

REVISTA DE LIBROS

UNIPOLAR LEAD ELECTROCARDIOGRAPHY, por Emanuel Goldberger, Lea y Febiger, Filadelfia, 1947, 1 vol. de 182 págs. con 88 figs. cuidadosamente impreso en papel ilustración.

Durante los últimos 7 años el autor ha ido acumulando sólida experiencia con el uso de un método personal para el registro de las derivaciones unipolares de las extremidades (las denominadas derivaciones unipolares aumentadas de las extremidades o *aV*) y brinda ahora en esta espléndida monografía los resultados de sus observaciones.

Las nociones generales con que inicia su libro son extraordinariamente claras y de fácil entendimiento lo que facilita mucho la comprensión posterior.

Después de describir detalladamente el método para obtener las derivaciones unipolares se entra de lleno a la consideración de las configuraciones auriculares y ventriculares básicas normales. Para su fácil interpretación es necesario tener siempre bien presente que cuando un electrodo enfrenta la superficie epicárdica del ventrículo izquierdo se registra un complejo con pequeña Q (Q septal) y amplia R, mientras que cuando enfrenta la superficie epicárdica del ventrículo derecho se registra una pequeña R y una profunda S.

Partiendo de estas configuraciones básicas se estudia el efecto de la posición del corazón sobre el electrocardiograma. Allí el autor demuestra que ha pasado mucho tiempo haciendo estudios meticulosos y detallados de los más variados tipos de trazados y señala como las derivaciones bipolares standard son habitualmente incapaces de suministrar al respecto información tan amplia y completa como lo hacen las unipolares de las extremidades.

A pesar de que estas interpretaciones descansan sobre una sólida base de fisiopatología, sería de desear que se pudieran seguir haciendo sistemáticamente estudios radiológicos y necroscópicos comparativos para dar confirmación absoluta a estas descripciones que, en algunos casos, aparecen como dudosas o antojadizas.

Los conocimientos adquiridos en este capítulo son de capital importancia para la interpretación de los efectos de la hipertrofia sobre el electrocardiograma, máxime si se tiene en cuenta que, al parecer, algunos de los cambios registrados obedecen más a la rotación y cambios de posición de las distintas cavidades cardíacas originados por el agrandamiento de las mismas que al aumento de la masa miocárdica misma. El término "esto indica simplemente que el corazón es vertical" u "horizontal" se lee muy a menudo.

El lector tendrá evidentemente que leer y releer estos capítulos con gran atención y detenimiento pues no le será fácil interpretar y recordar de primer intención, las múltiples variantes descritas; y es evidente que en su práctica, la aplicación de muchos de estos conceptos le originará más de una duda o discrepancia.

Ya en posesión de estos conocimientos, la lectura del capítulo de los bloqueos de rama se simplifica mucho, justificándose una vez más la conveniencia de relacionar estas derivaciones con las precordiales y standard.

En la discusión del infarto de miocardio, además de la correcta interpretación de las modificaciones del segmento S-T y onda T, se destaca el comentario sobre

el valor y significado de las ondas Q. Ningún electrocardiografista debiera desconocer la existencia de estas 4 páginas (126 a 130) fundamentales de la electrocardiografía. También en sólo dos páginas se dan normas definidas para el diagnóstico electrocardiográfico de la embolia pulmonar.

El libro termina con el estudio de las pericarditis, y el efecto digitálico, señalando finalmente cómo se deben leer las derivaciones unipolares.

El autor dispone sus conocimientos en forma didáctica, simple y breve, rehuendo de lo superfluo para limitarse sólo a lo fundamental y concreto. Quizás algunas de sus conclusiones puedan ser discutidas pero es evidente que sin pretender destruir el sólido edificio construido sobre la base de las derivaciones bipolares de las extremidades, el autor ha acumulado evidencias suficientes para demostrar que las derivaciones unipolares de las extremidades resultan un complemento tan útil y muchas veces indispensable que su uso rutinario queda desde ya ampliamente justificado.

Este libro puede considerarse, entonces, como la base clásica sobre la que descansarán todos los futuros estudios a realizarse sobre tema tan fecundo como ilustrativo.

ELECTROCARDIOGRAFIA CLINICA, por el Dr. S. Alvarez Mena, M. V. Fresneda Ed., La Habana, Cuba, 1947, 1 vol. de 567 págs. con 239 figs., cuidadosamente impreso en papel ilustración.

El Dr. Sergio Alvarez Mena, que ha seguido cursos con los modernos maestros de la electrocardiografía, ha tratado, según lo consigna en el prólogo, de escribir un libro práctico de electrocardiografía con estilo sencillo y objetivo, tal cual lo hiciera en cursos anteriores dictados sobre la materia. Es evidente que, profundo conocedor de las modernas concepciones electrocardiográficas, ha podido brindar una sección inicial que con lenguaje claro y esquemas muy demostrativos, permite al lector identificarse fácilmente con esos conocimientos.

Luego el autor discute con autoridad el valor y significado así como las características del electrocardiograma en las distintas derivaciones de los miembros, (standard y unipolares) precordiales, esofágicas, etc., tratando de relacionarlas entre sí.

Los capítulos de eje eléctrico del corazón y gradiente ventricular son muy completos, resultando clara las explicaciones suministradas sobre estos temas no siempre muy sencillos o fáciles de interpretar.

En los siguientes capítulos se entra ya de lleno al estudio de las arritmias y de las diversas configuraciones electrocardiográficas de hallazgo habitual en clínica. Allí, desde luego, las cosas cambian y el comentarista no puede acompañar al autor ni en la forma de exponer las cosas, ni en muchos de los conceptos emitidos. Lo más grave de la situación radica, sin embargo, en la errónea interpretación de muchos trazados, máxime si se tiene en cuenta que gran parte de ellos han sido impresos invertidos y descriptos como si su posición fuera normal.

La inversión de una o más derivaciones en una figura es una característica dominante del libro y llama poderosamente la atención que el autor no lo haya

advertido sino en las figs. 28c, 114, 164, 206, aclaradas en la fe de erratas y 229 y 230 aclaradas en el texto. Así por ejemplo, hay inversión de una o más derivaciones en las figs. 46a, 136, 173 y 225. Además, están mal numeradas las derivaciones DI de fig. 141, DIII de fig. 160 (lo que hace errar el diagnóstico de infarto de miocardio), DI de fig. 195 y DII de fig. 233. Las DI de fig. 55 y 103 son en espejo (seguramente por inversión de electrodos), lo que hace, sobre todo en fig. 55, establecer un diagnóstico antojadizo.

Además, se han notado errores de interpretación en las siguientes figs.: 44, el S-T no mide 0.68 seg.; 92, no es una extrasístole auricular bloqueada; 96, no es ritmo sinusal sino aleteo o taquicardia 2:1; 104a es fibrilación auricular y no taquicardia paroxística; 105 es fibriloaleteo y no aleteo; 115, se atribuye cambios en P y P-R a desplazamientos sinusales y son por cambio en la velocidad de papel al iniciarse el trazado; 117 se interpreta como ritmo nodal, una disociación isoritmica; 119 y 120 son fibrilaciones auriculares y no ritmo nodal y bradicardia sinusal, respectivamente; 126, no existe el 2º ritmo auricular B; 129, no simula sino que es bigeminismo extrasistólico; 138, no es taquicardia ventricular sino fibrilación ventricular; 139, no es salva extrasistólica sino simples artefactos; 191, debe coexistir otra malformación con la dextrocardia; 205, no es un infarto de miocardio y hay seria distorsión por mal funcionamiento del aparato; 209, el diagnóstico más aceptable no es infarto anteroseptal (ausencia de ondas Q) sino cor pulmonale; 244, se pasa por alto la existencia de pericarditis aguda; 225 no hay fibrilación auricular sino ritmo sinusal; 228, se trata de un típico infarto de miocardio de cara posterior reciente y no de sobrecarga ventricular.

Fuera de lo que se refiere al estudio de las ilustraciones, en el texto se leen apreciaciones como las siguientes: la digital frena la taquicardia sinusal y no modifica a la taquisistolia auricular del aleteo (p. 219); las extrasístoles sinusales tiene pausa compensadora incompleta (p. 229); la fibrilación auricular con taquiarritmia ventricular tiene pronóstico serio (p. 263); cuando aparecen extrasístoles durante la digitalización hay que suspender la droga si el enfermo ha alcanzado la compensación (p. 308); el voltaje de QRS puede aparecer aumentado en la pericarditis (p. 383); en el Fallot hay desviación del eje eléctrico a la izquierda, etc.

Es una lástima que a causa de estos y muchos otros defectos, el libro no pueda cumplir la finalidad práctica buscada por el autor y deseada por el lector. Por ello, si los señalamos, no lo hacemos con el espíritu de la crítica implacable sino con el deseo de que el autor pueda corregirlos, para que, en futuras ediciones, pueda subsanar las deficiencias que disminuyen ponderablemente la eficiencia y utilidad del libro.

III CONGRESO INTERAMERICANO DE CARDIOLOGIA

La Sociedad Interamericana de Cardiología anuncia que el III Congreso Cardiológico Interamericano tendrá lugar en Chicago, Illinois, en el Michael Reese Hospital, de junio 13 a junio 18 de 1948.

Este Congreso precederá la reunión anual de la American Heart Association, señalada para junio 18 y 19, y la de la American Medical Association, que comenzará el día 20 del mismo mes.

Para más información diríjase la correspondencia a las Oficinas del III Congreso Cardiológico Interamericano, Michael Reese Hospital, Chicago, Illinois, U. S. A.