

Sociedad Argentina de Cardiología, 1938

La quinta sesión científica de la Sociedad Argentina de Cardiología, se efectuó el 30 de octubre de 1938, en la Sala XII del Hospital Ramos Mejía, bajo la presidencia de su jefe el Prof. R. A. Bullrich. Las exposiciones se efectuaron de acuerdo con el siguiente programa:

DIVERTICULO DEL PERICARDIO O ANEURISMA DE LA AORTA, Profesor Dr. A. de Almeida Prado, Sao Paulo, Brasil.

Relata una observación, en la cual un examen radiológico ocasional, reveló una tumoración extensa paraesternal derecha con las características del divertículo del pericardio. Como también se trata de un paciente con sífilis cierta, se discute su relación con los divertículos del pericardio, así como la posibilidad de la existencia de un aneurisma en el nacimiento de la aorta.

DISCUSIÓN. — *Dr. Arrillaga*: Proyecta las radiografías del caso de divertículo de pericardio publicado en ESTA REVISTA, 1938, V, 49, que fueron también expuestas en la Sociedad de Cardiología Francesa. Destaca cómo el estudio prolijo del caso presentado por el Dr. Almeida Prado, permite llegar al diagnóstico de divertículo de pericardio.

EL RUIDO AURICULAR EN LA TAQUICARDIA PAROXISTICA NODAL, P. Cossio, Bs. Aires (ver N° 4, pág. 242).

DISCUSIÓN. — *Dr. Moia*: Proyecta los gráficos de su publicación sobre ritmo nodal rápido, en colaboración con el Dr. Braun Menéndez, aparecida en ESTA REVISTA, 1937, IV, 329, en los que se ve cómo el ruido auricular modifica al primer ruido durante los períodos de ritmo nodal, en comparación con las contracciones sinusales, observadas en el mismo trazado.

ESTUDIOS CLINICOS SOBRE LA HIPERTENSION ARTERIAL. - III. - AGRANDAMIENTO CARDIACO, Dres. P. Cossio, B. Moia, O. Fustinoni y F. F. Batlle, Buenos Aires.

1° — Las conclusiones que a continuación se formulan sobre el agrandamiento cardíaco de la hipertensión arterial, tienen por base el análisis realizado en 1060 observaciones personales de hipertensión arterial, especialmente provenientes de enfermos hospitalizados y de la práctica privada.

2° — En la clínica sólo se comprueba agrandamiento cardíaco en la hipertensión arterial en el 76 % de los casos.

3° — El agrandamiento cardíaco en la hipertensión arterial inveterada se debe fundamentalmente al grado de aumento de la presión y no tanto a su tiempo de evolución.

3° — Son factores favorecientes del agrandamiento cardíaco de la hipertensión arterial el sexo masculino, el infarto de miocardio y la esclerosis coronaria, como también la coexistencia de lesiones valvulares, particularmente de las sigmoides de la aorta. La existencia de angina de pecho no parece actuar en este sentido.

5º — Son factores contrarios al agrandamiento cardíaco de la hipertensión arterial, el enfisema pulmonar y el asma bronquial crónico concomitante.

6º — La existencia de choque de la punta por fuera de los 10 cms. de la línea media en la hipertensión arterial, es signo de agrandamiento cardíaco marcado. La existencia de choque de la punta entre 8 y 10 cms. de la línea en un sujeto con hipertensión arterial y peso corporal superior al teórico normal, es signo de agrandamiento cardíaco mediano o mínimo.

7º — Es signo casi inequívoco de agrandamiento cardíaco en la hipertensión arterial, la existencia de latido difuso positivo de la región precordial o de latido diagonal positivo de la cara anterior del hemitórax izquierdo.

8º — La alternancia cardíaca en la hipertensión arterial, prácticamente siempre significa existencia de agrandamiento cardíaco. El ritmo de galope en la hipertensión arterial, también casi siempre significa agrandamiento cardíaco. Ruidos de soplo diastólico siempre han sido comprobados en casos con agrandamiento cardíaco.

9º — La insuficiencia cardíaca congestiva en la hipertensión arterial siempre ha existido con agrandamiento cardíaco, y este último no debe ser interpretado como un resultado de ella, sino más bien como una de sus causas.

10. — Esta última comprobación implica que cuanto mayor es el agrandamiento cardíaco en la hipertensión arterial, más son las probabilidades de la insuficiencia cardíaca, y por lo tanto, peor es el pronóstico.

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE HIPERTONIA ESENCIAL TRATADO QUIRURGICAMENTE, Dres. A. F. de la Serna y A. S. Introzzi, Buenos Aires.

Los autores presentan un caso de hipertonia esencial muy acentuada, en el cual, después de haberse agotado el tratamiento médico sin mayor resultado, se instituye hace 14 meses tratamiento quirúrgico, efectuándose la operación de Craig y Adson, con lo que se obtiene una apreciable mejoría.

ESTUDIOS CLINICOS SOBRE LA HIPERTENSION ARTERIAL. - V. - CARACTERES DEL SEGUNDO RUIDO, Dres. P. Cossio, B. Moia, O. Fustinoni y F. F. Batlle, Buenos Aires (ver N° 5, pág. 336).