

de la rama izquierda del haz de His. 1) Infartos de la pared libre del ventrículo izquierdo sin invasión septal importante. Se reconocen por complejos RS en V5 y V6, es decir, en estas derivaciones se registra el potencial intracavitario del ventrículo (RS, cuando hay bloqueo de rama izquierda) a través del infarto transmural de la pared libre. 2) Los infartos del tercio inferior del tabique interventricular perteneciente a la masa septal izquierda, se reconocen por complejos qR, con muescas y empastamientos y T negativa, en las derivaciones V5 y V6. 3) Infartos del tercio inferior del tabique interventricular (masa septal izquierda) con invasión a la pared libre del ventrículo izquierdo: o sea la combinación de los dos anteriores. Se manifiestan por qRs en V5 y V6. El voltaje de S es proporcional a la extensión del infarto en la pared libre del ventrículo izquierdo: la profundidad de Q es proporcional a la extensión del infarto en la masa septal izquierda. 4) Infartos de los dos tercios del tabique interventricular con extensión a la pared libre del ventrículo izquierdo. Desaparecen en V5 y V6 las morfologías características del bloqueo de rama izquierda y son substituidas por complejos del tipo qrS, siendo el voltaje de R inversamente proporcional a la extensión en altura del ataque septal. El bloqueo de rama izquierda se reconoce en D1 y VL.

De la revisión de este material los autores destacan los siguientes hechos: 1) los infartos septales son más frecuentes (27 % del total de los casos estudiados) que los de la pared libre del ventrículo izquierdo (13'25 %). 2) La localización septal generalmente es muy extensa, pues abarca los tercios medio e inferior en el 59'15 de los 71 % infartos aislados del tabique interventricular. 3) Los infartos septales se diagnostican electrocardiográficamente con más facilidad. 4) La incidencia de los infartos subendocárdicos es mayor que la de los infartos transmurales: 45'25 % y 14'25 % del total de los casos estudiados, respectivamente.

Alteraciones de la frecuencia, el ritmo, y la conducción en el infarto agudo de miocardio

DISTURBANCES OF RATE, RHYTHM AND CONDUCTION IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. A STATISTICAL STUDY OF 153 CASES. *Am. J. Cardiol.* 5: 24, 1960.

El estudio de 153 enfermos de infarto agudo demuestra alteraciones de alguno de estos tipos en el 73 por ciento. La frecuencia de mortalidad en los enfermos que presentan estas manifestaciones es considerablemente más alta que lo que corresponde al total. El pronóstico se debe fundamentar sobre la valoración de las alteraciones del ritmo cardíaco.

Ruptura del corazón en el infarto de miocardio

RUPTURE OF THE HEART IN MYOCARDIAL INFARCTION. CLINICAL AND PATHOLOGIC OBSERVATIONS. Sigler, L. H. *Am. J. Cardiol.* 5: 14, 1960.

Presentan 8 casos y revisan la bibliografía. Parece ser más frecuente de lo que se indica en otros trabajos. Afecta un área del corazón donde hay lesión de músculo pero nunca áreas de necrosis. La hipertensión con sobrecarga cardíaca e hipertrofia de miocardio es una de las causas predisponentes. La causa directa más importante parece ser la expansión aneurismática de la zona del miocardio desvitalizada. El diagnóstico de la ruptura de la pared libre es difícil de hacer, pero la perforación del septum interventricular es relativamente fácil de diagnosticar.