

### Sociedad Argentina de Cardiología, 1937

---

La sesión científica inaugural de la Sociedad Argentina de Cardiología se efectuó el 31 de Julio de 1937, en el Instituto de Semiología del Hospital Nacional de Clínicas, Buenos Aires, bajo la presidencia del titular del Servicio, Prof. Tiburcio Padilla, quien pronunció las siguientes palabras:

*Estimados colegas: La presidencia de la sesión inaugural de la Sociedad Argentina de Cardiología, constituye para mí, el mayor honor y la mejor suerte, dadas mis aficiones intelectuales.*

*La cardiología, dentro de las especializaciones de las ciencias clínicas, es la que casi con mayor derecho puede tener su ateneo y órganos de expresión, propios.*

*La vertiginosidad de sus progresos y la peculiaridad de sus problemas, obligan a que los asuntos cardiológicos sólo puedan ser tratados y comprendidos por especialistas. La Sociedad de Cardiología, debe limitarse a la consideración de temas concretos, de puntos limitados de fisiopatología o clínica de la circulación, diría al estudio de las intimidades del corazón y sus complementos orgánicos y funcionales.*

*Los trabajos de conjunto o de resumen, aunque sean sobre asuntos circulatorios, deben ser siempre presentados a las sociedades de medicina interna para ilustración de los clínicos generales y para ser sometidos a la crítica, desde un punto de vista más amplio.*

*Son también una razón humana y convincente para profundizar los estudios cardiológicos, las cifras estadísticas de los últimos quince años, que señalan el más alto porcentaje de mortalidad, para las enfermedades del aparato circulatorio.*

*En el año 1935, han muerto en el país, 213 personas de enfermedad circulatoria por cada 100.000 habitantes, mientras que del sistema respiratorio, que le sigue entre las causas de mayor mortalidad, esa cifra relativa llegó a 198. En los años anteriores la diferencia ha sido todavía mayor.*

*No tengo derecho a robar más tiempo a la deliberación de los tópicos de la orden del día, pero me parece injusto en la inauguración de una sociedad cardiológica no recordar siquiera los nombres de quienes fundaron esta clase de estudios.*

*La cardiología tuvo sus precursores en la intuición de Miguel Servet (1509-1553) y en el genio de Ambrosio Paré (1510-1590). Este fué el primero en estudiar lesiones cardiovasculares con criterio científico y aquél, en presumir la circulación sanguínea que pronto describiera Realdo Colombo (1558) y luego demostrara, con precisión matemática, Guillermo Harvey (1578-1657).*

*Inician una era, los estudios anatómicos, histológicos y fisiológicos de Mar-*

celo Malpighi (1628-1694), que se complementan con los trabajos anatómo-patológicos de Raimundo Vieussens (1641-1716) sobre las lesiones valvulares, autor del "Nuevo tratado de la estructura y de las causas del movimiento natural del corazón" (1715), de Ricardo Wiseman (1622-1676), autor de una descripción sobre aneurismas que todavía deja enseñanzas, de Ricardo Lower (1631-1691), que en sus "Tractatus de corde", estudia el miocardio y las pericarditis adhesivas, de Juan María Lancisi (1654-1720) que enseña a diagnosticar minuciosamente las enfermedades cardíacas y la patología de los aneurismas. Merece citarse también a Guillermo Cowper (1666-1709), el primero en describir detalladamente la insuficiencia aórtica.

Con Juan Bautista Morgagni (1681-1771) la cardiología, como todas las ciencias médicas, recibe un impulso formidable. Es el creador del método anatómico-clínico. Enseña a relacionar los hallazgos anatómicos con los síntomas presentados en vida.

Contemporáneos de Morgagni y también cumbres, en los estudios circulatorios, son Alberto von Haller (1708-1777), que enseña la fisiología de la circulación; Leopoldo Avenbrugger (1722-1809), creador de la percusión y autor de trabajos sobre los derrames pericárdicos, y Juan Senac (1705-1770) cuyo libro sobre las enfermedades del corazón, hoy mismo es de lectura provechosa.

Guillermo Withering (1741-1799), botánico y médico, lega el más precioso medicamento en las enfermedades cardíacas — la digital.

Los nombres de Guillermo Heberden (1710-1801), Juan Nicolás Corvisart (1755-1821), Teófilo Laennec (1781-1826), René José Bertin (1767-1828), Jean Bouillaud (1896-1881), están ligados a trabajos sobre patología cardíaca tan importantes que nunca serán olvidados.

En el siglo pasado, encontramos nombres que pronunciamos a diario. James Hope (1801-1841), que no obstante morir joven dejó un tratado famoso sobre las enfermedades del corazón con anotaciones originales sobre las lesiones valvulares aórticas. Guillermo Stokes, autor de otro tratado reputadísimo y que ha inmortalizado su nombre en el síndrome de pulso lento y en la respiración de Cheyne-Stokes.

Dominico Juan Corrigan (1802-1880), Agustín Flint (1812-1866), Ludwig Traube (1818-1876), Antonio Cardarelli (1821-1926), Paul Luis Durosiez (1826-1897), Pedro Carlos Potain (1829-1901), Etienne Julio Marey (1830-1904), Guillermo Broudbent (1835-1907), Enrique Quincke (1842-1922), Enrique Huchard (1844-1910), Guillermo Osler (1849-1919), Tomás Morgan Rotch (1849-1914), Graham Steell (1851), James Mackenzie (1853-1925), Enrique Vaquez (1860-1936), James B. Herrick (1861-1936) a quienes debemos el conocimiento de síntomas y procedimientos exploratorios que harán imperecedera su memoria.

Los maestros de hoy Lewis, H. Christian, Cabot, Wenckebach, Romberg, Gullavardin, Parkinson, Pardee, Laubry, Hering, White, Clerc, Pezzi, Lian, Frugoni, Levine, Winternitz, Edens, Scherf, Hochreim, Brugsh para citar sólo los que brotan a mi memoria en este momento. Unos ya consagrados, otros en camino de serlo.

*La cardiología argentina no tiene historia. Pero no lo dudo que será escrita con los actas de sesiones de esta flamante sociedad. Pero ha tenido un precursor y un precursor célebre: el profesor Abel Ayerza.*

*Os ruego dediquemos esta sesión a su memoria.*

Las exposiciones se efectuaron, a continuación, de acuerdo con el siguiente programa:

*EL DIAGNOSTICO DE LAS LESIONES TRICUSPIDEAS ORGANICAS ADQUIRIDAS*, M. R. Castex, A. Battro y N. Quirno. Buenos Aires. Ver N° 2, pág. 113.

DISCUSIÓN: *Dr. González Sabathie*. — Me permito someter a vuestra consideración este caso en el cual no se ha llegado a un diagnóstico concreto. Se trata de un hombre de 43 años de edad, con hipertensión arterial y que presenta un soplo sistólico intenso, que se ausculta en su máxima intensidad por debajo y a la derecha del apéndice xifoides (Presenta un gráfico evidenciando las diversas direcciones en que el soplo se propaga). Este soplo va acompañado de frémito a la palpación. No hay signos de agrandamiento cardíaco a expensas de las cavidades derechas en las telerradiografías y el electrocardiograma muestra una desviación del eje eléctrico a la izquierda. El fonocardiograma ha registrado este soplo, pero el pulso venoso no presenta los caracteres típicos de los casos presentados por los comunicantes. (Presenta la documentación radiográfica, electrocardiográfica y fonocardiográfica). Por ello me parece muy dudoso que se trate de un insuficiencia tricuspídea. — *Prof. Houssay*: Los trazados mecánicos de los enfermos presentados por el Dr. Battro son típicos y decisivos, especialmente en lo que se refiere al pulso venoso y hepático. Ellos tienen mucha semejanza a los trazados de la actividad auricular, obtenidos por vía esofágica por el Dr. Taquini en los casos de insuficiencia mitral.

Aquí se demuestra la importancia del pulso hepático, cuyo estudio sistemático debe proporcionar seguramente datos de gran interés.

En cambio estos signos de seguridad de los casos comunicados, faltan en el que presenta el Dr. González Sabathie, que sólo evidencia un soplo sistólico en el período expulsivo y nada en el período isométrico. La ausencia de estos datos sería suficiente para negar la existencia de una insuficiencia tricuspídea.

*Dr. Cossio*: El soplo que ha inscripto el Dr. González Sabathie en el caso que presenta a consideración, tiene una particularidad sobre la cual deseo llamar muy especialmente la atención, y es, la iniciación no a continuación del primer ruido, sino un cierto tiempo después del primer ruido, tal cual acontece con el soplo de persistencia del conducto arteriovenoso, como lo he podido comprobar en seis observaciones personales y también Routier en una comunicación realizada a la Sociedad Francesa de Cardiología recientemente.

Esta particularidad más el hecho que el foco de máxima intensidad era en la región hepática, permite afirmar que dicho soplo se produce en el árbol arterial a una cierta distancia del corazón, aorta torácica, arterias intercostales u

otros, y no por insuficiencia de una válvula aurículo-ventricular, en la cual el soplo sistólico se inicia bien a continuación del primer ruido del corazón.

El hecho que en el caso que presenta el Dr. González Sabathié hay hipertensión en los miembros superiores y en el examen radiológico se puede apreciar una erosión muy sospechosa en el borde inferior de una de las costillas, sugiere la posibilidad que se trate de una coartación de la aorta, tal vez a localización desusualmente baja, en el hiatus diafragmático, siendo muy interesante conocer la tensión arterial de los miembros inferiores, con lo que quedaría definitivamente aclarado el diagnóstico. — (Nota. El Dr. González Sabathié posteriormente me comunicó, que efectivamente había encontrado que la tensión arterial en los miembros inferiores era mucho más baja que en los brazos y que realmente se trataba de una coartación de la aorta). — Dr. Battro: Efectivamente hay erosiones costales, lo que apoya la hipótesis del Dr. Cossio.

*ALETEO AURICULAR PAROXISTICO EN UN CASO DE INFARTO DE MIOCARDIO.* R. A. Bullrich y B. Moia, Buenos Aires, ver N° 1, p. 28.

*DIVERTICULO DE PERICARDIO.* F. C. Arrillaga, C. Donovan y A. C. Taquini. Buenos Aires, aparecerá en un próximo número.

*ESTUDIO FONOCARDIOGRAFICO DE LA ESTRECHEZ MITRAL.* A. Battro y E. Braun Menéndez. Buenos Aires, ver N° 1, pág. 1.

DISCUSIÓN. — Dr. Cossio: El estudio fonocardiográfico hasta este momento de 50 observaciones de estrechez mitral, las 17 primeras con el método de Wiggers y Dean y las 33 últimas con el método eléctrico, le ha evidenciado que el ritmo a tres tiempos de la estrechez mitral, en ciertas condiciones se debe a un ruido que se produce en el período de lleno rápido, a igual que el tercer ruido cardíaco (proyecta un gráfico, donde existía este ruido). Sobre las circunstancias de aparición y patogenia de este ruido del período de lleno rápido, se hará una comunicación en la próxima reunión.

*UN SIGNO AUSCULTATORIO DE LOS BLOQUEOS AURICULOVENTRICULARES PARCIALES CON PERIODOS DE LUCIANI-WENCKEBACH.* J. J. Spangenberg, R. Vedoya y J. González Videla. Buenos Aires. Ver N° 1, pág. 20.

DISCUSIÓN. — Dr. González Sabathié: Recuerda que ha publicado el año pasado en "El Día Médico" tres casos de bloqueo 2/1 con estudio fonocardiográfico, señalando un nuevo signo para el diagnóstico clínico de este trastorno (tono protodiastólico constante cuando coincide el sistole auricular bloqueado con el período de lleno rápido) y que en sesión del 18 de julio de 1936 del Círculo Médico del Rosario ha llamado la atención por primera vez y con motivo de tres observaciones, sobre el diagnóstico clínico de los periodos de Luciani-Wenckebach, condición a la que se referirá de inmediato al presentar su trabajo.



Con respecto a los casos que presentan los comunicantes, la diferencia con respecto a las observaciones que presentará, estriba en la frecuencia del régimen sinusal. Si la frecuencia es mayor, como en las observaciones de los autores, la sístole auricular coincide con el período de lleno rápido y se produce un tono protodiastólico. Si la frecuencia es menor la sístole auricular se produce bastante después del período de lleno rápido y entonces sólo hay un desdoblamiento del primer tono, como en los casos que presentará a continuación, en que se ve evidentemente la distancia que separa a T y P.

Cree que el signo por él descrito es más fácil de identificar, puesto que en el caso de los comunicantes podría simular un ritmo de galope, pudiendo interpretarse la falla ventricular como un extrasístole.

*DIAGNOSTICO AUSCULTATORIO DE LOS PERIODOS DE LUCIANI-WENCKEBACH.* J. González Sabathié, Rosario.

En los casos de períodos de Luciani Wenckebach después de la pausa por falla ventricular el primer tono se desdobra progresivamente hasta la pausa siguiente, esto está de acuerdo con el alargamiento progresivo del tiempo de conducción auriculoventricular y la consiguiente identificación auscultatoria del ruido auricular. Clínicamente el carácter más saliente surge de la comparación del primer tono de la contracción que precede a la pausa con el primer tono de la contracción que le sigue. El primer tono de la contracción que precede a la pausa es netamente desdoblado y el primer tono de la contracción que sigue a la pausa no es desdoblado, en concordancia con lo que se observa en el electrocardiograma en que el tiempo de conducción PR de la contracción que sigue a la pausa oscila en límites normales o es proporcionalmente más corto.

DISCUSIÓN. —*Dr. Cossio*: Las modalidades que se consideran en ambas comunicaciones, en lugar de excluirse una a la otra, se complementan y se deben en un caso a la coincidencia exacta o parcial de la contracción de las aurículas con el período de lleno rápido, y en el otro caso, a la influencia de la contracción de las aurículas sobre el primer ruido.

La coincidencia de la contracción de las aurículas con el período de lleno rápido o fenómeno de suma de Wolferth y Margollies, ha sido bien estudiado entre nosotros en el galope por Battro, Braun Menéndez y Oriás y en el bloqueo auriculoventricular por mí con Lascalea primero y con Braun Menéndez después, y la influencia de la contracción de la aurícula sobre el primer ruido también por mí con Lascalea y Braun Menéndez sucesivamente. — *Dr. Braun Menéndez*: Los casos del Dr. Vedoya tienen registro fonocardiográfico, lo que permite apreciar los factores que intervienen en sus fenómenos auscultatorios. Se observa que el tercer ruido se registra en todas las contracciones, reforzándose al máximo en la pausa. La sensación acústica de desdoblamiento del primer ruido, aunque el Dr. González Sabathié no ha obtenido registro gráfico de sus casos, debe existir. Seguramente se trata de una acentuación del ruido auricular por aumento del P-R. En el caso del Dr. Vedoya el ruido auricular se suma al lleno rápido y lo refuerza, mientras que en el del Dr. González Sabathié permanece

aislado. Por lo tanto ambos signos auscultatorios tendrían el mismo valor clínico. — *Dr. Battro*: muestra un trazado de bloqueo aurículo-ventricular con períodos de Wenckebach en el que se evidencia un ritmo a tres tiempos en el cual el ruido agregado es un ruido auricular.

*Dr. Vedoya*: Los gráficos presentados por el *Dr. Battro*, apoyan lo expuesto por el *Dr. Cossio*, explicándose así las aparentes diferencias, entre sus observaciones y las del *Dr. González Sabathié*.