

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD CHECO-ESLOVACA DE CARDIOLOGÍA

Como en años anteriores la Sociedad Checo-eslovaca de Cardiología, ha desarrollado durante el año 1933, una provechosa labor científica, testimonio de la cual es el volumen que acaba de publicarse.

Resumimos a continuación los trabajos más interesantes de esa publicación: *

DISNEA EN LA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA (Dusnost u poruch cirkulacnich). — J SYLLABA, 171.

Tratando de descifrar los problemas de la disnea cardíaca y pulmonar el autor estudia la relación existente entre el oxígeno llevado por la sangre y al absorbido por los tejidos en un minuto de tiempo; resultado que luego multiplica por la tensión parcial del Ox alveolar. El cociente oscila normalmente alrededor de 3 a 4. En los disnéicos el cociente baja tanto más, cuanto más intensa es la disnea. Cuando alcanza la cifra de 1 generalmente la ortopnea se hace presente. Pero esta ortopnea no es un simple grado de disnea cardíaca sino que en su génesis interviene también la pronunciada reducción de la capacidad vital del pulmón, de manera que ella puede observarse en los casos de estasis venosa pulmonar.

Los estudios realizados permiten al autor distinguir las siguientes clases de disnea:

1.—*Disnea* causada por la *acidosis* (coma diabético); 2.— *disnea por retardo de la circulación*, o disnea cardíaca pura (con alcalosis gaseosas); 3.—*disnea* de la *anoxemia anóxica* (por ejemplo, en un balón); 4.—*disnea mixta* con *acidosis gaseosa* (retención de CO₂) y *anoxemia anóxica* (por ejemplo, pulmonar); 5.— *disnea* observable mismo cuando la *circulación está acelerada* — disnea de esfuerzo — en una economía alterada por el trabajo del corazón y puede ser también por la influencia nerviosa; 6.—*el asma cardíaca* y la *respiración periódica* son casos especiales que exigen una explicación independiente.

LA CIRCULACION SANGUINEA EN LA ENFERMEDAD DE BASEDOW.
(*Cirkulacni studie u nemoci Basedovyeh*). — V. JONÁS y J. HOREJSI, 173.

Los autores han examinado las condiciones circulatorias de 38 hipertiroideos llegando a las siguientes conclusiones:

El hecho de que la taquicardia se observe tanto en las enfermedades orgánicas y funcionales del corazón, así como en el hipertiroidismo le resta valor diagnóstico y pronóstico en esta afección. La presión arterial máxima y la media

* Estos resúmenes están confeccionados sobre los que en idioma francés e inglés acompañan a cada trabajo original. — B. Mou.

se mantienen en general en los límites normales: sólo en algunos casos la presión diferencial y el índice oscilatorio se mostraron aumentados. La capilaroscopia reveló capilares normales o ligeramente dilatados. Electrocardiográficamente en los casos de ritmo sinusal el intervalo QRST (medido según la ecuación de Fridericia) se mostró en algunos casos aumentado.

La información más acertada de la eficiencia cardíaca, la dió el examen del rendimiento cardíaco y sistólico. Se determinó la diferencia arteriovenosa de Ox (Grollman), encontrándola en el 73.5 % de los casos por debajo de 56 c. c., pudiendo en general decirse que cuanto más grave era la enfermedad peor era la utilización del Ox. Pero las cifras del metabolismo pulso y diferencia A-V, no guardaron relación entre sí; sin embargo, la diferencia A-V era tanto menor cuanto más rápida era la corriente sanguínea, por lo que suponen que la deficiente absorción de Ox, pueda deberse al rápido curso de la sangre en los capilares.

En el 85 % de los casos se encontró aumento del rendimiento cardíaco debido en parte a la taquicardia, y en parte (66.7 %) a un aumento del rendimiento sistólico. Esto supone una sobrecarga cardíaca, que no modifica sin embargo la presión media como sería de esperar.

El volumen de la sangre circulante (Wollheim) estaba aumentado en el 73.9 % de los casos, pero los valores no son categóricos, pues en éstos casos existe aumentada permeabilidad capilar. Es llamativo, sin embargo, el hecho de que la volemia disminuye con el tratamiento.

Las discordancias existentes entre las cifras del metabolismo, y las alteraciones circulatorias, hacen suponer a los autores que en el Basedow estas alteraciones son provocadas por el ataque directo del sistema cardiocirculatorio por la hiperfunción de la glándula tiroides. La aumentada velocidad del curso de la sangre en las arteriolas y capilares explica el por qué el del cuerpo es imperfectamente utilizado.

FORMAS DE LA SOMBRÀ CARDIACA EN LOS JOVENES "SOKOLS"
(*Tvary srdecní u mladých sokolských zvodníku*). — KR. HÝNEK, J. KRÁL
y J. BASTECKY, 178.

Examinando 176 jóvenes "Sokols" de una edad media de 17 años y 45 "Sokolettes" de la misma edad, tomando parte en el concurso de la IX fiesta federal en Praga, los autores encuentran a menudo una configuración de la silueta cardíaca, que llaman transitoria entre las configuración mitral y normal. Una configuración mitral típica se observó en el 14 % de los varones y 22 % de las mujeres.

Estas modificaciones típicas de la forma no guardan ninguna relación ni con el tiempo durante el cual se practicó el ejercicio, ni con la duración del entrenamiento para el concurso. Tampoco se puede asegurar si se trata de modificaciones producidas por el ejercicio o de modificaciones evolutivas.

Hay una relación directa entre la duración del ejercicio y la hipertrofia ventricular izquierda. La aurícula derecha se presenta muy a menudo más ancha y larga que en los que nunca hicieron ejercicio. En el curso de los primeros 6 ó 7 años de comenzado el ejercicio en el "Sokol", se puede comprobar la influencia

del mismo sobre las dimensiones de la aurícula derecha. Pero en los adolescentes que prolongan el ejercicio más allá de estos 6 ó 7 años esta influencia deja de ser visible. No hay relación entre el largo de la aurícula derecha y el tiempo de entrenamiento para el concurso, así como tampoco entre su altura y el tiempo desde el cual se practica el ejercicio. Esta última medida está sin embargo, en relación con la altura del cuerpo.

No hay relación entre la duración del ejercicio y el coeficiente de Groedel, pero sí parece haberla entre éste y la capacidad vital.

Con relativa frecuencia encuentran una saliencia, o mismo un ángulo sobre el contorno del ventrículo izquierdo y la aurícula derecha. Es difícil explicar este fenómeno.

Finalizan llamando la atención sobre la configuración muy variable del contorno de la aurícula derecha.

UN CASO DE LA ASI LLAMADA ESCLEROSIS PRIMITIVA DE LA ARTERIA PULMONAR EN EL CURSO DE UNA CIRROSIS HEPATICA EN UN HOMBRE JOVEN (*Pripad tak svarné "primární sklerosis plicnice" u mladého muže při soucasné cirhose jater*). — A. FINGERLAND, 180.

Se refiere a un joven jardinero de 21 años, padeciendo de una esclerosis primaria de las pequeñas arterias pulmonares, que lo lleva a la muerte. El enfermo padecía al mismo tiempo de cirrosis hepática inflamatoria. Aunque el autor no puede demostrarlo supone la interdependencia de ambas afecciones.

MECANISMO DE LA CIANOSIS EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD DE AYERZA (*V'gled cyanos u sklerosy plicnice*). — J. SYLLABA, 181.

Se describen dos casos típicos de enfermedad de Ayerza, en los cuales se estudia la composición del aire alveolar (Douglas y Priestley), saturación de O₂, de la sangre alveolar (Haldane), diferencia arteriovenosa de O₂ (Grollman), y rendimiento cardíaco (Fick). Las mismas determinaciones se hicieron en otros 43 pacientes, para estudiar las condiciones generales de producción de la cianosis.

El autor adopta la clasificación de Lunsdgaard y Van Slyke: 1. — Cianosis arterial (oxigenación alveolar imperfecta, o mezcla de sangre arterial y venosa); 2. — Cianosis venosa (estrechez mitral). En el síndrome de Ayerza la cianosis pertenece al primer grupo, y su causa es debida a una alteración del intercambio de gases alveolares (enfisema pulmonar, hipoventilación primitiva del pulmón),

ALTERNANCIA REGULAR DE COMPLEJOS VENTRICULARES EN EL RITMO NORMAL (*o pravidelmen střidání komotováč komplexu při normálním rytmu*). — VLADISLAV SVAB, 183.

UN CASO DE ANEURISMA SIFILITICO CUADRUPLE DE LA AORTA (*Pripad ceterocenné cudute sletení*). — I. FILIP, 185.

EL CORAZON EN UN CASO DE INSUFICIENCIA TIROIDEA (Pripad myxedemoveho srdce. — L. FILIP, 186.

EL PROBLEMA DEL CORAZON FIBROMIOMATOSO (Otázka myomoveho srece) — ST. MENTL, 187.

El autor realiza un estudio desde el punto de vista clínico (98 casos) y anatomopatológico (81 casos), llegando a la conclusión general de que las mujeres portadoras de un fibromioma uterino, son atacadas por enfermedades circulatorias orgánicas o funcionales con gran frecuencia.

Pero ello no afirma de ninguna manera, como equivocadamente han indicado otros autores, que exista una relación etiopatogénica directa entre ambas afecciones. Lo que sucede en realidad, es que estas enfermas son sin excepción del mismo tipo constitucional. Y es sobre ese terreno constitucional y patológico que evolucionan un cierto número de enfermedades, clasificadas entre las degenerativas, o enfermedades cuya evolución es facilitada por las disposiciones patogénicas de esta constitución.

Finalizan agregando los datos clínicos y anatómicos de mujeres afectas de quistes de ovario, las cuales presentan analogías muy llamativas con las del grupo anterior.

TRATAMIENTOS DE LOS BASEDOWIANOS ASISTOLICOS POR EL IODO Y LA DIODOTIROSINA (Jodová a diodotyrosinová léčba dekompenzovaných tyreotiků). — A. MLÁDEK, 189.

El autor cree que el iodo es indispensable para obtener la compensación de un tireotóxico descompensado. Puede recurrirse al lugol o a la diodotirosina, siendo la acción de esta última idéntica a la del tratamiento iodado.

SOBRE LAS DERIVACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS TORACICAS Y SU VALOR DIAGNOSTICO EN EL INFARTO DE MIOCARDIO Y OTRAS ALTERACIONES DEL MIOCARDIO (Hrudní svod y elektrokardiogramu a jeho cena diagnostická při koronární trombose a onemocnění srdceho). — J. SERE, 190.

Cuando el miocardio está alterado, el autor comprueba que en la cuarta derivación, el complejo QRS es monofásico positivo, el segmento R-T, sobrelevado y la onda T positiva. Estas alteraciones se encuentran frecuentemente asociadas, sobre todo si se trata de obstrucción coronaria.

En el caso del miocardio sano el desplazamiento del electrodo torácico activo en la región precordial no produce, sino alteraciones cuantitativas referentes al voltaje de las ondas, mientras que en los casos de alteración miocárdica se observan variaciones cualitativas.

Cuando en II y III derivación el infarto de miocardio origina un desnivel de R-T, en la derivación cuarta se observa una depresión de R-T con onda T positiva.