

Sociedad Argentina de Cardiología, 1937

La segunda sesión científica de la Sociedad Argentina de Cardiología se efectuó el 29 de Agosto de 1937, en la sala V del Hospital Nacional de Clínicas, Buenos Aires, bajo la presidencia del titular del Servicio, Prof. M. R. Castex. Las exposiciones se efectuaron de acuerdo con el siguiente programa:

DISOCIACION RADIOGRAFICA DE LA SOMBRA MEDIASTINAL, B. Enquin y J. A. Aguirre, Buenos Aires, ver pág. 227.

LA ACCION VASODILATADORA DE CIERTAS DROGAS, A. Battro y A. Lanari, Buenos Aires, ver N° 3, pág. 192.

DISCUSIÓN. — *Dr. Houssay*: Esta comunicación plantea dos puntos de interés: 1) que no sólo hubo diferencias cuantitativas con las distintas sustancias, sino también en lo que respecta a la aparición o no de la urticaria; 2) podría apreciarse cuantitativamente y con más precisión el grado de dilatación periférica midiendo la sangre que vuelve por el sistema venoso, por el método pletismográfico de Brodie, aplicado al hombre por Hewlett y Zwaluvenburg, Weiss, Lewis y otros.

UN NUEVO CASO DE QRS ANCHO Y MELLADO CON P-R ACORTADO. - AUSENCIA DE ASINCRONISMO VENTRICULAR, J. J. Spangenberg, R. Vedoya y J. González Videla, Buenos Aires, ver pág. 244.

DISCUSIÓN. — *Dr. Cossio*: No es mi propósito aducir argumentos a favor de una u otra teoría, hasta ahora sugeridas para explicar esta alteración de la actividad cardíaca, y desechadas en forma global por el comunicante, sólo porque los métodos gráficos, especialmente flebograma, no han evidenciado la existencia de asincronismo ventricular. Mi propósito es señalar, hasta dónde los métodos gráficos, fonocardiograma y yugulograma, pueden revelar la existencia de un asincronismo ventricular.

Experimentalmente ha sido comprobado, por el registro simultáneo del pulso de la aorta y de la arteria pulmonar, que en condiciones normales la contracción de ambos ventrículos no se produce exactamente al mismo tiempo, sino con una diferencia alrededor de 0.02 segundos, es decir, hay un asincronismo de 0.02 segundos, que ningún método clínico lo puede revelar.

Entre ese asincronismo mínimo, fisiológico si se quiere, y el asincronismo máximo que puede existir, bloqueo de rama, y que jamás llega a ser tan grande como para que la contracción de un ventrículo recién se efectúe cuando ha terminado la del otro, como etimológicamente significa la palabra que se utiliza para calificarlo (a: no; sincronismo: mismo tiempo), existe una serie de grados in-

termedios, que se traducen en el electrocardiograma y que por su poca magnitud no llegan a traducirse en el fonocardiograma con un desdoblamiento de los ruidos o en el flebograma con la muesca del segundo ruido en el vértice o vertiente descendente de v.

Por estas consideraciones creo más conveniente limitar la cuestión en la siguiente forma: el fonocardiograma y el flebograma pueden evidenciar la existencia de un asincronismo ventricular, pero no pueden negar su existencia, porque hay asincronismos de menor grado que no llegan a traducirse en dichos gráficos, en cambio, sí, en el electrocardiograma. — *Dr. Braun Menéndez*: El concepto de asincronismo de la contracción ventricular está basado en hechos experimentales. Cuando se corta una de las ramas del haz de His, aparece un marcado asincronismo ventricular. Las diversas fases de la actividad mecánica (iniciación de la contracción, de la expulsión, fin de la contracción y comienzo del lleno) del ventrículo cuya rama está sana se anticipan francamente con respecto a las fases homónimas del ventrículo cuya rama está cortada. Este asincronismo ventricular es fácilmente puesto en evidencia mediante el registro óptico de la actividad mecánica del corazón. En cuanto a que un ensanchamiento de los complejos QRS signifique siempre que la excitación llega a un ventrículo antes que al otro, no creo que esté probado.

La intoxicación del corazón con drogas como la quinidina o la fagarina provoca un ensanchamiento notable del QRS, el que adquiere un aspecto parecido al de los complejos considerados como típicos de bloqueo de rama, sin que pueda apreciarse una acción asincrónica de los ventrículos. — *Dr. Orías*: En la cuestión planteada por el Dr. Cossio acerca del asincronismo en la actividad de los ventrículos, yo veo dos cosas: a) una es un hecho experimental que puede repetirse y comprobarse en cualquier momento: toda vez que se secciona completamente una de las ramas del haz de His en un perro, el ventrículo correspondiente a la rama seccionada se contrae con un marcado retardo con respecto al otro, probando que una estimulación retardada provoca una contracción retardada y b) la otra cosa que veo es una hipótesis, no sometida a verificación, que admite la posibilidad de una "estimulación" asincrónica con "contracción" sincrónica. En el caso presentado los trazados comprueban que las contracciones de ambos ventrículos eran sincrónicas, induciendo, por consiguiente los hechos conocidos a pensar que la estimulación fué también sincrónica.

Dr. Vedoya: Vuelvo a recordar que V. Bogaert, estudiando la cronaxia, encontró que los aumentos de la misma provocan alargamiento del P-R y de QRS. Si aumenta más la cronaxia, disminuye el P-R en la misma extensión que aumenta el QRS. Creo que estos hechos pueden relacionarse con los casos en estudio.

CHASQUIDO DE TENSION DE LA MITRAL, P. Cossio, Buenos Aires. Aparecerá en un próximo número.

DISCUSIÓN. — *Dr. Merlo*: White habla ya del tercer ruido en la estrechez mitral, pero el Dr. Cossio ha precisado los caracteres acústicos y auditivos de este tercer ruido, atribuyéndole una patogenia de acuerdo con el concepto de Hirschfelder, sobre la importancia del factor valvular en la génesis de los ruidos

cardíacos. — *Dr. Houssay*: El fenómeno inscripto por el Dr. Cossio, es un tercer ruido como lo prueba su situación en el ciclo cardíaco. No está aún demostrado que exista un componente valvular de este tercer ruido. El Dr. Cossio considera que el tercer ruido que ha observado, tiene un componente valvular, por los caracteres de auscultación y la frecuencia que lo componen. Como los fenómenos de la válvula mitral se inscriben en el gráfico del pulso esofágico, podría recurrirse a esta vía de investigación para demostrar el factor valvular supuesto. — *Dr. Braun Menéndez*: En los niños es muy frecuente registrar un tercer ruido intenso. El Dr. Cossio tendría que probar que todos los casos por él presentados realmente tenían estrechez mitral. El gráfico N° 15 no tiene ninguno de los caracteres que se encuentran en esta afección valvular. Existe un tercer ruido y vibraciones lentas atribuibles a la actividad auricular. No se observa durante la diástole vibraciones con los caracteres de un soplo. Además en otro de los gráficos existe una vibración frente al vértice de la onda V, que bien pudiera ser un chasquido de apertura, pero entre ella y las vibraciones del tercer ruido no se observa ningún soplo. — *Dr. Orías*: Por la falta o escasa intensidad del soplo presistólico de varios de los trazados exhibidos, uno se inclina a creer que la estrechez mitral no era muy manifiesta y que en estas condiciones el lleno ventricular rápido podía cumplirse con la brusquedad habitual y provocar un tercer ruido como en condiciones normales. Si en ese tercer ruido interviene o no una influencia modificadora introducida por el estado morbozo de las válvulas, es una cuestión que dilucidará el registro de los ruidos por vía esofágica, aconsejado por el Prof Houssay.

Dr. Cossio: El mecanismo sugerido del tercer ruido que he mostrado, es una simple hipótesis y no excluye la posibilidad, como lo he manifestado en la comunicación, que en su producción también puede intervenir la distensión de la pared ventricular a igual que el tercer ruido cardíaco. Pero las diferentes circunstancias de aparición como ciertos caracteres acústicos también diferentes, justifica la designación del chasquido de tensión de la mitral, aunque más no sea para calificarlo y distinguirlo del tercer ruido fisiológico.

En cuanto a las sugerencias y reparos formulados, voy a dar mi opinión en el orden que han sido presentadas.

La indicación del Prof. Houssay es de indudable valor y podría aportar una prueba más sobre la patogenia, pero no definitiva, pues la inscripción no sólo depende del sitio donde se origina el fenómeno acústico, sino también de su intensidad. Un ejemplo de este hecho es el primer ruido del corazón, que se inscribe perfectamente por vía esofágica a pesar que su sitio de origen son las válvulas aurículoventriculares y muy probablemente los mismos ventrículos. El tercer ruido cardíaco no ha sido inscripto hasta ahora por vía esofágica, no sólo por originarse en los ventrículo, sino además por su intensidad mínima que limita la propagación.

La indicación del Prof. Merlo, que el tercer ruido ya White en su libro lo señala como signo de estrechez mitral, es absolutamente exacto, pero deseo expresar que White en todo el libro no menciona el chasquido de apertura de la mitral, y por no haber utilizado el método gráfico, confunde ambos fenómenos, tomando el segundo por el primero. En cuanto a la manifestación que en el ter-

cer ruido fisiológico nadie ha demostrado que no se origine también en las válvulas aurículoventriculares, según lo sugirió Hirschfelder, es una afirmación personal no compartida hoy día por ninguno de los que se han ocupado en forma especial de la cuestión.

Finalmente, la posibilidad señalada por Orías y Braun Menéndez, que el fenómeno registrado sea simplemente un tercer ruido fisiológico, resulta imposible aceptarla si se considera que las observaciones en donde fué registrado eran personas, si bien es cierto jóvenes, pero con antecedentes reumáticos claros, con ruidos de soplo sistólico y mismo diastólico, y algunas con fibrilación auricular, como se podía apreciar en algunos de los gráficos proyectados. Ahora que el soplo diastólico en algunas de ellas comience después del tercer ruido, lo cual parecería en contraposición con la fisiología, es un cuestión que por ser ajena a la presente comunicación no deseo considerarla, pero su explicación será encontrada en el trabajo que se publicará en extenso.

EL FONOCARDIOGRAMA REGISTRADO EN LOS DISTINTOS FOCOS DE AUSCULTACION, A. Caeiro y O. Orías, Córdoba, ver N° 2, pág. 171.

EL PROBLEMA DE LA OUABAINA SUBCUTANEA. - SU SOLUCION, R. A. Bullrich, O. F. Nicola y H. J. Acevedo, Buenos Aires, ver N° 3, pág. 170.