

SOCIEDADES CIENTIFICAS

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA, 1939

La segunda sesión científica de la Sociedad Argentina de Cardiología, se efectuó el 31 de Mayo de 1939, en la sala XII del Hospital Ramos Mejía, bajo la presidencia del Prof. Dr. F. C. Arrillaga. Las exposiciones se efectuaron de acuerdo con el siguiente programa:

UN CASO DE PARARRITMIA MOSTRANDO EL MECANISMO QUE CONDUCE AL BIGEMINISMO EXTRASISTOLICO, R. Vedoya y A. Rodríguez Battini, Bs. Aires (aparecerá en un próximo número).

CHASQUIDO PROTODIASTOLICO EN UN CASO DE CALCIFICACION DEL PERICARDIO, A. Battro, N. Quirno y R. González Segura, Bs. Aires (aparecerá en un próximo número).

DISCUSIÓN. — *Dr. González Sabathié*: Lamento que los comunicantes no hayan recordado que en una de las últimas sesiones realizadas por esta Sociedad el año pasado presenté una observación de ruido protodiastólico en un paciente con calcificación de pericardio, en quien el estudio fonocardiográfico demostró que dicho ruido se iniciaba antes del vértice de la onda *v* del flebograma, es decir, en el período de relajación isométrica diastólica y no en el final del período de lleno rápido como sostienen Liañ y colaboradores. Creo, de acuerdo a la sugestión del Prof. Cossio, que la explicación de dicho ruido es la siguiente: la placa casi rígida de calcificación sufre, al ser arrastrada por la retracción sistólica, una incurvación forzada, y al volver rápidamente a su estado anterior apenas iniciada la diástole, entra bruscamente en tensión y origina el ruido consiguiente. — *Dr. Cossio*: La comprobación realizada por el Dr. González Sabathié que el ruido agregado coincide con la onda *v* del flebograma, prueba que dicho ruido se debe a la brusca vuelta a la posición de equilibrio de las formaciones poco extensibles que engarzan al corazón, una vez terminada la sístole ventricular. Esto también es la causa por la cual, dicho ruido habitualmente coexiste con un resalto precordial denominado rebote protodiastólico. Dada esta patogenia, el chasquido protodiastólico pericárdico se observa en casos de adherencias pericárdicas con o sin calcificación y siempre que exista un miocardio lo suficiente potente para producir una tracción tal, que una vez sobrevenida la relajación se produzcan vibraciones capaces de ser percibidas por el oído. Prefiero el término de adherencia y no de fibrecuía como lo hacen los comunicantes, por creerlo más propio y comprender las adherencias internas y externas. En cuanto a la frecuencia que le asignan los comunicantes al ruido en cuestión, es sólo de un valor relativo, pues si no se emplea filtraje no es posible conocerla, por tratarse de un fenómeno acústico en el cual interfieren vibraciones de muy diversas frecuencias, como acontece con los otros fenómenos acústicos del corazón. Así, por ejemplo, durante mucho tiempo se ha afirmado que el primer ruido está compuesto por vibraciones de una frecuencia de 60 por segundo, y hoy día se sabe, gracias a un análisis realizado, que en su constitución intervienen oscilaciones de frecuencias que van desde 150 hasta 50 y menos por segundo. Igual cosa

forzosamente tiene que ocurrir con el chasquido protodiastólico pericárdico y hasta que no se haga un análisis del mismo por medio de filtrajes diversos, no se sabrá cuáles son las frecuencias de las vibraciones que entran en su constitución. La frecuencia señalada indudablemente es sólo de las vibraciones de baja frecuencia que intervienen en su constitución, pues las de mayor frecuencia escapan a la capacidad óptima del aparato que se ha utilizado, la cual es alrededor de 100 por segundo.

Dr. Braun Menéndez: Desearía saber si el enfermo no tiene además de la pericarditis fibrosa, una estrechez mitral, en cuyo caso quizás pudiera interpretarse el ruido agregado como un chasquido de apertura de la mitral.

Dr. González Segura: Al Dr. González Sabathié. Nos disculpamos por no haber hecho mención de su trabajo presentado a la Sociedad de Cardiología, pues por no haber sido todavía publicado no lo pudimos consultar. Al Dr. Cossio. En cuanto a la crítica que hizo del término fibrequia, diremos que entendiendo por tal cualquier adherencia ya entre las hojas o con los órganos vecinos, no hay inconveniente en usarlo, sobre todo teniendo en cuenta que nosotros sólo lo hacemos para los casos de los otros autores en que no siempre relatan con precisión el cuadro anatómico. En lo que se refiere a la objeción que hizo de que el decir 75 vibraciones por segundo tenía un valor relativo y que nuestro aparato no registra frecuencias por encima de 100 por segundo, diremos que es cierto que al decir 75 vibraciones por segundo nos olvidamos que todos los aparatos dan distorsión y en base a eso precisamos en nuestro trabajo el aparato con que trabajamos, pero no estamos conformes con lo que dice el Dr. Cossio, que el Combridge no registra frecuencias por arriba de 100, pues hemos podido comprobar en trazados sacados con este aparato que se registran bien las frecuencias entre 100 y 175 vibraciones por segundo y esto también lo hemos podido comprobar con un audiómetro. De todas maneras recalcamos que los diferentes aparatos de esta marca existentes en el país no dan registros uniformes. Al Dr. Braun Menéndez. La posibilidad de que nuestro caso se tratase de una estrechez mitral, diremos fué nuestra primera impresión, pero el estudio radiográfico en frontal y oblicuas nos hizo pensar más en la posibilidad de una cardiopatía congénita, probablemente una comunicación interauricular.

TOMOGRAFIA CARDIOVASCULAR. I.-AURICULA IZQUIERDA Y VENAS PULMONARES. L. González Sabathié e Y. S. Fiorito. Rosario (aparecerá en un próximo número).

DISCUSIÓN. — *Dr. Battro:* Considero sumamente interesante la presentación de las tomografías de parte de los comunicantes y me complace poder contribuir a la demostración con algunas placas de casos de dilatación del sistema arterial de la pulmonar. Este procedimiento, que venimos efectuando desde hace 3 años, nos ha resultado altamente satisfactorio y de valor diagnóstico en ciertos casos. Mediante este procedimiento se puede visualizar, en cortes que pasen a nivel del hilio, tanto el tronco de la arteria pulmonar como sus ramas de bifurcación aún las más pequeñas. Permite, además, apreciar el calibre de las mismas y precisar la distribución topográfica como en radiografías efectuadas con mezclas de contraste. La tomografía, de que presentamos algunas películas, son al respecto muy ilustrativas.

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR PRECORDIAL NO ANGINOSO POR LA VITAMINA B₁, Blas Moia y F. F. Batlle, Bs. Aires (ver pág. 73).

DISCUSIÓN. — *Dr. Cossio*: Dado que una de las características fundamentales de las algias cardiorácicas es su variabilidad y la influencia favorable aunque generalmente transitoria que ejercen sobre las mismas diversos medios terapéuticos, para sentar que la vitamina B₁ tiene una acción curativa, creo necesario hacer una investigación utilizando testigos y estableciendo varios grupos, para ser unos tratados con un medicamento y otros con otros medicamentos, y luego establecer el porcentaje de curaciones en los diversos grupos. Más aún, en un mismo grupo alternar por períodos la vitamina y otro inocuo, a fin de eliminar el factor psíquico. *Dr. Battro*: Aun cuando no he efectuado tratamientos sistemáticos con la vitamina B₁, las veces que lo ensayado en casos de esta índole, fué con resultado francamente negativo. Además no puedo convencerme de la eficacia de esta terapéutica ni de su modo de actuar en casos en que el factor neurítico, sobre el cual actuaría la vitamina B₁, no esté en juego.

Dr. Moia: En mérito a la brevedad no he detallado las características del material en el cual se efectuó este tratamiento. Se trataba en todos los casos de pacientes que habían sido infructuosamente sometidos a los más variados tratamientos médicos y aún fisioterápicos, de modo que en ellos la vitamina B₁ constituía un medicamento más, destinado como los anteriores, desde el punto de vista psíquico, al fracaso. A ninguno se le anunció que el medicamento a usar era un compuesto de vitamina, para evitar precisamente la sugestión que ese nombre pudiera influir sobre el estado de ánimo del paciente. La misma objeción se me hizo también cuando presenté los resultados del tratamiento de algunos síntomas subjetivos de la hipertensión arterial por la autohemoterapia, y los hechos posteriores han demostrado categóricamente que era infundada. En uno y otro caso los resultados eran tan claros e indiscutibles que no hemos creído necesario establecer grupos de contralor, ya que el fracaso de las medicaciones anteriores lo hacía automáticamente. Ello no obstante, tendremos en cuenta esta sugestión en la primera oportunidad de recidiva. En cuanto a la objeción del Dr. Battro, es oportuno recordar que está perfectamente probado que no todas las alteraciones nerviosas a manifestación dolorosa, que mejoran con la vitamina B₁, son de carácter neurítico. Para juzgar los fracasos que él menciona, sería necesario conocer el número de casos tratados y las características de los mismos, pues puede suceder que lo haya utilizado en casos de astenia neurocirculatoria y que no haya salido, por lo reducido de las observaciones, de la serie de los fracasos que alcanzan aquí, como hemos dicho, al 40 por ciento.

LA ONDA Q PROFUNDA EN LA TERCERA DERIVACION DEL E.C.G. IMPORTANCIA DE SUS VARIACIONES DURANTE LA INSPIRACION PROFUNDA, J. González Videla, Bs. Aires (aparecerá en un próximo número).

DISCUSIÓN. — *Dr. Rodríguez*: Lo interesante sería que el método que propone el autor permitiera diferenciar las ondas QIII originadas por un proceso coronario, de las que obedecen a un simple cambio de posición del corazón. Ello no

parece ser así desde que la onda QIII de una de las observaciones, cuyo E.C.G. muestra alteraciones como las que se observan en los procesos coronarios tipo infarto de miocardio, se comporta, durante la inspiración profunda, como si fuera un cambio de posición del corazón. — *Dr. Braun Menéndez*: Felicita al Dr. González Videla por su hermosa comunicación. El método que propone para valorar la significación de una onda QIII profunda, a pesar de lo reducido del número de las observaciones, constituye una importante contribución en el terreno del diagnóstico electrocardiográfico.

Dr. González Videla: La excepción encontrada en el grupo anginoso, no corresponde a un infarto, como ha interpretado el Dr. Rodríguez, sino a un síndrome de angor. El distinto comportamiento de la onda Q en ese caso, queda explicado teniendo en cuenta la elevación considerable del hemidiafragma izquierdo que presentaba el enfermo a consecuencia de una gran cámara gástrica. Por ello, en nuestro concepto, dicha onda Q es la expresión de esta elevación diafragmática y no del padecimiento coronario, comportándose por lo tanto como aquéllas del segundo grupo, debidas a esa misma causa. Creemos con el Dr. Braun Menéndez que el número de casos presentados es relativamente reducido, por lo cual proseguiremos este estudio a medida que los casos se presenten a fin de verificar la exactitud de nuestras conclusiones.
