

# SOCIEDADES CIENTÍFICAS

## NEW YORK COMMITTEE ON CARDIAC CLINICS

La reunión anual de esta Sociedad se celebró, en New York, el 23 de abril de 1935, para tomar en consideración las comunicaciones cuyos resúmenes publicamos a continuación: \*

*ESTUDIOS SOBRE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA Y PRESION INTRAVENOSA, (Studies on Circulation Time and Intravenous Pressure), W. BENENSON, 832.*

Se determinó la velocidad circulatoria por la sacarina, y presión venosa por punción, en 67 enfermos hospitalizados, encontrando que cuando la velocidad oscilaba entre 8.2 a 16'', los pacientes o no eran cardíacos o si lo eran no presentaban insuficiencia; entre 17.4 a 24'', se trataba de severas cardiopatías sin insuficiencia congestiva; y entre 24 a 48'', todos tenían insuficiencia congestiva.

No se encontró correlación entre presión venosa y función cardíaca; sin embargo, los casos de presión más elevada correspondieron a los de insuficiencia cardíaca congestiva. En algunos casos de hepatomegalia congestiva la compresión manual del hígado puede aumentar la presión venosa. Se exalta el valor de la determinación de la velocidad circulatoria.

*VARIACIONES CARACTERISTICAS EN CIERTAS DERIVACIONES PRECORDIALES EXPERIMENTALES (DERIVACIONES PRECORDIALES MULTIPLANAS), CON LESIONES MIOCÁRDICAS, EXTRASISTOLES VENTRICULARES Y BLOQUEOS DE RAMA PRODUCIDOS EXPERIMENTALMENTE, (Characteristic Variations in Certain Experimental Chest Leads (Multiplane Chest Leads) With Experimentally produced Myocardial Lesions, Experimental Ventricular Extrasystoles and Bundle-Branch Block), J. WEINSTEIN Y D. I. ABRAMSON, 835.*

Los electrodos del brazo derecho e izquierdo se colocaron experimentalmente a lo largo de la pared anterior y posterior del tórax, paralelamente y fuera de los bordes cardíacos en el perro y gato. Se usaron largos electrodos lineares. Las alteraciones miocárdicas se producen mediante el cauterio eléctrico. Mientras que las alteraciones standard, sólo mostraron desnivel de segmento R-ST en el 50%, la IV derivación lo acusó en el 66%. En ciertas circunstancias ambos tipos de derivación se mostraron normales, pero en algunas de las derivaciones multiplanas, apareció la característica alteración. Se encontró que la posición del electrodo posterior o indiferente resulta importante. Se determinó que tres de estas derivaciones mostraron característicos cambios que invariablemente locali-

---

(\*) Resumen de los abstractos publicados en "Am. Heart J.", 1935, X, N° 6, por B. Moia.

zan la lesión en uno u otro ventrículo. Otros estudios demostraron el valor de estas derivaciones en la localización de extrasístoles ventriculares y bloqueos de rama experimentales.

*ACCIONES POTENCIALES PROXIMAS A LA SUPERFICIE DORSAL DEL CORAZON HUMANO. (Action Potentials Near the Dorsal Surface of the Human Heart), F. H. HOWARD, 833.*

Los trazados se obtuvieron mediante un electrodo esofágico. La actividad auricular se indica por una breve reflexión difásica (P'), primero positiva y luego negativa. No hay onda P. El accidente auricular empieza 0.03'' después del comienzo del impulso sinusal y alrededor de 0.12'' antes de la activación ventricular. En dos casos con P-R prolongado, P' ocurrió 0.10'' después de P, lo que significaría que en algunos casos de conducción A-V prolongada existe un retardo entre el sinus y el punto de la aurícula próxima al electrodo subyacente. El complejo inicial es difásico, primero negativo y luego positivo. Se asemeja mucho al obtenido de la región precordial próxima al apex, salvo que las direcciones son opuestas.

*UN NUEVO METODO DE REGISTRAR LOS SONIDOS CARDIACOS, (A New Method of Heart Sound Recording), M. D. FELSTEIN Y M. M. SCHWARZSCHILD, 833.*

El método trata de hacer concordar lo que se registra con lo que se oye. Para conseguirlo, se introduce un sistema de distorsión en el sistema eléctrico tendiente a acentuar la alta frecuencia como lo hace el oído comúnmente. Así se registran todos los sonidos audibles y no las vibraciones inaudibles. Debido a la regularidad de la línea basal las mediciones se efectúan con exactitud.

En el sujeto normal el primer tono se inicia en la línea descendente de R y persiste de 0.06 a 0.12'' con una frecuencia media de 75 a 500 ciclos; el segundo empieza en la rama descendente de T y persiste de 0.04 a 0.06'' con una frecuencia media de 50 a 350 ciclos. Los ruidos ocurriendo antes del apex de R son diastólicos. Los soplos sistólicos pueden ser reconocidos si el primer tono mide más de 0.12''. Los ruidos desdoblados no incluyen un intervalo de silencio y tienen una duración total dentro de los límites normales.

*EL DIAGNOSTICO ENTRE LAS ENFERMEDADES PULMONARES Y CARDIACAS: LA AVALUACION DEL PAPEL DE CADA UNA, (The Differentiation of Pulmonary and Cardiac Disease: The Evaluation of the Role of Each), A. M. MASTER, H. L. JAFFE Y S. DACK, 833.*

Disnea, ortopnea, cianosis, tos y signos de insuficiencia congestiva pueden aparecer en ambas enfermedades. Los estudios completos (interrogatorio, físico, hemodinámico, etc.), llevan a la conclusión de que en el cardíaco el dolor precordial es un signo que tiende a hacerse más prominente, mientras que la tos severa especialmente con expectoración, es patrimonio frecuente de la neumopatía. Irregularidades cardíacas, tales como fibrilación, y bloqueo, galope, e hiperten-

sión señalan el compromiso cardíaco. La presión venosa aumenta en la insuficiencia cardíaca derecha y es normal o baja en las neumopatías. La velocidad circulatoria (tanto la brazo-lengua, como la brazo-pulmón, es normal o disminuída en las neumopatías y prolongada en las cardiopatías. El examen radiológico, evidencia las deformaciones y cambios de volumen del corazón en las cardiopatías, y la existencia de enfisema con corazón chico u otras alteraciones pulmonares en las neumopatías. El E.C.G. evidencia más fácilmente la cardiopatía. La capacidad vital, así como la tolerancia al ejercicio está disminuída en ambos estados. El metabolismo basal está aumentado tanto en las cardiopatías cuanto en los estados con disnea y cianosis.

*OBSERVACIONES SOBRE LA EXTERIORIZACION RADIOGRAFICA DEL ESOFAGO EN EL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON Y DE LA AORTA, (Observations of the Roentgenographic Appearance of the Esophagus in the 'Diagnosis of Disease of the Heart and Aorta), J. B. SCHWEDEL, 834.*

La dilatación de la aurícula izquierda, desplaza al esófago posteriormente, y en el caso de rotación cardíaca asociada, ligeramente a la derecha. El esófago cruza al cayado próximo a su unión con la aorta descendente. Como frecuentemente le adhiere por densas adherencias resulta que la elongación del cayado asociada o no con otras condiciones cardíacas, desplaza al esófago hacia atrás y a la izquierda. Esto se ve mejor en la O.I.A. (desplazamiento posterior) y en la anteroposterior (desplazamiento a la izquierda). El desplazamiento aórtico puede ser confundido con el de una aurícula izquierda dilatada, pero la desviación esofágica vista en anteroposterior aclara las dudas. Ocasionalmente la elongación aórtica se asocia a la dilatación auricular izquierda, en cuyo caso ambos desplazamientos se suman. En ciertas anomalías congénitas hay una desviación de la aorta a la posición central o aún a la dextroposición, de modo que la escotadura aórtica desaparece o puede evidenciarse en el lado derecho del esófago.

*EL EFECTO DE ARRITMIAS CARDIACAS SOBRE EL VOLUMEN MINUTO CIRCULATORIO EN CORAZONES HUMANOS, (The Effect of Irregular Rhythmus of the Heart in the Minute Volume Output of Blood from the Heart in Human Beings), H. J. STEWART, N. F. CRANE, J. E. DEITRICK Y W. P. THOMPSON, 834.*

En pacientes en condiciones basales se determinó el rendimiento cardíaco por el método de Grollman, completando con telerradiografía, velocidad circulatoria y presión venosa. En 2 taquicardias paroxísticas auriculares y tres fibrilaciones auriculares paroxísticas, el volumen minuto disminuyó y el corazón aumentó de tamaño. En 7 casos de fibrilación auricular rápida, con cianosis y disnea, el rendimiento cardíaco era menor, el volumen cardíaco era mayor, y la velocidad circulatoria y presión venosa, más altas que cuando el ritmo se enlentecía por la digital. Cuando se volvía al ritmo normal, permaneciendo aún el corazón en digitalización, el volumen cardíaco o disminuía o no se modificaba, y el rendimiento cardíaco o no se modificaba o aumentaba.

En dos casos de bloqueo cardíaco el rendimiento era menor de lo que se supone normal. De ello parece desprenderse que cuando el corazón late regular o irregularmente acelerado o cuando lo hace lentamente, el rendimiento cardíaco disminuye. Un corazón fibrilado, siempre que la frecuencia ventricular sea retardada por la digital, es tan efectivo como bomba, como el mismo corazón con ritmo normal.

*ESTUDIOS SOBRE EL EFECTO DE LA MERCUPURINA EN EL HOMBRE. (Studies on the Diuretic Effect of Mercupurin in Man), A. C. DE GRAFF, J. E. NADLER Y R. C. BATTERMAN, 832.*

Estudios comparativos efectuados con la mercupurina (novurit) y otros diuréticos mercuriales, demuestran que aun cuando la diuresis se inicia más o menos simultáneamente en ambos casos, es mayor con el primer preparado, y puede ser influenciada por el uso de sales de amonio. Si se le suprime la fracción teofilina, su actividad diurética disminuye. Se admite que la teofilina aumenta el poder diurético de las sales mercuriales, disminuyendo en el animal el poder tóxico local del mercurio. En ningún caso los diuréticos mercuriales usados, aumentaron la cantidad de eritrocitos de la orina, ni evidenciaron otras acciones tóxicas sobre el riñón.

*EL TRATAMIENTO DE LA CARDITIS REUMÁTICA POR LA FIEBRE. (The Treatment of Rheumatic Carditis by Fever), K. DODGE Y L. PORTER SUTTON, 835.*

Entre los coreicos tratados por la fiebre, 16 niños tenían evidencias de carditis aguda al iniciarse el tratamiento. En 9 de ellos los síntomas desaparecieron al final del tratamiento y en los restantes a los 7 ó 10 días después. En vista de estos aparentes buenos resultados se trató la carditis reumática sin corea, por medio de la energía radiante, productora de fiebre.

En dos endocarditis bacterianas subagudas, el procedimiento fracasó, pero en 5 casos de endocarditis reumática subaguda, se obtuvieron éxitos llamativos en dos, y mejoría en tres. De ello se desprende que la fiebre es un procedimiento a estudiarse para el tratamiento de las carditis subagudas activas, y que esta terapéutica no está contraindicada en aquellos sujetos, que aun padeciendo de cardiopatías orgánicas, necesitan recurrir a esa terapia por otras circunstancias.