

ANALISIS DE REVISTAS

FISIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA

EFFECTO DE LA FIBRILACION AURICULAR SOBRE EL VOLUMEN CARDIACO, EL FLUJO CORONARIO Y LA PRESION ARTERIAL MEDIA, R. Wegria, C. W. Franck, G. A. Misrahy, R. S. Siussat, L. S. Sommer y G. H. McCormack. "Am. J. Physiol.", 1950, 163, 135.

En perros con el tórax abierto, se provocó fibrilación auricular por medios eléctricos y se determinó simultáneamente con rotámetros el volumen cardíaco y el flujo coronario, practicándose el registro de la presión arterial. Se observó que la fibrilación auricular produjo un descenso del volumen minuto, del flujo coronario y de la presión arterial, pero que estas variables volvían a los valores normales en pocos minutos. — *Malinow*.

LOS EFECTOS CLINICOS Y METABOLICOS DE LA PROGESTERONA Y LA ANHIDROXI-PROGESTERONA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA, L. H. Kile y D. C. Craice. "Ann. of Int. Med.", 1950, 32, 878.

A 14 pacientes con artritis reumatoidea se medicó con progesterona o anhidrohidroxi-progesterona por períodos de 12 a 40 días. Un paciente tuvo una remisión clínica en 2 ocasiones separadas, pero sin mejorar la E. S. ni la movilidad articular; 3 mejoraron algo, pero en 2 de ellos, iguales resultados se lograron con placebo. Otros 3 pacientes tuvieron escasísimos signos de mejoría. No hubo relación entre la clínica y los hallazgos de laboratorio. — *M. Manguel*.

EFECTOS DE LA DELTA 5 PREGNELONA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA, R. Davison, P. Koets, W. G. Snow y L. G. Gabrielson. "Arch. of Int. Med.", 1950, 85, 365.

Este producto obtenido a partir del colesterol parece ser una substancia intermedia en la síntesis y metabolismo de los esteroides. Por oxidación puede transformarse en dihidro-androsterona, progesterona y D.O.C.A. No altera el metabolismo glucídico y electrolítico. Se usó por vía intramuscular obteniendo remisión de la artritis reumatoidea, que reaparece al suspenderse las inyecciones. No hay efectos tóxicos.

La dosis mejor diaria es de 200 mgs. y luego se puede reducir a 100 mgs. Parece obrar más lentamente que el ACTH, pero carece de sus efectos tóxicos aun después de uso prolongado. — *M. Manguel*.

ELECTROCARDIOGRAFIA

EL ELECTROCARDIOGRAMA POR EJERCICIO DE LOS 2 ESCALONES. UN TEST PARA INSUFICIENCIA CORONARIA. A. M. Master. Ann of Int Med. 1950, 32; 842.

El autor considera que un 37 % de sus pacientes cardíacos orgánicos pre-

presentan E. C. G. normal. La insuficiencia coronaria puede exteriorizarse con la prueba de los 2 escalones por el ideado. Creó unas tablas de acuerdo a la edad, peso y sexo para determinar el número de pasos por minuto que debe efectuar cada persona examinada. Si la prueba es negativa debe efectuarse la prueba doble, vale decir duplicando el tiempo del ejercicio. Una prueba positiva es índice de insuficiencia coronaria. La doble prueba negativa la descarta. La hiperventilación no produce alteraciones del E. C. G. y no se observa después de la prueba, en condiciones ordinarias. Estados de tensión nerviosa o mental pueden dar un resultado positivo. El fumar o la digestión previa inmediata o infección de las vías respiratorias, influyen sobre la prueba.

Es equivalente en sus resultados al test de la anoxemia, respirando oxígeno al 10%. La prueba corresponde en sus efectos a la acción del oxígeno a una altitud de 18.000 pies. La derivación precordial V_4 ó CF_4 permite descartar los cambios en forma aún más amplia que las derivaciones standard. Se considera positiva la prueba si el segmento ST se desnivela más de $1/2$ mm. con relación al segundo PQ o PR y resulta de la isquemia subendocárdica por el esfuerzo.

El aplanamiento o la negativización de la onda T o su positivización si era negativa son también signos de prueba positiva. La elevación del ST en D_1 ó D_2 generalmente ocurre si existe Q_3 ó Q_2 y Q_3 en el E. C. G. de reposo, porque son pacientes con ventrículo izquierdo susceptible a la anoxemia en su cara posterior. — *M. Manguel.*

EL ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO. P. Marion y H. Barati. Arch. d. mal. du coeur. 1948, 41, 714.

Se analizan las modificaciones circulatorias generales y electrocardiográficas provocadas por el esfuerzo, en una serie de deportistas y en una serie clínica de pacientes con dolor precordial. Electrocardiográficamente, el "corazón deportista" suele presentar los siguientes hechos (Hoogwerf): bradicardia; onda P de poca amplitud, pudiendo ser bífida o mellada; espacio P-R entre 0.20 y 0.25 seg.; QRS de duración normal; deformación particular del segmento S-T (la rama descendente de R se une al pie de la onda T por una línea cóncava que parte por encima de la isoeletrica); amplitud grande de T en D_1 y D_2 ; extrasistolia ventricular. Estos cambios serían la expresión de una vagotonía adquirida durante el "entrenamiento". Se estudió el efecto del esfuerzo en 35 deportistas cuya edad media fué de 21 años. Las modificaciones más llamativas fueron: alargamiento del P-R en 11 casos (31%), entre 0.02 y 0.04 seg. El eje eléctrico se desvió a la derecha en el 31%. El espacio QT se acortó en el 77%. Se observaron desniveles negativos de S-T, pero en su arranque, en línea ascendente y nunca horizontal. — *M. Rosenbaum.*

SON CAPACES LAS DERIVACIONES UNIPOLARES DE LOS MIEMBROS DE PROVEER ENSEÑANZA SUPERIOR A LAS 3 DERIVACIONES STANDARD SIMULTANEAMENTE REGISTRADAS, Y PARTICULARMENTE EN QUE MEDIDA NOS PUEDEN INFORMAR SOBRE LA POSICION ANATOMICA DEL CORAZON? P. Meyer y R. Herr. "Arch. d. mal du cceur". 1949, 42, 12.

Comparando las derivaciones standard con las unipolares de los miembros, se concluye que ambas sirven igualmente para la determinación del eje eléctrico (ÂQRS en el plano frontal). Los autores afirman que las derivaciones unipolares de los miembros no aportan nada más con respecto a las standard, en la determinación de la posición electrocardiográfica del corazón (criterio de Wilson). No establecen una diferencia precisa entre posición eléctrica o eje eléctrico, posición anatómica y posición electrocardiográfica (sólo esta última fundamenta el criterio de Wilson.) Afirman que la similitud entre las D. U. M. y las D. P. no es siempre una prueba de la identidad de su significación eléctrica. Consideran preferibles las derivaciones standard, porque mostrarían con mejor detalle los pequeños accidentes que las D. U. M. y comentando observaciones de Goldberger y Myers de esos casos en que la D. U. M. mostraron anomalías que no se registraban en las derivaciones standard, señalan que existen otros tantos casos en que la situación es viceversa. sin presentar ninguno. Estas consideraciones serían más valederas si las 3 derivaciones standard se registran simultáneamente. — *M. Rosenbaum.*

INVESTIGACIONES CLINICO-EXPERIMENTALES SOBRE LAS DERIVACIONES PRECORDIALES COMO EXPRESION DE LAS VARIACIONES DE CAMPOS DE POTENCIAL DE EJES INSTANTANEOS DEL CORAZON (DIPOLOS ROTANTES O EN DISPOSICION RECTILINEA) CRITICA DE LA CONCEPCION ACTUAL DE LOS DIPOLOS Y DE LA NOCION DE DEFLEXIONES INTRINSECAS Y EXTRINSECAS. P. Meyer y R. Herr. "Arch. d. mal du coeur". 1948, 41, 385.

En el centro de la cavidad torácica de un cadáver se disponen 6 dipolos artificiales, de manera que el polo positivo de los mismos constituya un semicírculo extendido de derecha a izquierda. Liberando una determinada cantidad de fuerza eléctrica en cada uno de ellos, sucesivamente de derecha a izquierda, las derivaciones precordiales así registradas son similares al ECG precordial humano. Los autores sostienen que campos de potencial de orientación diferente desarrollados sucesivamente, pueden reproducir y explicar curvas difásicas como las que se obtienen en el ECG humano, de igual manera que lo explica el desplazamiento de una serie de dipolos que pasa debajo del electrodo explorador (teoría del dipolo, Craib). — *M. Rosenbaum.*

ESTUDIO POR MEDIO DE DERIVACIONES STANDARD Y TORACICAS DE EJES ELECTRICOS INTRATORACICOS REALIZADOS SOBRE EL CADAVER CON DIPOLOS ARTIFICIALES. P. Meyer y R. Herr. "Arch. d. mal du coeur". 1948, 41, 325.

Los terminales de un generador eléctrico (positivo y negativo) son introducidos en el corazón de un cadáver (o en un trozo de tejido pulmonar in situ); por medio de un interruptor se libera una diferencia de potencial de 1,7 volts entre los dos polos de este dipolo artificial. Se estudió el efecto de las modificaciones posicionales de este dipolo sobre las derivaciones standard y torácicas. Cuando el dipolo ocupa la parte media del tórax, la concordancia entre su dirección (eje del dipolo) y la calculada por las derivaciones standard es casi absoluta. Esto confirma la exactitud de la teoría del triángulo equilátero de Einthoven. Se determinan las desviaciones del eje eléctrico calculado al desplazar la ubicación del dipolo a derecha y a izquierda de la línea media, y en sentido anteroposterior, o sobre diversos planos de oblicuidad. — M. Rosenbaum.

ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO DEL SINDROME "ASTENIA NEURO CIRCULATORIA" Fr. Joly y Ph. Pinatzis. "Arch. d. mal du coeur". 1949, 42, 218.

Se estudian los ECGs. de 15 enfermos neurotóxicos, taquicárdicos, con inversión de T2 y T3 en posición acostada y especialmente de pie, desapareciendo las anomalías después de la inyección de ginergeno. (13 mujeres y 2 hombres, entre 15 y 46 años.) Las modificaciones principales se observan en el segmento S-T, algo en D1 y sobre todo en D2 y D3; VF es la única derivación con onda T invertida. No hay acortamiento del Q-T. El desnivel de la línea isoeletrica se extiende al espacio P-Q. El eje anatómico H, estuvo constantemente colocado entre 45° y 56°. El AQRS se agrupó en la vecindad de + 60°, su amplitud varió entre 4, 5 y 9 unidades Ashman. El $\bar{A}T$ se situó entre 0° + 60° habitualmente. En 2 casos, el $\bar{A}T$ se ubicó en sectores negativos y en 4 en + 60° (T isoeletrica en VL). El gradiente ventricular tuvo una amplitud inferior a la que debía tener, según la amplitud del $\bar{A}QRS$. Frecuentemente, estuvo más a la izquierda de los límites fisiológicos. Los autores suponen que puede deberse a un trastorno en la repolarización de una región localizada del corazón, y no de un fenómeno general afectando la despolarización y la repolarización como hace la taquicardia, por ejemplo. — M. Rosenbaum.

CONSIDERACIONES ELECTROFISIOLOGICAS SOBRE LAS DERIVACIONES DE EINTHOVEN. B. Milovanovich. "Arch. d. mal du coeur". 1949, 42, 547.

El autor trata de verificar la posibilidad de extender a las derivaciones unipolares de los miembros (DUM) y standard las consideraciones electrofisiológicas atinentes a las derivaciones unipolares precordiales.

Se registraron en varios casos los DUM y DB (derivaciones bipolares) co-

respondientes al mismo eje. Por ejemplo para VL, su DB correspondiente (VLB) se registra colocando el 2º electrodo sobre la línea axilar media derecha, algo por encima de la cresta iliaca (en el extremo opuesto de su eje de derivación). En condiciones de exploración similares, las DUM son morfológicamente iguales a sus correspondientes DB, y la imagen en espejo de la derivación unipolar simétrica registrada en la extremidad opuesta de su eje de derivación. En una 2ª serie de experiencias se comprobó que V6 es prácticamente igual a V6B (su correspondiente bipolar); en espejo de V6S (su correspondiente simétrica) e igual a D1 que es a su respecto una derivación "bipolar a distancia"; pero esto no se cumple a veces en corazones verticales. Se concluye que la interpretación electrofisiológica de las derivaciones unipolares precordiales puede y debe hacerse extensiva a las DUM y standard, únicamente cuando existe concordancia satisfactoria entre ambos tipos de trazados. — *M. Rosenbaum.*

DERIVACIONES PRECORDIALES ALTAS EN SUJETOS NORMALES Y CORONARIOS. Soulié P., Michel J., Baygin R. "Arch. d. mal du coeur". 1948, 41, 289.

Se registraron las siguientes derivaciones precordiales (además de las standard y unipolares de los miembros): V1 a V7; y el mismo número de derivaciones sobre la línea vertical correspondiente, un espacio intercostal más arriba (X1 a X7); 2 espacios más arriba (Y1 a Y7) y 3 espacios más arriba (Z3 y Z4). Además, 3 derivaciones sobre línea escapular (V8, X8, Y8).

I) *Sujetos normales:* A) *corazones verticales y semiverticales:* Salvo en 1 caso sobre 8, en los demás se registraron complejos en M en algunas de las derivaciones precordiales derechas altas. Esta configuración no estuvo presente en las derivaciones V y sí en X, Y y Z. El mismo complejo en M se observó 3 veces en VR y una vez en VL. La onda Q se observó frecuentemente en precordiales izquierdas: V4, V5, V6, V7, X5, X6, X7, Y6, Y7, Y8. En precordiales altas no fué más profunda que las de la serie V. En dos casos en que faltó Q en las V, no se observó tampoco en precordiales altas. En dos casos se observó elevación de S-T en X2 en uno y en Y2 en el otro. Z3 y Z4 son similares a Y1, Y2, Y3, Y4, es decir a precordiales derechas, sobre todo Z3. La onda Q fué profunda en V8; lo mismo en Y8, que a veces fué Q-S. B) *Corazones horizontales y semihorizontales:* Del estudio de 5 casos se destaca lo siguiente: es frecuente la disminución de la onda R en posiciones derechas, y ésta llega a desaparecer en precordiales altas, dando complejos Q-S en X2, Y1, Y2, Z3. En dos casos hubo complejo en M en Y1, Y2 y Z3. La onda Q, iguales características que en el grupo anterior. De la serie escapular, V8 fué similar a V6 y V7, con onda Q a veces más amplia y T positiva. Y8 fué similar a V8, o adoptó un trazo de aspecto cavitario. En 23, los complejos fueron cavitarios en Z4, o cavitarios de tipo transicional. C) *Corazones intermedios:* Las imágenes se parecen a las de corazones vertical u horizontal según la tendencia posicional. Como Vastesaeger y otros lo señalaron vectocardiográficamente, en corazones verticales el vector T no sigue sino de lejos al vector QRS en su

rotación hacia la derecha: mientras el QRS se acerca a 90° el de T no se aleja mucho de su posición normal. TVL se invierte cuando el vector T es mayor de $+60^\circ$; es is. eléctrico cuando el vector T es igual a $+60^\circ$; es positivo cuando el vector T es menor de $+60^\circ$. II) *Infarto de miocardio*: A) *Infarto anterior extenso*: Son analizados 3 casos (se muestra sólo 1), donde las precordiales altas no hacen más que confirmar el diagnóstico de infarto extenso anterior diagnosticado por las precordiales habituales, mostrando su extensión en altura. B) *Infarto anterior localizado*: Analizan un único caso con T negativa en V4. Las precordiales altas no aportaron nada. C) *Infarto lateral alto*: En un caso con Q anormal sólo en aVL, hubo QS en Y4, Y5, Y6 (el caso es muy discutible). D) *Infarto posterior*: No se aporta ningún elemento. *M. Rosenbaum*.

CONFRONTACION ANATOMICA Y ELECTRICA. ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LAS MANIFESTACIONES ELECTRICAS DEBIDAS A LA ACTIVIDAD DEL VENTRICULO DERECHO. G. Morin, A. Jcuve, M. Albouz, P. Velásques. "Arch. d. mal du coeur". 1949, 42, 323.

Los autores destacan la discordancia entre "posición eléctrica del corazón" según el criterio de Wilson, registrada pre-mortem y la posición anatómica del corazón estudiado poco después en la autopsia. Por ejemplo, muestran un trazado de posición electrocardiográfica semivertical, en que la pieza mostró una posición anatómica semihorizontal. En segundo término se refieren a la configuración del ECG precordial derecho; o recuerdan en cuanto a la R de V1 y V2, la opinión de Goldberger, que le atribuye un origen septal puro (igual que Kossman), y la de Cabrera, que sostiene que la parte final de esta R es de origen ventricular derecho. Para aclarar estos hechos, registraron en perros 7 derivaciones precordiales, 3 derechas, 3 izquierdas y una central, que correlacionaron con la pieza, congelada y cortada de manera de poder estudiar la relación de cada electrodo con las paredes ventriculares. En el perro, el corazón ocupa una posición central; el septum forma con el eje anteroposterior un ángulo de 35 a 30° . Llamam la atención sobre la onda R de gran amplitud en las derivaciones derechas. No creen que ello se deba a diferencia de espesor de la pared del VD con relación al hombre, pues en éste la relación de pared Y1 VD es 1.85 y en el perro 1.82. Tampoco aceptan que la pared del VD sea trabeculada en el hombre y no en el perro. En cambio creen que la R prominente se debe a posición perpendicular del electrodo explorador con respecto a la pared del VD, y que ello sería también aplicable a los casos de hipertrofia del VD en el hombre. — *M. Rosenbaum*.

RELACIONES DE LA PRESION VENTRICULAR DERECHA MEDIA CON EL QRST Y EL ESPESOR DE LA PARED DEL VENTRICULO DERECHO J. Lenegre, G. Carcuso, R. Spira y P. Maurice. "Arch. d. mal du coeur". 1949, 42, 477.

Fueron estudiados 100 casos, repartidos en 3 grupos: A) Cardiopatías repercutiendo primitivamente sobre el VD (64). B) Cardiopatías repercutiendo

electiva y primitivamente sobre el VI, pero susceptibles de repercutir tardíamente sobre el VD (20). C) Cardiopatías repercutiendo de entrada y simultáneamente sobre ambos ventrículos. A: *Cardiopatías repercutiendo sobre el VD (64 observaciones)*: 34 mitrales, 22 pulmonares y 8 congénitos. *Los mitrales*, comprenden 1 insuficiencia pura, 5 estrecheces puras y 28 casos de enfermedad mitral. 1º) *Derivaciones standard*: En términos generales, el eje eléctrico está más desviado a la derecha cuanto mayor es la presión ventricular derecha media (PVDM). No parece existir relación entre PVDM y anchura del QRS. se observó eje a la derecha con T2 y T3 negativas o difásicas — + en 18 casos (14 con PVDM > 40 cms. de agua y 4 con PVDM entre 20 y 40 cms. de agua). En la mitad de los casos, ello se debió a coexistencia de hipertrofia ventricular izquierda en un corazón vertical, con transmisión de los potenciales del VI a VF, D2 y D3. En 7 casos se debió a que un gran VD transmitía sus potenciales a VF. En un solo caso hubo eje a la izquierda con T1 negativa. 2º) *Unipolares de los miembros*: La posición electrocardiográfica es frecuentemente vertical, y a menudo indeterminada, especialmente cuando la hipertrofia VD es considerable. 3º) *Precordiales*: La inversión de la relación R|S habitual en V1 y en V6 es tanto más notable cuanto mayor es la PVDM. No hubo relación significativa entre el retraso de la deflexión intrinsecoide en V1 y la PVDM.

Hubo onda Q en V1 y V2 en 7 casos. Imagen de bloqueo incompleto de rama derecha (M. en V1 y V2) en 8 casos. Onda T negativa en V1, V2, V3 y hasta en V4, en 19 casos. Signos de HVI (ondas T negativas en precordiales izquierdas) en 11 casos.

Los pulmonares (22 casos): 1º) *Derivaciones standard*: Eje desviado a la derecha en la mayoría. No existió relación entre PVDM y anchura del QRS. Se observó eje a la derecha con T2 y T3 negativas o difásicas — + en 11 casos (7 con PVDM > 40 cms. de agua y 4 con PVDM entre 20 y 40 cms.). Dicha configuración pareció deberse a transmisión de los potenciales de un gran VD a VF. 2º) *Unipolares de los miembros*: La posición electrocardiográfica no fué vertical en ningún caso con PVDM > 40 cms. de agua. "La hipertrofia y dilatación del VD, muy importantes en el corazón pulmonar crónico, así como el desplazamiento de la punta hacia atrás (sobre todo por acción del enfisema), permiten que el VD caiga más fácilmente dentro del ángulo sólido de VF". 3º) *Precordiales*: La inversión de la relación R|S habitual en V1 y en V6 es tanto más notable cuanto mayor es la PVDM. No hubo relación entre retraso de la deflexión intrinsecoide en V1 y la PVDM. Hubo onda Q en V1, V2, ó V3 en 10 casos. Bloqueo incompleto de rama derecha en 9 casos. Ondas T negativas en V1, V2, ó V3 en 15 casos. En ningún caso hubo signos de hipertrofia en las precordiales.

Los congénitos (8 casos): 1º) *Derivaciones standard*: Eje desviado a la derecha en 6, a 45° en 2. T2 y T3 negativas o difásicas — + en 5. 2º) *Unipolares de los miembros*: Posición electrocardiográfica indeterminada en 4, intermedia en 2, semihorizontal en 1 y horizontal en 1. 3º) *Precordiales*: Inversión de la relación R|S habitual en V1 y V6 tanto más notable cuanto mayor es la

PVDM. Hubo onda Q en precordiales derechas en 1 caso, bloqueo incompleto de rama derecha en 2.

B) *Cardiopatías repercutiendo electivamente sobre el VI (20 observaciones):*
 1º) *Derivaciones standard:* No hubo relación entre desviación del eje y PVDM; en 7 casos con PVDM > 46 cms. de agua, el eje osciló entre -45 y $+35^\circ$. Se observó eje a la izquierda con T1 negativa o difásica $-+$ en 12 casos. En 4 hubo T3 negativa o difásica (en 3 la posición era intermedia). 2) *Unipolares de los miembros:* La posición electrocardiográfica fué intermedia, semi-horizontal u horizontal. 3º) *Precordiales:* Hubo signos típicos de hipertrofia VI en 14 casos. En VI, la R dentro de límites normales y QS en 2 casos (a pesar que en 7 la PVDM era > 46 cms.), y su deflexión intrinsecoide entre 0,005 y 0,025. Onda R amplia en precordiales izquierdas, con onda S ausente o poco profunda.

C) *Cardiopatías repercutiendo primitiva y simultáneamente sobre ambos ventriculos (16 observaciones):* 1º) *Derivaciones standard:* El eje eléctrico varió entre -75 y $+120^\circ$. Q3 S1 en 6 casos y Q1 S3 en 4 casos. 2º) *Unipolares de los miembros:* La posición electrocardiográfica fué muy variable; la más frecuente la vertical. 3º) *Precordiales:* R de VI normal salvo en 2 casos en que midió 10 y 11 mms. (uno de ellos bloqueo de rama derecha). QS en 2 casos. Inversión de la relación R/S habitual en V6, cuanto mayor es la PVDM (onda S importante en V6 a pesar de la hipertrofia VI).

Confrontación anatómica: (30 casos): Existe una relación bastante estrecha entre PVDM y grosor de la pared ventricular derecha, salvo en los pulmonares. La hipertrofia VD a veces considerable del corazón pulmonar crónico no ligado a un aumento notable de la PVDM sugiere que dicha hipertrofia no está en relación exclusivamente con la hipertensión del pequeño círculo. — M. Rosenbaum.

ÂP. MAGNITUD Y DIRECCION CALCULADO SOBRE 180 CORAZONES NORMALES ENTRE 12 Y 65 AÑOS: H. Chevalier y M. Thaon. "Arch. d. mal du coeur". 1949, 42, 333.

Fueron estudiados 6 grupos de 30 sujetos, comprendidos respectivamente dentro de las siguientes edades: 12 a 18 años, 18 a 25, 25 a 35, 35 a 45, 55 a 65. El examen clínico, radiológico y electrocardiográfico sin anormalidades. La magnitud promedio de ÂP fué de $+49^\circ$. No hubo ninguna diferencia en relación con la edad. — M. Rosenbaum.

ESTUDIO CRITICO DEL GRADIENTE VENTRICULAR, M. Segers y N. Boyadjian. "Arch. d. mal du coeur". 1949, 42, 522.

Bayley ha propuesto utilizar el gradiente ventricular para distinguir las modificaciones del QRST debidas a lesión miocárdica, de aquellas vinculadas a trastornos de conducción, partiendo del concepto teórico que los bloqueos intraventriculares no producirían por sí modificaciones del gradiente. Para determinar la certeza de esta suposición, los a. a. estudiaron 26 trazados de

bloqueo intraventricular intermitente registrados en 17 sujetos. Se demostró que los trastornos de conducción pueden modificar el gradiente ventricular en proporciones variables. En algunos casos, esta modificación es mínima. En otros, el gradiente puede alterarse hasta el 68 % de su valor, y hasta el 75 % de su orientación (modificaciones máximas). Estos resultados contradicen las hipótesis de Bayley. — *M. Rosenbaum.*

LAS DERIVACIONES PRECORDIALES EN UN CASO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR A COMPLEJOS ALTERNANTES. J. di Matteo, B. Coblentz y Eliachar. "Arch. d. mal du cœur", 1949, 42, 251.

Se presenta un caso de taquicardia paroxística ventricular con complejos alternantes en las derivaciones standard. Las derivaciones precordiales mostraron que, en ambos tipos de complejos, la desviación intrínseca era precoz a la izquierda, y retrasada a la derecha. Es decir, que los "dos tipos de complejos tenían su origen en el "ventrículo izquierdo". Este caso está en contra de quienes atribuyen la taquicardia parox. ventricular alternante a focos en cada ventrículo y de los que suponen que es una taquicardia supraventricular con bloqueo alternante de rama. — *M. Rosenbaum.*

ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES PRECORDIALES POR MEDIO DEL VECTOGRAMA. P. W. Duchesal, J. Groscurin, y R. Sulzer. "Arch. d. mal du cœur". 1948. 41, 703.

A partir de una figura vectocardiográfica registrada por medio de una derivación transversal y otra sagital a nivel del tercio inferior de la espalda, los autores "extraen" la configuración de las derivaciones precordiales, por proyección sucesiva de los vectores, de centésimo en centésimo de segundo, sobre cada eje de derivación correspondiente. Las 6 derivaciones precordiales así construídas son prácticamente iguales a las derivaciones precordiales reales. (VI a V6). Los autores concluyen que "los vectores instantáneos del corazón en su totalidad", rigen, por su proyección sucesiva la configuración de las derivaciones precordiales. En consecuencia, la deflexión intrínseca no podría ser expresión de la excitación muscular de la zona subyacente al electrodo. Se supone que el vectocardiograma espacial contiene virtualmente todas las derivaciones unipolares posibles, cualquiera sea la distancia que los separa del corazón. — *M. Rosenbaum.*

ALODROMIAS DE CONDUCCION, VECTOGRAFIA ESPACIAL FRONTAL Y HORIZONTAL, E. Donzelot y J. B. Milovanovich. "Arch. d. Mal du cœur", 1949, 42, 58.

Denominan "alodromía" a toda anomalía de la excitación no explicable por la posición espacial del corazón, ni por el desarrollo anormal de sus paredes (hipertrofia, dilatación). Las alodromias pueden ser congénitas o adquiridas y estas últimas, a) vectoriales y b) puras o de conducción (bloques de rama,

síndrome de Wolff Parkinson White). La vectografía (espacial, frontal y horizontal, permitiría distinguir los trazados de bloqueo (de los de hipertrofia) aun con QRS menor de 0,12 seg. — *M. Rosenbaum*.

A PROPOSITO DE LA LOCALIZACION ELECTRO-CARDIOGRAFICA DE LOS BLOQUEOS DE RAMA. E. Zarday. "Acta Cardiológica" 1949, 4, 375.

Sostiene el autor que la manifestación electrocardiográfica de la conducción muscular es la onda S y que la onda R no es más que la expresión de una preponderancia ventricular o de un cambio de posición del corazón independientemente de las lesiones de las ramas. Determinando la dirección del eje eléctrico de la onda S, se llega a la conclusión de que en los bloqueos tipo Wilson, la propagación de la excitación se hace de izquierda a derecha indicando lesión derecha, mientras que en los de tipo común se hace de derecha a izquierda, mostrando un bloqueo izquierdo. De esta manera, puede distinguirse lesiones de rama derecha en corazones normales horizontales o verticales y lesiones de rama izquierda en corazones normales horizontales o verticales. — *E. P. Etchegaray*.

ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO DE LOS BLOQUEOS LOCALIZADOS EN CIERTAS REGIONES DEL VENTRICULO IZQUIERDO (BLOQUEOS FOCALES), EN PARTICULAR DE SINDROMES QUE REPRESENTAN EL HOMOLOGO DEL BLOQUEO DE WILSON PARA EL VENTRICULO IZQUIERDO. P. Meyer, C. Schmdit. "Arch. d. mal du coeur". 1948, 41, 707.

En dos trazados que presentaron onda S profunda en las 3 derivaciones standard, (anchura del QRS 0,12 y 0,09 respectivamente), con deflexión intrínseca retrasada en derivaciones precordiales y dorsales derechas altas, pero no en precordiales derechas al nivel habitual, los autores suponen la existencia de un bloqueo focal o segmentario de la región basal del ventrículo izquierdo, que asimilan al llamado bloqueo tipo Wilson. — *M. Rosenbaum*.

EL DEDOBLAMIENTO DEL SEGUNDO RUIDO EN EL BLOQUEO DE RAMA. C. Lian, H. Chevalier, B. Coblentz y H. Dedebas. "Arch. d. mal du coeur". 1949, 42, 513.

Se estudiaron 84 casos de bloqueo de rama con ruidos desdoblados, clínica y fonocardiográficamente. En 69 casos se demostró desdoblamiento del 2do. ruido, que fué clasificado en "cerrado" y "amplio" (este último cuando el intervalo entre el comienzo de las dos series de vibraciones acústicas es igual o mayor que 0,07 seg.). Los desdoblamientos fueron "amplios" en los casos con gran retraso de la deflexión intrínseca. En ningún caso de desdoblamiento "cerrado" la deflexión intrínseca se retrasó más de 0,10 seg; en todos los desdoblamientos "amplios", se retrasó 0,10 o más seg. El retraso de la deflexión intrínseca promedió 0,022 seg. más en los casos de desdoblamiento "amplio". Pudo registrarse precesión del comienzo del 2do. ruido con relación al final de la onda T, especialmente en los casos de desdoblamiento "amplio" en bloqueo

de rama izquierda; ello se debe al retraso que sufre la repolarización del ventrículo homo lateral. En 25 casos se demostró también desdoblamiento del primer ruido, dando lugar a ritmo de 4 tiempos. La auscultación de un desdoblamiento "amplio" en sujetos vecinos a los 50 años debe sospechar el bloqueo de rama. — *M. Rosenbaum.*

VALVULAS

NODULOS PULMONARES ASOCIADOS CON ESTENOSIS MITRAL. S. H. Saha y I. Levine. "Arch. of Int. Med. 1950. 85:483.

Refieren dos casos y señalan que la frecuencia es mayor de la supuesta. Creen que los imágenes de infiltración nodular "blanda" o de calcificaciones, tienen iguales cambios básicos. Son la hemosiderosis, la fibrosis, cambios congestivos crónicos y turgencia vascular, siendo la osificación o la calcificación una reacción extrema a las alteraciones degenerativas. Si bien las calcificaciones pulmonares nodulares obedecen, en general, a la tuberculosis o histoplasmosis, pueden también depender de una estenosis mitral. El diagnóstico, se efectúa en general durante el período asintomático o con insuficiencia cardíaca leve de la estenosis mitral. — *M. Manguel.*

ESTRECHEZ AORTICA CALCIFICADA. COMPROBACIONES ELECTRO Y VECTOCARDIOGRAFICAS. G. Balestier. "Arch. d. mal du coeur". 1949, 42, 539.

Este estudio comprende 71 casos de estrechez aórtica calcificada (9 con verificación necrópsica). En la mitad se habían registrado únicamente las 3 derivaciones standard y una sola precordial (IV F). Se registró trazado típico de hipertrofia ventricular izquierda en 33 casos (46, 5 %); bloqueo de rama izquierda en 8 (11,26 %), bloqueo de rama derecha en 3 (4,5 %). En 28 casos (39,42%) el trazado era normal. En los 33 casos de hipertrofia ventricular izquierda se anotaron las siguientes características: (21 casos tenían también insuficiencia aórtica). 1) El $\bar{A}QRS$ se situó entre $+ 25$ y $- 55^\circ$ en 29 casos. 2) Hubo rotación anti horaria sobre el eje longitudinal en todos los casos, salvo 2 con infarto apical. 3) el vectocardiograma fué en general alargado y muy lento en la porción rápida del complejo. 4) El QRS midió entre 0,09 y 0,012 en 21 casos. 9) El índice de White-Bock estuvo aumentado 19 veces. 6) $\hat{A}T$ fué opuesto a $\bar{A}QRS$ 25 veces. G tenía un valor normal, pero a menudo desviado a la izquierda. 7) La deflexión intrínseca se retrasó 0,045 seg. o más en 27 casos (en los otros 6 no había precordiales). 8) En los casos de infarto apical, bloqueo de rama derecha e insuficiencia cardíaca, predominó la rotación horaria del vectocardiograma. — *M. Rosenbaum.*