

SOCIEDADES CIENTIFICAS

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA, 1939

La primera sesión científica de la Sociedad Argentina de Cardiología se efectuó el 28 de Abril de 1939, en el Instituto de Semiología del Hosp. Nac. de Clínicas, bajo la presidencia del Prof. Dr. Bernardo A. Houssay. Las exposiciones se efectuaron de acuerdo con el siguiente programa:

LA DURACION DE LA SISTOLE EN LA HIPOCALCEMIA, H. J. Basso, Bs. Aires (ver pág. 19).

LOS TRASTORNOS CIRCULATORIOS DEL PERRO AVITAMINOSICO B₁, I. El pulso, la presión arterial y electrocardiograma, León de Soldati, Bs. Aires.

Con el objeto de estudiar la repercusión que la avitaminosis B₁ tiene en el aparato cardiovascular, el autor ha sometido varios lotes de perros a una dieta especial carente en facto antineurítico, que inspirada en la de Voegtlin y Lake, fué convenientemente modificada.

Los perros sometidos a dicho régimen presentaban un par de semanas después, anorexia, apareciendo más tarde vómitos, paresia del tren posterior, astenia, y en los estados avanzados, opistótonos y convulsiones, entrando en coma. La disnea era frecuente en los estados severos de avitaminosis.

El pulso se determinó semanalmente, comprobándose que 9 de 11 animales (81%) presentaban aceleración manifiesta del pulso, en el momento de acusar el cuadro clínico de carencia ya mencionado. En un caso llegó hasta 240 pulsaciones por minuto, habiendo tenido dicho perro un pulso de 96 por minuto antes de iniciar la dieta.

La tensión arterial controlada por el método indirecto de Biasotti, y confirmada en algunos casos por punción intraarterial, se mostró descendida en el 71% de los animales. En los restantes se mantuvo invariable.

Un total de 9 perros avitaminósicos y 2 testigos, fueron seguidos *electrocardiográficamente*. Se usó generalmente el galvanómetro a cuerda de Boulitte con electrodos de plomo, aplicados sobre la piel afeitada de los animales convenientemente sujetos pero no anestesiados.

Los resultados fueron los siguientes:

1° Aumento de la frecuencia cardiaca en 8 de 9 perros avitaminósicos (88.8%).

2° Neto agrandamiento de la onda P en 8 de 9 perros (88.8%). En algunos, las ondas P aparecieron melladas en el vértice.

3° Tiempo de conducción aurículo-ventricular e intraventricular conservados.

4° Modificaciones de la onda T en 7 de 9 perros (77.7%). En 5 casos, dichas modificaciones consistieron en franca negatividad o marcado bifasismo de la misma con desnivel del segmento S-T en todos ellos. En 2 de estos perros

en los cuales el E.C.G. inicial mostraba T negativa, la negatividad se acentuó considerablemente en estado de avitaminosis, acusando igualmente desnivel de S-T. Los testigos no presentaron modificación alguna de sus ondas P o T.

5º El espacio Q-T se mostró prolongado en los avitaminósicos.

Los trastornos electrocardiográficos observados, se hicieron ver a menudo antes que los trastornos nerviosos de carencia.

Presenta el autor el caso de un perro que teniendo 135 de pulso, 10.5 de tensión arterial sistólica y un E.C.G. con T francamente negativa en las 3 derivaciones y Q-T prolongado, fué tratado con un total de 40 mgrs. de vitamina B₁ cristalizada por vía parenteral y 3 mgrs. por vía oral sin modificación de la dieta. A los 10 días, el pulso bajó a 100 por minuto, la tensión arterial subió a 13 y el E.C.G. reveló disminución del voltaje de P, haciéndose positiva la onda T. El peso no varió, manteniéndose descendido y pudo observarse que la mejoría clínica fué más rápida que la de su e.c.g.

Concluye considerando que la avitaminosis B₁ produce en el perro fenómenos circulatorios bien caracterizables. En lo que respecta a su cuadro electrocardiográfico, admite que los trastornos observados puedan ser debidos a una mala irrigación miocárdica en vista de la rápida recuperación bajo tratamiento vitamínico.

TAQUICARDIAS PAROXISTICAS VENTRICULARES, M. R. Castex, R. Arana, R. López Ramírez y A. Battro, Bs. Aires (ver tomo V, N° 6, pág. 365).

DISCUSIÓN. — *Dr. Cossio*: La observación que según sea el sentido de la desviación mayor del QRS en primera derivación durante el acceso de taquicardia, puede indicar que el foco donde nace es en uno u otro ventrículo no puede ser admitida sin reservas, si se recuerda que desde que señalamos con Padilla el año 1929 el acceso de taquicardia en el infarto del tabique interventricular, todas las pruebas anatómicas en los diez años transcurrido así lo han demostrado, debiéndose recordar en forma muy especial las dadas por Mahaim y Froment. Nosotros mismos en tres oportunidades sucesivas hemos referido observaciones anatomoclínicas de lesiones del tabique interventricular y en dos exclusivamente del mismo, que en vida presentaron taquicardia ventricular (Cossio y Berconsky, "La Semana Médica" 39:884, 1932; Cossio, "La Semana Médica" 3:232, 1933; Cossio, Vivoli y Caul, "Am. Journ. Med. Sc." 194: 369, 1937). Entonces hasta que no sobrevengan nuevas pruebas anatómicas, y tengo entendido no se han producido en las observaciones de esta interesante comunicación, debemos continuar con el criterio que las lesiones del tabique interventricular en la trombosis coronaria, son las que presentan taquicardia ventricular.

Una última cuestión que desearía conocer, es si en algunas de estas observaciones de taquicardia ventricular se ha hecho quinidinoterapia y particularmente por vía intravenosa, tal como lo aconsejamos con Padilla hace ya unos años (Archives Mal. du Coeur 24:401, 1931 y La Semana Médica 3:232, 1933). Formulo esta pregunta por los éxitos que se obtienen, como también lo acaban

de proclamar autores canadienses (Hepburn y Rykert. *Am. Heart Journ.* 14:620 1937) y el propio Gallavardin (*Arch. Mal. du Coeur* 32:66, 1939). — *Dr. L. González Sabathié*: A propósito del tratamiento de las taquicardias paroxísticas ventriculares, he tenido ocasión de tratar con morfina a dos casos de este tipo de taquicardia coincidentes con infartos septales. Más adelante tendré ocasión de traer a esta sociedad, conjuntamente con el Prof. Staffieri, la relación de estas observaciones en detalle. Ahora solo haré la relación suscinta de una de ellas, la más significativa: se trata de un enfermo que hace cuatro años más o menos ingresó al Servicio de Clínica Médica del Prof. Staffieri en el Hospital Centenario de Rosario, con el cuadro clínico de un infarto de miocardio y taquicardia paroxística ventricular sobrevenida poco después de la iniciación del proceso. Se le hacen los distintos tratamientos indicados, inclusive quinidina endovenosa sin resultado. La taquicardia persiste y el enfermo entra en insuficiencia cardíaca progresiva. Una mañana al retirarme del hospital y en vista de la disnea y sufrimiento del enfermo dejo indicado se le haga un centígramo de morfina tantas veces como sea necesario para aliviarlo. Al día siguiente con gran sorpresa encuentro 90 contracciones regulares por minuto. Se deja de hacerle morfina y a la noche únicamente aparece la taquicardia ventricular. Se vuelve a hacer morfina, y la frecuencia cardíaca cae a 90 por minuto. Una nueva suspensión de la medicación determina la aparición de la taquicardia. Se le hace entonces morfina (0.03 grs. por día) durante varios días y la T.P. ventricular no vuelve a aparecer. El enfermo mejora y vive actualmente clínicamente curado. — *Dr. Moia*: Ya que se ha tocado el tema de la terapéutica, creo interesante referir una observación excepcional de taquicardia paroxística ventricular, en un caso de endocarditis lenta con hemocultivo positivo para el estreptococo viridans, en el que después del fracaso de la quinidina endovenosa, de la carbaminoilcolina (Doryl) por la misma vía, y del éxito muy transitorio de la digital endovenosa (6 unidades gato), se ensaya con éxito, después de 5 días de persistencia de la crisis, la inyección endovenosa de sulfato de magnesio al 15%. Después de una primer remitencia, la crisis se repite al día siguiente y es nuevamente yugulada por la misma medicación, que no originó consecuencias desagradables, al revés de lo que sucedió con la carbaminoilcolina.

Dr. Battro: Respecto a la primera sugestión del Prof. Cossio de que las taquicardias paroxísticas ventriculares han sido y son consideradas como expresión de infartos del tabique, estos casos excepto la observación segunda no parecen confirmar tal aserto, como queda expresado en las consideraciones del trabajo. Habitualmente el infarto del septum se evidencia por: bloqueo aurículo-ventricular, bloqueo de rama o taquicardia ventricular. Sólo en el caso segundo, en el cual a la taquicardia ventricular precedió un bloqueo aurículo-ventricular, puede sospecharse la existencia de un infarto septal. En los restantes nada induce a admitirlo y los electrocardiogramas son típicos de oclusión coronaria aguda comprometiendo la cara anterior o posterior de los ventrículos. Por otra parte, lo han demostrado otros autores y lo hemos podido comprobar experimentalmente en animales, la oclusión de la coronaria descendente anterior p.ej.: es capaz de provocar crisis de taquicardia paroxística ventricular no par-

participando en absoluto el tabique en su producción. Habrá que tener el control anátomo-patológico de casos semejantes a los que presentamos para confirmar totalmente lo que sostenemos, pero ni teórica ni clínicamente nada se opone a que la excitación de las fibras de Purkinje ventriculares pueda engendrar crisis de taquicardia ventricular sin participación del septum.

En lo tocante al tratamiento con la quinidina endovenosa si bien existen partidarios entre nosotros y en la escuela norteamericana, no todos los especialistas son del mismo parecer y hay quienes hablan de dicho tratamiento con poco entusiasmo y hasta aprensión. Personalmente, debido a algunos accidentes que he observado, no ya en taquicardias ventriculares sino en supraventriculares, me abstengo de su empleo.

No tengo experiencia del tratamiento con dosis altas de morfina indicado por el Prof. González Sabathié, ni del sulfato de magnesia endovenoso a que ha hecho alusión el doctor Moia.

ESTUDIO RADIOLOGICO DE LA AORTA EN POSICION FRONTAL.

R. Enquin y J. A. Aguirre, Bs. Aires (aparecerá en un próximo número).

DISCUSIÓN. — *Dr. Cossio*: La serie de radiografías que nos acaban de mostrar los Dres. Aguirre y Enquin, obtenidas con el método descrito por los mismos, indudablemente suministran mucho más informaciones sobre las condiciones de la aorta torácica que las obtenidas con las técnicas usuales, pero la falta de visualización de uno de sus contornos por sobreponerse a la sombra mediastinal y particularmente a la sombra de los cuerpos vertebrales, aún no significa la solución total del problema, pues es bien sabido que no es posible saber a ciencia cierta las condiciones de calibre y de forma de la aorta por la visualización de uno solo de esos contornos. Por eso me permito sugerir quizás la conveniencia, de utilizar la posición oblicua posterior izquierda o derecha, poniendo la película o placa paralela a la espalda como ha sido recomendado por el autor brasileño Silveira, aunque esto significará una distorsión de la imagen obtenida, pero como dicha distorsión sólo es cuantitativa y no cualitativa, las informaciones obtenidas siempre serán de utilidad si se llegara a visualizar ambos contornos de la aorta torácica. — *Dr. González Sabathié*: Conviene recordar que en el examen de la aorta torácica en su segmento descendente no es suficiente el examen sólo en posición frontal máxime que su contorno derecho es difícilmente visualizable. En un caso en que el examen radiológico en frontal daba todas las características de la aorta flexuosa, llamada también aorta sigmoidea, el examen en oblicuas y laterales con relleno esofágico demostró la existencia de un aneurisma a evolución anterior, datos que fueron confirmados posteriormente por la necropsia.

Dr. Enquin: Los autores recogen complacidos la sugestión del Dr. Cossio. Comparten la opinión del Dr. González Sabathié: al sostener el interés de la posición frontal no han pretendido disminuir la importancia de las incidencias clásicas, que en algunos casos son insustituibles.

SOPLOS MUSICALES DIASTOLICOS, L. González Sabathié, Rosario (ver pág. 1).