vasos como es típico de este fenómeno.

VALORACIÓN DE LA TRAQUEOTOMÍA EN EL ENFISEMA PULMONAR.
(An Evaluation of Tracheostomy in Pulmonary Emphysema).

James H. Cullen.

Annals of Internal Medicine. 6; 953-960, 1963.

El autor presenta en el siguiente trabajo una valoración de la traqueostomía como medida terapéutica en los enfermos enfisematosos. Se hicieron estudios sobre la ventilación, concentración de gases en la sangre arterial. Esto se llevó a cabo en 14 pacientes, se obtuvieron controles, es decir, respirando por la boca y posteriormente se compararon con los resultados observados después de la traqueotomía. Se encontró

que después de la intervención los valores de ventilación total disminuyeron notablemente, esto se debe a la reducción del espacio muerto. Los cambios en el consumo de oxígeno se presentaron en forma variable, sin embargo hubo una tendencia a la reducción. Cuando los sujetos respiraron exclusivamente por la traqueostomía solo un paciente aumentó. La tensión parcial de bióxido de carbono en la sangre permaneció constante. Esto sugiere que los niveles de CO_2 se fijaron por los sistemas respiratorios y que además son independientes de la forma en que el enfermo respire. Después de la primera hora de la traqueotomía hay una alteración severa en la concentración de oxígeno sanguíneo, pero a las 24 horas la saturación no sólo se ha normalizado sino que se encuentra aumentada el bióxido de carbono ha disminuído. Por lo tanto es posible creer que la traqueostomía reduce las fuerzas que se oponen a la ventilación en sujetos con severo enfisema pulmonar.

FÍSTULA ARTERIO-VENOSA POSTNEFRECTOMÍA.
(Postnephrectomy Arterio-venous Fistula)

Gitlitz, G. F.; Fell, F.; Sagermen, H.; Hurwitt, E.

Annals of Surgery 4; 511-515, 1963.

Los autores presentan el siguiente trabajo sobre la entidad nosológica conocida como fístula arterio venosa renal. Es un padecimiento bastante frecuente y cuya etiología puede ser congénita, neoplásica o consecuencia de la cirugía sobre riñón. Se admitió en la consulta del Montefiore Hospital a una mujer de 48 años de edad, con historia de nefrectomía derecha por tuberculosis a los veinte años de edad. El estudio de la paciente demostró la presencia de una fístula arterio-venosa renal. Se ha citado como las causas más frecuentes de dicha alteración a la ligadura en masa del pedículo y la ligadura por transficción del mismo. Sin embargo un hecho importante y constante es la presencia de infección. En el área cardiovascular durante el proceso fistuloso no se observan signos ó síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva que pudieran ser debidos al padecimiento en cuestión.

El tratamiento de la fístula se lleva a cabo mediante la reducción del flujo sanguíneo en la arteria renal afectada o en las arterias que suplen en forma anormal al cortocircuito arterio-venoso. Cuando la función renal se encuentra alterada después de dicho órgano en presencia de una neoplasia es útil pensar como posibilidad diagnóstica en fístula arterio-venosa de los vasos renales.

MARCAPASO ARTIFICIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ADAMS-STOKE.
(Artificial Pacemaker or Treatment of Adams-Stokes Syndrome and slow Heart Rate).

Elmgvist R.; Landegren, J.; Petterson, S. O.; Senmiag, A. William-Olson G.

American Heart Journal 6; 731-748, 1963.

La excitación del miocardio puede llevarse a cabo mediante la estimulación electrónica. Durante los últimos años los problemas referentes al marcapaso artifi-

cial se han abordado de diferentes maneras. Las principales diferencias se refieren al método de Implantación de los electrodos, los cuales se aplican sobre la superficie epicárdica del corazón. Estos electrodos se han adaptado con el propósito de obtener un umbral de estimulación estable.

Los resultados obtenidos en la clínica se resumen en 18 pacientes tratados con el marcapaso artificial. Dos enfermos murieron en la operación o después de ella, en los otros 16 el corazón fue controlado por el marcapaso. El primer paciente operado en septiembre de 1952 fue seguido por un período de dos años, y tres meses. Otros diez pacientes fueron seguidos por más de seis meses. En paciente se presentó fibrilación ventricular en dos ocasiones, una de ellas debido al marcapaso y otro ajeno a él. Hay otros problemas en relación al marcapaso artificial en lo que se refiere a frecuencia, intensidad del estímulo y a la aparición de severas arritmias ventriculares. No obstante ha venido a dar nuevo tratamiento para el síndrome de Stake-Adams.

EFFECTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO SOBRE LA HIPERTENSIÓN SEVERA.
(Effect of Medical Treatment of Severe Hypertension)

Farmer R. G.; Gifford R. W.; Hines A. E.; Minn R.

Archives of Internal Medicine, 1; 118-128, 1963.

El tratamiento de la hipertensión está en razón directa del pronóstico. Se presenta un grupo de 97 pacientes hipertensos, seleccionados en 3 clases por su retinopatía y un cuarto más representado por la hipertensión maligna. La mortalidad es muy alta. En cinco años la sobrevida fue del 37.5% para los pacientes con retinopatía del grupo 3 y 28.6% para los enfermos con hipertensión maligna. El promedio de muerte se ve favorecido por el inadecuado control de la presión arterial, la corta duración de la hipertensión y a la azotemia asociada. El tratamiento efectivo además de prolongar la vida permite la regresión de las hemorragias y exudados retinianos, así como del papiledema. En el electrocardiograma hay disminución de las fuerzas y tamaño del ventrículo izquierdo. El control efectivo de la hipertensión arterial tiene muy poca o ninguna influencia sobre otras complicaciones de la hipertensión, debido a aterosclerosis y muy en especial a accidentes cerebrovasculares. Más del 10% de los enfermos que han sobrevivido son víctimas de accidentes vasculares y en mayor proporción del cerebro, la complicación de éstos es la causa de la muerte. Es pues obvio la relación que hay entre el buen control de la presión arterial y la sobrevida de los pacientes.