

LEBERMANN. — Erge. Med. a. Kinder. 139-424-1930.

GOLDENBERG. — Dia. Medico Arg. 3-756-1931.

MARCOLONGO. — F. Minerva Med. 2-106-1935.

CORELLI Y BONTOLONI. — Policlínico. 44-382-1937.

PASCUALINI Y ETALA. — Rev. Soc. Arg. Biol. 15-161-1940.

PASCUALINI. — El Dia Medico. 29-1946.

15-I-1949

## HISTORIA, TÉCNICA E INTERPRETACIÓN DE LA ANGIOCARDIOGRAFÍA

Dres. F. Manchón y A. Trullás

LA técnica radiológica viene desarrollando continuamente nuevos métodos con la finalidad de visualizar, cada vez más, regiones ocultas a los otros sistemas de exploración. Así, la angiocardiografía, llena una importante laguna, puesto que pasamos del conocimiento clásico de la silueta cardiovascular a la visualización de las cavidades cardíacas y de los vasos.

No podemos decir que la técnica sea sencilla. Solamente diremos que con debido entrenamiento y teniendo a punto el instrumental que se requiere, no es una técnica difícil.

En principio consiste en inyectar rápidamente en la vena basilíca o cefálica del brazo derecho una substancia de contraste en cantidad suficiente para que la columna de sangre que por la vena cava superior llega a la aurícula derecha sea substituída por una columna de líquido de contraste. Lléñase pues el corazón de una substancia opaca a los rayos X. La dinámica de este órgano hace que el contraste pase rápidamente al ventrículo derecho, arterias pulmonares, capilares pulmonares, venas pulmonares, aurícula izquierda, ventrículo izquierdo y aorta. El circuito lleva unos 8 segundos. Cualquier radiografía del corazón tomada en este intervalo revelará una de aquellas cavidades, la que contenga más líquido de contraste. Por eso, para el estudio de todas ellas, hay que tomar en estos 8 segundos de seis a diez radiografías.

Para llevar a cabo lo que acabamos de mencionar se necesita:

1.º Líquido de contraste (Diodrast, Diodone o similar al 75 %) en cantidad de un cc. por kilo de peso.

2.º Un sistema de jeringa, record de goma y aguja que facilite la inyección en no mas de 2 segundos.

3.º Un aparato de rayos X que pueda hacer exposiciones repetidas de 0'1".

4.º Un seriador que coloque en ocho segundos de ocho a diez placas, sincronizado al tubo de rayos X.

Esta técnica no es peligrosa, pero tampoco es absolutamente inocua. Los americanos, que son los que han practicado mayor número de observaciones, registran un 3 % de mortalidad, difícilmente previsible.

Sin embargo, debemos evitar cuando sea posible:

- 1.º Un exceso de dosis.
- 2.º Niños cianóticos en posición horizontal.
- 3.º Repetición de la prueba. (Puede practicarse la angiocardiógrafía en posición vertical y horizontal).

La sensación que sigue a la inyección es molesta, pero tolerable. Sin embargo, en los niños puede provocar movimientos que perjudicarían la radiografía, y por este motivo es conveniente anestesiárselos.

Los resultados compensan ampliamente las dificultades técnicas. En el diagnóstico preciso y anatómico de las cardiopatías congénitas, es hoy una exploración fundamental insustituible, sin cuyo conocimiento ningún cirujano especializado en el tratamiento de estas lesiones, es capaz de actuar.

22-I-1949

### TUMORES CEREBRALES SIN CEFALALGIA NI ESTASIS PAPILAR

Dr. I. de Gispert Cruz

A medida que se ha ido progresando en el conocimiento de los tumores cerebrales, ha aumentado el número de observaciones de casos en los cuales faltan signos de hipertensión endocraneana y, por lo tanto, cefalalgias y estasis papilar. La aplicación de nuevas técnicas de exploración, como la ventriculografía o encefalografía y la electroencefalografía ha permitido el diagnóstico en bastantes casos, incluso en ausencia de aquellos dos síntomas que se consideraban hasta ahora como fundamentales.

Ello explica el que cada día abunde más el diagnóstico de tumor cerebral, sin que ello implique que la enfermedad sea más frecuente que antes, en que pasaba a menudo inobservada. Todavía, sin embargo, y a pesar de todo, no es raro que el tumor cerebral sea un hallazgo de autopsia en enfermos de centros hospitalarios que fueron diagnosticados de encefalitis, esclerosis múltiple, sífilis, etc. Asimismo es todavía relativamente frecuente hallar tumores intracraneales en individuos que fueron ingresados en establecimientos para enfermos mentales.

Contamos con numerosas observaciones de tumores intracraneales sin cefalalgia ni estasis papilar, y las últimas estadísticas de diversos neurocirujanos señalan un promedio de 25 ó 30 por ciento de estos casos. Entre ellas se expone la de un enfermo con hemianopsia bitemporal con modificaciones importantes de la silla turca por un tumor hipofisario. En ausencia de otros