

SOCIEDADES CIENTIFICAS

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA, 1939

La sexta sesión científica de la Sociedad Argentina de Cardiología, se efectuó el 29 de Noviembre de 1939, en la sala XII del Hospital Ramos Mejía, bajo la presidencia del Prof. Dr. R. A. Bullrich. Las exposiciones se efectuaron de acuerdo con el siguiente programa:

A PROPOSITO DE DOS OBSERVACIONES DE PERICARDITIS CONSTRICTIVA CON CALCIFICACION DEL PERICARDIO, D. Staffieri y L. González Sabathié, Rosario.

Se estudian dos casos de pericarditis constrictiva con calcificación del pericardio. Uno de ellos tratado quirúrgicamente y con necropsia. Los autores hacen consideraciones sobre las características clínicas, radiológicas y electrocardiográficas de las observaciones que presentan, y sobre el diagnóstico diferencial de las pericarditis constrictivas.

DISCUSIÓN. — *Dr. Joselevich*: Manifiesta que ha tenido ocasión de observar varios casos de calcificación pericárdica, algunos con examen anatomopatológico, habiéndole llamado la atención, entre otros detalles, sobre los que no considera oportuno insistir en ese momento, los dos puntos siguientes:

1º) En todos los casos por él observados existía un trastorno de ritmo del tipo de la *fibrilación auricular*, tal como sucedía en una de las observaciones referidas por los comunicantes. Aunque no hay acuerdo entre los autores sobre la frecuencia con que se comprueba en tales enfermos esa clase de arritmia, aparentemente independiente de la calcificación pericárdica, desearía conocer la opinión de los comunicantes sobre la posible relación existente entre ese proceso y el mencionado trastorno del ritmo cardíaco.

2º) En una de sus observaciones, muy semejante a la de los comunicantes desde el punto de vista radiológico y anatomopatológico, se comprobó un *desplazamiento posterior del relleno opaco esofágico*, en la radiografía transversal del tórax. La autopsia demostró que ese desplazamiento era debido a una enorme dilatación de la aurícula derecha, hasta el punto de que podía hablarse de una *aurícula derecha posterior*. Como en uno de los casos de los comunicantes existía también una aurícula derecha muy dilatada y una incurvación esofágica a concavidad anterior, desearía saber si no se pensó en la posibilidad de que se tratara de un fenómeno semejante.

Dr. Battro: ¿No había comunicación interauricular en el segundo caso?

Dr. Taquini: He visto varios casos operados en Boston por Churchill, en Cleveland por Beck y en Nueva York por Stewart, todos curaron con amplia resección. Los cirujanos americanos llevan los enfermos a la intervención muy bien preparados, eliminando la rêmora circulatoria convenientemente. En ninguno de los casos se produjo taquicardia post-operatoria, al revés de lo que sucedió en dos que ví operar en nuestro medio.

Dr. González Sabathié. — Al Dr. Joselevich: Ateniéndonos a nuestros casos

sólo en uno de ellos había fibrilación y en el otro un ritmo regular sinusal. En el caso con fibrilación auricular la autopsia demostró que había una enorme dilatación de la aurícula derecha. Esta enorme dilatación permitió la interpretación de la telerradiografía frontal que aparecía tan difícil. Ahora bien: si se tiene en cuenta que entre los factores etiológicos determinantes de la fibrilación auricular (circulatorios, tóxicos, infecciosos, etc.), se encuentran los mecánicos, en este caso la gran distensión de la aurícula derecha podría ser una de las causas más importantes.

Con respecto al desplazamiento posterior del relleno opaco esofágico, efectivamente nos llamó la atención en las radiografías del mismo caso que comentamos, y así fué interpretada como hacemos constar en el trabajo in extenso. Al Dr. Battro: No. Al Dr. Taquini: El enfermo fué muy bien preparado, mejorando sus condiciones circulatorias hasta donde fué posible por los medios clínicos. Toleró muy bien la operación y salió de ella perfectamente, haciendo su accidente pulmonar horas después. Probablemente el brusco desequilibrio circulatorio determinado por la liberación de la coraza calcárea, debe ser la causa más importante en el determinismo de estos accidentes.

LOS EFECTOS INMEDIATOS DE LA ATROPINA ENDOVENOSA SOBRE EL RITMO CARDIACO. E. Levin, Rosario. (Ver pág. 353).

ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL NEFROGENA. J. C. Fasciolo, Bs. Aires. (Ver Nº 5, pág. 325).

LA EMBOLECTOMIA RETROGRADA DE LA AORTA ABDOMINAL Y LAS ILIACAS PRIMITIVAS. A. Lanari y A. Rey, Bs. Aires. (Ver pág. 375).

DISCUSIÓN. — *Dr. Etchevés:* Conceptúo que es un capítulo muy interesante el de las embolias de los miembros en los cardíacos, que ha sido poco tratado en nuestro medio. Recuerdo que los tres primeros casos que he visto fueron amputados por gangrena y los tres fallecieron.

Un cuarto caso de embolia de miembro inferior en un cardíaco con grave insuficiencia que no fué, por esta razón, operado, tuvo intensa isquemia del pie derecho con fenómenos tróficos, desprendiéndose la piel como una media. La circulación se restableció, probablemente por fragmentación del coágulo, salvándose íntegramente el miembro. Un quinto caso, de la clientela privada, con estrechez mitral fibrilada, hizo una embolia de la subclavia, aconsejándose la expectación por haber pasado más de 24 horas, para hacer una embolectomía precoz: este también evolucionó bien, ya sea por fragmentación del coágulo o por el desarrollo de circulación colateral.

No creo, sin embargo, que sea esta la conducta ideal y es probable que la expectación lleve, en muchos casos, a la gangrena. Pero, como lo señalan las estadísticas de los suecos y noruegos, si bien la embolectomía practicada dentro

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

de las diez horas da el 90% de curación, esta cifra baja al 50% cuando se la realiza entre las 10 y 20 y llega a 0% cuando la ebolectomia es practicada después de las 20 horas. Por ello, para no seguir la conducta expectante hay que efectuar un diagnóstico precoz y operar al enfermo dentro de las horas que establece el primer plazo.