

## SOCIEDADES CIENTIFICAS

### SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. 1939

La cuarta sesión científica de la Sociedad Argentina de Cardiología se efectuó el 14 de Septiembre de 1939, en el Instituto de Semiología del Hospital Nacional de Clínicas, bajo la presidencia de Prof. M. R. Castex. Las exposiciones se efectuaron de acuerdo con el siguiente programa:

#### *A PROPOSITO DEL LLAMADO BERI BERI CARDIACO ALCOHOLICO TIPO LATENTE.* R. Dassen. Bs. Aires.

Se refiere una observación de beri beri cardiaco asintomático, en el curso de una polinueritis, diferenciándose de las observaciones comúnmente conocidas por haber sido reconocida antes de que diese signos de insuficiencia cardíaca gracias a la telerradiografía. La terapéutica con la aneurina, a la vez que mejoró notablemente la polinueritis, llevó al corazón a su tamaño normal.

#### *LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES EN EL AGRANDAMIENTO DE LA AURICULA IZQUIERDA. MECANISMO DE LA CIANOSIS EN LA ESTRECHEZ MITRAL.* T. Cossio e I. Berconsky. Bs. Aires (ver N° 3, pág. 137).

DISCUSIÓN. — *Dr. Braun Menéndez:* Pregunta si en los casos en que había diferencia entre la presión venosa de miembros superiores e inferiores había relación entre la cianosis de la cara y las diferencias tensionales.

*Dr. Capdehourat:* Pregunta qué ventajas ofrece el manómetro que se exhibe si beneficia su uso más que los otros y si es superior a los manómetros anaeroides.

*Dr. Berconsky:* Indudablemente, es mejor que los conocidos. En general los manómetros anaeroides se descomponen con facilidad. La ventaja que tiene el procedimiento que propiciamos, es la siguiente: se puede ejercer un control atento; se tiene un conocimiento de la presión venosa en forma casi exacta; expresada en milímetros de agua, no se descompone nunca, es muy barato sobre todo las cifras que da son muy exactas.

*Dr. Cossio:* La relación de la cianosis de la estrechez mitral con las condiciones generales de los pacientes, ha sido ampliamente considerada en el trabajo anterior al cual se refirió el Dr. Berconsky. En cuanto a la cuestión de la ventaja de los manómetros libres o anaeroides es un problema que justamente acaba de ser considerado por la comisión conjunta anglo americana, para la standardización de los métodos para determinar la presión arterial, prefiriéndose los manómetros libres, como es el a mercurio (British Heart Ass.) y sólo el manómetro anaeroide si es sometido a frecuentes controles durante el año (Amer. Heart Ass.). Pero para la medida de la presión venosa hay otro factor que hace más ventajoso el manómetro libre, como el empleado por nosotros.

es que la sangre nunca se introduce en el sistema utilizado; en cambio, cuando se emplean los manómetros anaeroides, la sangre se introduce...

*Dr. Capdhourat:* El manómetro anaeroide funciona por la presión del aire y no hay columna líquida...

*Dr. Cossio:* Naturalmente que la sangre no llega hasta la misma espiral del manómetro anaeroide, pero la sangre se introduce por la aguja y llena parcialmente el tubo de goma, creándose resistencias que falsean los resultados, aparte de su frecuente coagulación, a pesar de estar lleno el sistema con sustancias anticoagulantes, por ejemplo, citrato de soda. La mayor exactitud de los manómetros libres y la falta de entrada de sangre en la aguja y el tubo de goma, ha determinado que el método, hoy día universalmente aceptado para medir la presión venosa, sea el directo con manómetro libre, lleno de solución salina o glucosada isotónica.

*REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO DE LOS SOPLOS VALVULARES, J. García del Río, Bs. Aires.*

Sostiene el autor, que ciertos accidentes que se observan sistemáticamente en el complejo rápido del electrocardiograma, traducen el registro galvanométrico de energía eléctrica engendrada por soplos valvulares orgánicos. Es decir, que en el electrocardiograma se inscriben soplos, especialmente los sistólicos, de las válvulas aórtica y mitral, siendo posible individualizarlos. Basa sus conclusiones en un estudio estadístico sobre 300 casos.

DISCUSIÓN. — *Dr. Braun Menéndez:* Ante todo me llama la atención el gran número de casos de estrechez aórtica que señala el comunicante en su estadística. En cuanto a la patogenia invocada, hay una cosa absolutamente imposible de aceptar y es que la melladura que existe en la rama descendente de Q, en los trazados correspondientes a casos con soplo aórtico, sea debida a la energía eléctrica generada por las vibraciones de las sigmoides aórticas. Las válvulas, en ese momento, están perfectamente cerradas y no se abren sino 5 a 6 centésimas de segundo después. No es posible aceptar que el soplo aórtico se inscriba en el electrocardiograma, por la sencilla razón de que en ese momento no hay soplo aórtico.

*Dr. Cossio:* Creo estar en la obligación de referir suscintamente, los resultados arrojados por un pequeño trabajo de contralor que realicé para formarme criterio personal, no bien me enteré de la afirmación que el soplo sistólico mitral se traduce por manchas o melladuras en la rama descendente de RI, y el soplo sistólico aórtico por manchas o melladuras en la rama descendente de QIII o SIII. Resulta perfectamente natural y explicable que deseara tener criterio personal sobre este asunto, si se considera que tal afirmación debe ser calificada, sin el menor énfasis, como una verdadera revolución en la electrocardiografía. El trabajo de contralor se realizó en la siguiente forma:

Se buscó la existencia de melladuras con esas características, en 75 observaciones, de las cuales 25 tenían soplo sistólico por insuficiencia mitral orgánica, 25 con soplo sistólico por estrechez aórtica real (en ambos casos se hallaban reunidas las condiciones necesarias para asegurar el diagnóstico de afección

valvular orgánica) y 25 sin soplo pero con insuficiencia de la circulación coronaria.

Melladuras de la rama descendente de RI se comprobaron en el 8 % de los mitrales, contra el 16 % de los aórticos y el 20 % de los coronarios. A la vez melladuras de la rama descendente de SIII se encontraron en el 12 % de los aórticos, contra el 16 % de los mitrales y el 36 % de los coronarios.

Estas proporciones que, en número mayor de casos podrán variar algo pero no lo suficiente como para invertir los resultados, son, por sí solas, tan demostrativas que no requieren comentario para dejar establecido que la melladura de la rama ascendente de RI así como la melladura de la rama descendente de SIII, son totalmente ajenas a la existencia o no del soplo sistólico mitral y aórtico, respectivamente.

Creo que sería conveniente que otros colegas efectúen trabajos de contralor semejantes, para ir formándose una opinión personal y de conjunto, sobre esta cuestión.

*Dr. Moia:* Las palabras del relator, así como las consideraciones formuladas por los Dres. Braun Menéndez y Cossio, me sugieren los siguientes comentarios: es evidente que el enorme empuje que el estudio de las alteraciones de la circulación coronaria dió a la investigación electrocardiográfica, ha hecho que, con el entusiasmo de los primeros tiempos, se sobreestimara en todas partes el valor diagnóstico de este útil y, a veces, indispensable complemento del examen clínico. A los errores e inseguridades de la era inicial, se agregaron luego los derivados de esta desordenada avalancha de valiosas adquisiciones que, sin dar tiempo a una exacta discriminación, llevó a los autores a hablar de ondas coronarianas típicas, o de curvas patognomónicas de infarto de miocardio, de insuficiencia de la circulación coronaria, de hipertrofia ventricular, etc. Este criterio erróneo, del cual en más o en menos todos hemos participado, hizo mucho daño al prestigio de la electrocardiografía, pues aunque en muchos casos las conclusiones de los informes electrocardiográficos, coincidían con la realidad clínica y anatomopatológica, en otros el divorcio era absoluto. En nuestro medio se ha reaccionado a tiempo contra este concepto y, en ese sentido, no puede negarse o desconocerse la eficacia de las enseñanzas derivadas de los cambios de ideas entre los miembros de esta Sociedad.

El relator no parece, sin embargo, haberse encauzado en esta sana corriente de opinión. En efecto, en oportunidad anterior, le hemos oído hablar, aquí mismo, de onda T aórtica, del electrocardiograma de la hipertensión arterial, del reconocimiento de la insuficiencia de la circulación de ambas arterias coronarias por las modificaciones observadas en una sola derivación del electrocardiograma y hoy nos plantea el problema del registro de los soplos sistólicos aórtico y mitral por el electrocardiograma, en base a la existencia de melladuras del complejo ventricular rápido.

Yo no quiero entrar a considerar los fundamentos de esta comunicación, porque creo que para que ella pueda ser tomada en cuenta el autor debería primero, empezar por demostrar en forma incontrovertible, que es inexacto el hecho, hasta hoy indiscutido, de que el complejo QRS del electrocardiograma se debe a la suma de los potenciales que se forman al producirse la excitación del

miocardio ventricular no específico y que, de las modificaciones del mismo, no se pueden sacar conclusiones de índole etiológica ni de naturaleza anatomopatológica, así como que tampoco se pueden relacionar la fuerza de la contracción con la altura de los accidentes eléctricos. Si otros miembros lo han hecho, no ha de ser a buen seguro, para discutir la comunicación en sí misma, sino para robustecer el concepto que acabamos de recalcar y que obliga a no atribuir al electrocardiograma, en el momento actual, más valor que el de un eficaz colaborador de la clínica y que no se puede, por más patognomónicas ni características que parezcan las modificaciones de sus diversos componentes, suplantar a la semiología y a la clínica desde el escritorio.

*Dr. García del Río:* Es motivo de gran satisfacción para mí, comprobar el interés que mi comunicación ha despertado. Procuraré contestar a todos y lo haré comenzando con el Dr. Braun Menéndez, quien dice que si bien acepta la patogenia propuesta para los soplos mitrales, no acepta esta teoría para los aórticos (*Dr. Braun Menéndez:* Interrumpe diciendo que él no acepta ninguna de las dos hipótesis del relator) porque en el momento de producirse la melladura del QRS no se ha iniciado todavía el período expulsivo. Este último hecho podría ser debido a que habitualmente cuando hay lesión de las válvulas aórticas se encuentran, frecuentemente, alteraciones del miocardio subyacente, las que darían lugar a la aparición de modificaciones del QRS, aún antes de que comience el período expulsivo, representando a la lesión orgánica que se traduce a la auscultación por el soplo.

He intentado, siguiendo la más antigua de las ideas, desde Einthoven, sacar sobre la misma cuerda el electrocardiograma y el fonocardiograma, y he llegado a ver que cuando se trataba de lesión mitral, las alteraciones fonocardiográficas en la misma cuerda del electrocardiograma, dan coincidencia entre el primer tono y la melladura individualizada. En la estrechez aórtica no sucedía así pues, mientras que normalmente en estos trazados, el primer ruido cardíaco se inscribe en DIII sobre la rama ascendente de S, los accidentes sonoros que caracterizan al soplo sistólico se inscriben sobre la rama descendente y vértice de SIII, adelantándose todavía a las del primer ruido.

*Al Dr. Cossio:* Agradézcole sumamente la estadística. Vemos que el doctor Cossio dice haber individualizado la melladura que yo creo corresponde a la inscripción electrocardiográfica de los soplos sistólicos orgánicos. La proporción del 8 % que él da para los mitrales está bastante de acuerdo con la mía del 26 por ciento.

En vista de la moción del Dr. Cossio, hállome encantado de poner a disposición de todos los miembros que se interesen, el material de que dispongo y que me ha permitido llegar a estas conclusiones.

*Al Dr. Moia:* Agradézcole por sus consejos de moderación en cuanto respecta a los estudios electrocardiográficos. Soy un convencido de que he podido ver esas cosas. Dudo que no esté ajustado a la verdad. El tiempo dirá si tengo o no razón; por ahora me someto a las indicaciones de esta Sociedad cuando haya que trabajar.

*Dr. Padilla:* Me ha producido enorme sorpresa el anuncio del trabajo que se discute. Por eso esperaba impaciente este momento para conocer la explicación



de cómo se podían originar esas melladuras. Considero tales ideas muy contrarias a los principios fisiológicos aceptados universalmente, por lo que creo que sería conveniente que, velando por el prestigio de la Sociedad Argentina de Cardiología, se nombrara una comisión surgida de su seno, la cual investigaría en los archivos electrocardiográficos de los distintos servicios hospitalarios, para ver si esa teoría encierra algo de verdad o ha sido un entusiasmo juvenil el que ha llevado a formular esa hipótesis. Se podría constituir una comisión de tres miembros, la cual deberá revisar los archivos y verificar si realmente es cierto lo que se afirma, o si, como anteriormente expresé, todo ha sido fruto de un entusiasmo.

*Dr. Braun Menéndez:* No veo en ello ningún inconveniente, porque si realmente se comprueba, es un triunfo, y si no, habrá que achacar el asunto, como dice el Dr. Padilla, a un entusiasmo juvenil.

*Dr. Cossio:* Creo que el trabajo de la comisión debe consistir en redactar un informe con los datos que puedan mandar los distintos servicios especializados del país. Propongo una comisión formada por los Dres. Castex, Houssay y Padilla para que se aboquen a este asunto y puedan redactar el informe.

*Dr. Moia:* Pido que se aclare un poco más lo que el Dr. García del Río cree que es capaz de determinar esta melladura, reconocible como soplo. El relator, al contestar a la objeción que formulara el Dr. Braun Menéndez, dijo que, habitualmente las lesiones valvulares aórticas se acompañan de alteraciones subyacentes del miocardio. Esto tiene un límite puesto que hay lesiones, como la esclerosis primaria ascendente de las válvulas aórticas, que pueden dar estrechez y soplo sistólico, sin que esté comprometido el miocardio subyacente.

Pido aclaración acerca de la opinión del comunicante de que es el miocardio subyacente el que origina la melladura que caracteriza al soplo, puesto que al principio dijo que se trataba de la corriente originada por las vibraciones valvulares, y luego acepta que no es la válvula sino el miocardio, el que origina la melladura.

Si ya de entrada fracasa en sus fundamentos, no sé si valdría la pena formar la comisión. Me gustaría una aclaración concreta de cómo explica el autor por qué el soplo aórtico se inscribe en el electrocardiograma, antes de que comience el periodo expulsivo.

*Dr. Padilla:* El Dr. García del Río ha tratado una cuestión de hecho y no de teoría. Falta comprobar si existen o no esos hechos.

*Dr. Moia:* Pero el hecho que él plantea, está en contra de un principio fisiológico fundamental. Creo que se trata de una simple coincidencia y que debe haber muchos enfermos con soplos y con melladuras, pero siempre dentro del marco de las coincidencias.

*Dr. Cossio:* Pero el Dr. García del Río habló del 100 por 100...

*Dr. García del Río:* ... de las melladuras existentes en el electrocardiograma, cuando se las confronta con el enfermo. Lo que yo he tenido por práctica ha sido confrontar los electrocardiogramas con los datos clínicos, y pude observar que ciertas melladuras aparecían en enfermos que tenían lesión valvular orgánica.

*Dr. Cossio:* El 56 % tiene la misma melladura y sin soplo.

*Dr. García del Río:* Pero no es cualquier melladura la que traduce el soplo, sino un tipo de melladura especial que yo he individualizado.

*Dr. Moia:* ¿Y qué característica tiene esa melladura?

*Dr. Capdehourat:* Quiero formular la misma pregunta del Dr. Moia: ¿qué carácter morfológico debe tenerse en cuenta para que esa melladura permita el diagnóstico de soplo?

*Dr. García del Río* (proyecta trazados con melladuras y dice): Voy a mostrar otro trazado perteneciente al Dr. de la Serna, quien se encontró frente a un enfermo con doble lesión mitral y soplo sistólico aórtico. Yo le pedí copia y me autorizó a mostrarla. Como veremos, tiene la melladura en RI y SIII. He traído a esta reunión los electrocardiogramas más típicos, para poder ser gráficos en nuestra explicación.

*Dr. Moia:* Como las melladuras de los trazados proyectados son de distinta configuración, yo pregunto cómo vamos a tener un patrón para individualizarlas, si se nos muestran melladuras distintas.

*Dr. Batlle:* Dado que la melladura tiene caracteres especiales y nosotros, por lo novedoso del asunto, no estamos en condiciones de reconocerla, pido no sólo que se nombre una comisión para investigar, sino que el Dr. García del Río, quien tiene gran interés en convencernos de lo que nos muestra, entre en esa comisión y además que se pidiera al encargado de la cuestión, en los servicios de Cardiología, que separe los electrocardiogramas; luego se estudiaría la historia clínica, después de haber individualizado los electrocardiogramas el propio Dr. García del Río; finalmente se harían estadísticas, pero eso sí, exigiendo siempre que el diagnóstico de estrechez aórtica e insuficiencia mitral se ajuste a las normas reclamadas por el Dr. Cossio.

*Dr. García del Río:* Acento complacido la moción del Dr. Batlle.

*Dr. Arrighi:* Creo, sin embargo, que los hechos no pueden separarse de la cuestión patogenia, pues el título de la comunicación dice: "Registro electrocardiográfico de los soplos valvulares", y ello es inconcebible porque los soplos son fenómenos acústicos y por lo tanto no pueden registrarse como tales en el electrocardiograma.

*Dr. Braun Menéndez:* Si esta comunicación se va a publicar, como el texto de la misma está completamente en desacuerdo con lo sostenido en la discusión, ya que el autor reconoce que esa melladura aórtica no puede corresponder al soplo, pido se modifiquen los términos que hablan de registro e inscripción de soplos por el electrocardiograma.

*Dr. García del Río:* De acuerdo.

*Dr. Cossio:* De acuerdo con la moción del Dr. Batlle, propongo que realicen este trabajo de selección y estadística los doctores: Vedoya (servicio del Prof. Spangenberg); Moia (servicio del Prof. Bullrich); de Soldati (servicio del Prof. Arillaga); Benarós (servicio del Dr. Casás); Etchevés (servicio del Dr. Parodi) y González Sabathié, de Rosario.

Habiendo asentimiento general se aprueba la moción del Dr. Cossio.

*CAYADO AORTICO A LA DERECHA. OPACIFICACION POST-MORTEM.* A. Castro Aubóne, R. Renato Marra y P. Cossio, Mendoza y Bs. Aires.

DISCUSIÓN. — *Dr. Vedoya:* Respecto a las ramas que nacen de la aorta, quiero recordar que en una observación personal, ellas no partían de la descendente sino de la ascendente.

*SOBRE EL VALOR DE LA AUSENCIA DE LA ONDA Q DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN DERIVACION CUARTA.* J. E. Israel y J. Ferretti.

DISCUSIÓN. — *Dr. Cossio:* Pediría que se modificara la denominación de onda Q, reemplazándola por la onda R, o deflexión inicial positiva, de acuerdo con el criterio aconsejado por el comité anglo-americano.

*Dr. Ferretti:* Así se hará al efectuar la publicación in extenso.