

SOCIEDADES CIENTIFICAS

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA, 1940

La tercera sesión científica de la Sociedad Argentina de Cardiología, se efectuó el 31 de Julio de 1940, en el Instituto de Semiología del Hosp. Nac. de Clínicas, bajo la presidencia del Prof. T. Padilla. Las exposiciones se efectuaron de acuerdo con el siguiente programa:

CRITERIO PARA EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE LAS AFECIONES MITRALES INCIPIENTES, A. C. Morelli. (Ver Tomo VII, N° 4, 230).

DISCUSIÓN. — *Dr. Braun Menéndez:* Descaría preguntar al Dr. Morelli qué es el índice mitral de Cuatrecasas.

Dr. Morelli: Se trata de un índice para determinar la cantidad de afecciones reumáticas cardíacas. Se obtiene comparando los casos con aurícula normal con los que tienen la aurícula aumentada de tamaño.

Prof. Cossio: Por las radiografías que ha exhibido el comunicante es evidente que la técnica descrita constituye un método excelente para visualizar la aurícula izquierda y por lo tanto debe ser practicado en la exploración radiográfica de esta cavidad cardíaca. En cuanto a establecer la existencia o inexistencia de reumatismo es decir su frecuencia por lo que se ha denominado índice mitral y más aún establecer el mencionado índice mitral sólo por el agrandamiento de la aurícula izquierda, no es propio y conducirá a errores, pues todo reumatismo cardíaco no deja indefectiblemente lesión mitral definitiva y toda lesión mitral definitiva no implica indefectiblemente agrandamiento de la aurícula izquierda. La única manera de establecer fidelignamente un índice epidemiológico reumático, es por el estudio clínico completo y reiterado de cada individuo de una colectividad.

Dr. Morelli: Estoy plenamente de acuerdo con el Dr. Cossio. Había omitido citar el número de enfermos que tienen sintomatología mitral y en los que no encontramos aumento de la aurícula izquierda. Son 104 enfermos sobre 1500 mitrales con sintomatología clínica lo que si no fuera un 10% sería por lo menos un 6.9%. Sobre la parte semiológica del diagnóstico hemos investigado mucho. Hemos hecho 200 fonocardiogramas y tengo en este momento uno solo de una estrechez mitral con corazón chico sin gran aumento de la aurícula izquierda, por lo menos se trata de un tipo de aurícula izquierda dudosa. Es muy discreto el aumento en oblicua anterior derecha.

Como teníamos que presentar unos resultados aproximados trajimos la parte estadística que poseemos hasta ahora, a título de ensayo, para tratar de establecer el diagnóstico epidemiológico de la afección reumática que tanto nos debe interesar a todos los cardiólogos y con ese fin de investigación resolví estudiar el índice mitral.

ACCION DE LA CORAMINA SOBRE EL VOLUMEN DE LA SANGRE EN CARDIACOS COMPENSADOS Y DESCOMPENSADOS, E. Levin (Ver Tomo VII, N° 3, 146).

Dr. Cossio: Desde el momento que el colorante que se utiliza para determinar la volemia tarda días y hasta semanas para eliminarse, pregunto si esto permite una segunda determinación horas después sin ser causa de error, como también parecería demostrarlo la diferencia de un litro lograda en el breve plazo de tiempo de solo una hora. Además también pregunto qué pruebas se han ofrecido para que la reducción de la volemia sea imputada a la acción de la coramina y no al mejoramiento de la insuficiencia cardíaca que dice se ha operado, cuando se sabe que casi de regla el mejoramiento de la insuficiencia cardíaca implica una disminución de la volemia.

Dr. Braun Menéndez: ¿Qué tiempo dura entre la segunda determinación de la volemia y la inyección de coramina? Una hora después de la inyección ¿duran todavía sus efectos?

Dr. Moia: Celebro que el Dr. Levin haya prestado atención a nuestras sugerencias vertidas en el comentario de su libro y luego en distintas conversaciones, efectuando nuevas investigaciones para tratar de establecer la acción de la coramina sobre la volemia en los cardíacos. Resulta por demás interesante el comportamiento de los cardíacos descompensados hipervolémicos frente a este analéptico. Pero a pesar de que estas investigaciones nos demuestran que desde el punto de vista hemodinámico la coramina no está contraindicada en la descompensación hipervolémica, no se resuelve con ello el problema de la utilidad de la misma en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. En efecto, habitualmente con los digitálicos y los diuréticos potentes, sobre todo los mercuriales, la disminución de la hipervolemia se acompaña de mejoría subjetiva y objetiva del paciente. La experiencia demuestra, en cambio, que sujetos con insuficiencia cardíaca hipervolémica tratados con coramina y otros analépticos clínicamente no mejoran. De modo que en las investigaciones del Dr. Levin habría que demostrar que la disminución de la volemia corre paralela con la mejoría clínica objetiva y subjetiva.

Es probable que la coramina tenga una acción sobre la circulación coronaria como lo demuestran los últimos trabajos americanos, pero en lo que no estamos de acuerdo es que tenga una acción tónicocardiaca. El hecho de que el enfermo se sienta subjetivamente mejor no quiere decir que su estado circulatorio haya mejorado. Así en los casos de insuficiencia ventricular izquierda cuando falla el ventrículo izquierdo y se abre una válvula de escape a la circulación pulmonar el enfermo puede sentirse mejor de su disnea y encontrarse en anasarca. No creo que en una insuficiencia cardíaca a forma hipervolémica que no mejora con una dieta adecuada, estrofanfo endovenoso y diuréticos mercuriales pueda mejorar con coramina.

En cuanto a la interpretación fisiopatogénica de este efecto hipovolemizante, dentro del terreno de las hipótesis, podría admitirse que él se debe a una acción del centro vasomotor sobre los depósitos sanguíneos que variaría según las condiciones en que éste se encuentra dado el grado de compensación o descompensación circulatoria, sin necesidad de que intervenga el corazón ni invocar para ello propiedades cardiotónicas.

Finalmente, sería conveniente, ya que el comunicante ha hablado insistentemente de la acción de los analépticos sobre la volemia, que continuara sus investigaciones con otros analépticos no sólo con los sucedáneos del alcanfor y el alcanfor mismo sino con los otros preparados de tipo central y más especialmente con los de acción periférica.

Dr. Levin: Me siento halagado por el interés demostrado por mi comunicación. En las observaciones que se me han formulado, algunas son de orden puramente técnico y las voy a aclarar en primer término. Todas las determinaciones de volemia se han efectuado en condiciones basales, como para el metabolismo basal; es decir en ayunas, en posición acostada y después de un reposo prolongado. Cada investigación con la coramina requería 2 mediciones de volemia, una antes y la otra después de la inyección de coramina. Esta última se practicaba inmediatamente después de la primera medición, aprovechando la misma aguja endovenosa. Un lapso de tiempo después de la coramina es decir 30-40 minutos después se hacía la segunda hemovolumetria. La circunstancia de que entonces aun circulaban en la sangre restos del colorante de la primera medición, no es objeción para la exactitud del método, pues para cada hemovolumetria antes de la inyección del colorante, se extrae previamente una muestra de sangre, que sirve para la preparación de la solución tipo con la que se comparan los plasmas coloreados. De este modo, la presencia o no de otros colorantes en el plasma no interesa, siempre que estos colorantes estén en la misma proporción en todas las muestras de sangre que se extraen durante la hemovolumetria. Como ya dije, la segunda medición se efectúa media hora - una hora después de la coramina, y es lógico que toda modificación de volemia que se registre en este lapso de tiempo puede obedecer exclusivamente a la droga inyectada, y no a cambio espontáneos, como se observa en la compensación cardíaca. Por otra parte, los efectos de la coramina duran mucho más de una hora, y he preferido precisamente la vía endovenosa para dejar pasar los efectos primitivos y fugaces y alcanzar, en cambio, los definitivos.

En cuanto a las observaciones del Dr. Moia, no he querido decir que la coramina sea un tónico cardíaco a la par con la digital, etc. Pero el empleo de la coramina u otros analépticos parecidos se impone a veces por indicaciones extracardíacas y hasta miocárdicas. Así, por ejemplo, en estados de descompensación con obnubilación mental o con ritmo de Cheyne Stokes puede emplearse con buen éxito la coramina, pues tiene propiedades despertadoras sobre el sistema nervioso central. Por otra parte, hay casos de insuficiencia cardíaca refractarios a los tratamientos clásicos, y algo hay que intentar para hacer frente a la situación. Creo que en estos casos también se puede recurrir a la coramina, ya que de todos modos no es perjudicial, como por ejemplo, la adrenalina. Algunos de los 11 cardíacos descompensados, investigados respecto de su volemia con la coramina, dijeron que se sentían mejor. Naturalmente, estos signos subjetivos pueden estar sujetos a error. En general, es algo difícil, partiendo de una base puramente clínica, establecer cuales de los agentes terapéuticos son absolutamente positivos y cuáles son absolutamente negativos. En este sentido vale más asesorarse por vía experimental. A este respecto, los trabajos efectuados por varios autores, tanto en experimentación animal, como en hombre, demuestran que la coramina, en dosis terapéuticas, determinan dilatación coronaria, y no solo eso, sino aumento del rendimiento cardíaco.

Precisamente, ese aumento del rendimiento cardíaco es, a mi juicio, la explicación más plausible de la disminución de volemia que se observa con la coramina en la insuficiencia cardíaca. Es que en medio de la masa sanguínea se destaca una corriente más rápida, la que se constituye en la circulante, mientras que el resto se convierte en sangre lenta o depositada. Así se explica la aparente rápida desaparición de grandes cantidades —1 litro y más— de la circulación en pocos instantes.

La sugestión del Dr. Moia de extender la investigación a otros analépticos me parece muy oportuna y la acepto complacido.

TOMOGRAFIA EXTRARRAPIDA PARA EL ESTUDIO DE LAS AFECIONES DEL APARATO CIRCULATORIO, A. C. Morelli (Ver Tomo VII N° 4, 217).

DISCUSIÓN. — *Dr. González Sabathié*: Probablemente el Dr. Morelli se ha guiado para juzgar la nitidez de nuestras tomografías por las reproducciones aparecidas en la publicación que siempre son deficientes. Es interesante la diferenciación de aquellas sombras que pueden tener una disposición en la vecindad de los grandes vasos para establecer la continuidad o no de las mismas y para saber si se trata de una sombra que está en relación con la dilatación aneurismática. En ese sentido me permitiré traer en la próxima sesión un estudio tomográfico de la aorta descendente, y a pesar de la interesante comunicación presentada por el Dr. Morelli se podrá apreciar que nuestras tomografías son tan nítidas como las que presentó el Dr. Morelli.

Dr. Cossio: Es indudable que la tomografía común muestra perfectamente las venas pulmonares pero debe recordarse que los movimientos pulsátiles de las venas próximas al corazón o sea el pulso venoso, no son tan rápidos y amplios como los que animan a las gruesas arterias y a ciertos segmentos del corazón, y por lo tanto para estos últimos en cuanto más rápida sea la tomografía más nítidas serán las imágenes logradas.

Dr. González Sabathié: En próximas tomografías se podrá apreciar también con nitidez la aorta.

Dr. Morelli: En mi criterio, interesa más que la riqueza de contraste, obtener mayor nitidez en los detalles. Por eso prefiero el método que muestre los bordes con mayor nitidez aunque sacrifique el contraste.

ACCION PRESORA EN EL HOMBRE DE LA RENINA Y DE LA HIPERTENSINA, A. Battro, E. Braun Menéndez, A. Lanari y L. F. Leloir. Buenos Aires.

La inyección endovenosa de hipertensina provocó en los 3 casos en que se efectuó, un ascenso de la presión arterial análogo al que se observa en el perro.

La inyección endovenosa de renina de cerdo no provocó ascenso de presión arterial en ninguno de los 4 casos en que se realizó. Esta renina, incubada con sangre humana no da lugar a la formación de hipertensina.

En cambio, la renina humana, que incubada con sangre humana forma hipertensina, provocó un neto ascenso de la presión arterial en 4 de los 5 casos en que fué inyectada.

Se obtuvieron gráficos de presión intraarterial con el manómetro óptico de Hamilton.

DILATACION REVERSIBLE DEL ARCO DE LA PULMONAR EN EL HIPERTIROIDISMO, E. B. Del Castillo, J. Reforzo Membrives y A. de la Balze. (Ver tomo VII, N° 4, 251).

La cuarta sesión científica de la Sociedad Argentina de Cardiología, se efectuó el 29 de Agosto de 1940 en el aula de la Sala XII del Hospital Ramos Mejía, bajo la presidencia del Prof. R. A. Bullrich. Las exposiciones se efectuaron de acuerdo con el siguiente programa:

LA ONDA RIII ALTA EN LOS ELECTROCARDIOGRAMAS CON COMPLEJO VENTRICULAR DE TIPO IZQUIERDO, B. Moia (Ver Tomo VII, N° 3, 129).

DISCUSIÓN. — *Dr. Taquini*: Yo no pretendo discutir el valor de esta comunicación pero quiero hacer algunas críticas: en primer lugar hay dos subgrupos que suman en total 70 de los 100 enfermos que han sido estudiados; de estos dos subgrupos el 37% fué normal en el primero y en el otro no lo sé porque no está la cifra a la vista. Ahora el material para este estudio ha sido escogido en un medio al que concurren enfermos cardíacos y es de suponer que lógicamente la mayoría son realmente cardíacos. Para dar valor a un estudio estadístico de este tipo habría necesidad de saber en qué proporción estas modificaciones se encuentran en un gran número de electrocardiogramas y en un gran número de sujetos normales.

Dr. Arrighi: Entiendo que las determinaciones de eje eléctrico, cuando se hacen minuciosamente, no deben solamente referirse al vértice de R o a algunos accidentes, como habitualmente sucede, sino que deben hacerse en los distintos momentos del ciclo cardíaco, como lo hicieron muchos investigadores, sobre todo desde los trabajos experimentales de Lewis en 1916. Uno de los últimos en el hombre en ese sentido, los ha realizado Bürger en 1926, determinando las rotaciones del eje eléctrico y sus relaciones con el eje anatómico en las hipertrofias ventriculares derechas e izquierdas. Entonces, claro está, no se conocían con precisión las alteraciones electrocardiográficas en muchas afecciones del miocardio, como ser las del infarto; por lo tanto creo que si se continuaran las investigaciones en esa forma, lo que implica ante todo la sincronización de las derivaciones, podrían estudiarse mejor las hipertrofias y alteraciones miocárdicas en el E.C.G. y probablemente desaparecerían tales discrepancias.

Dr. Vedoya: Yo creo que en estos estudios de orden estadístico, en los cuales se tiene en cuenta las relaciones que existen entre ondas positivas y negativas, en la derivación III, ya se trate de ondas Q y R, u ondas R y S, existe un factor muy importante que no se debe dejar de tener en cuenta: es el cambio de posición del corazón. Tal como lo ha hecho el doctor González Videla para la onda QIII, creo que también respecto a las ondas R y S el cambio de posición del corazón debe tener importancia fundamental y no se debe olvidar.

Dr. Berconsky: Después de leer el resumen del Dr. Moia, enviado para la sesión anterior, resolvimos con el Dr. Perel analizar los E.C. del servicio de Cardiología del Hospital Israelita a mi cargo. Separamos 1.465 E.C., 760 corresponden a pacientes orgánicos del aparato cardiovascular y 705 a pacientes sin afección cardiovascular. Se encontraron 463 E.C. con desviación del eje eléctrico a la izquierda con complejo ventricular rápido, de los cuales 321 (69,32%) pertenecen a orgánicos y 142 (30,68%) a no orgánicos. Se busco entonces la R_3 alta en los electrocardiogramas con desviación del eje eléctrico a la izquierda, apareciendo 113. De los 113 E.C. con R_3 alta, 77 (68,14%) pertenecen a pacientes orgánicos y 36 (31,85%) a no orgánicos. Si se observa la frecuencia con que se presenta la desviación del eje eléctrico a la izquierda en los orgánicos (69,32%) y en los no orgánicos (30,68%) y se compara con la frecuencia con que se presenta la R_3 alta en los orgánicos (68,14%) y en los no orgánicos (31,85%) llama la atención que, prácticamente, se encuentran en la misma proporción. De acuerdo a estas cifras estadísticas podemos concluir que el valor semiológico de R_3 alta es el mismo que el de la desviación del eje eléctrico a la izquierda con complejo ventricular rápido.

Voy a proyectar un cuadro donde están clasificados los E.C. con R_3 alta de acuerdo al criterio del Dr. Moia, es decir, considerando ciertas características de otros accidentes del E.C. Separamos los 113 E.C. en 4 grupos, divididos cada uno en dos sub-grupos.

El grupo I comprende los E.C. con R_1 y R_2 prácticamente de la misma altura, cuando se acompañan de S_3 muy profunda, constituyen el sub-grupo B. En el sub-grupo A hay siete casos, 5 corresponden a orgánicos y 2 a no orgánicos; entre los 5 orgánicos 2 presentan insuficiencia coronaria. En el sub-grupo B hay tres casos todos orgánicos; 1 con insuficiencia coronaria.

El grupo II comprende los E.C. con R_1 y R_2 de muy diferentes alturas; cuando R_1 es menor que R_2 constituyen el sub-grupo A y el sub-grupo B cuando R_1 es mayor que R_2 . En el sub-grupo A hay 4 casos, todos orgánicos (Moia comprueba lo mismo), 2 (50%) con insuficiencia coronaria (Moia encuentra 77,77%). En el sub-grupo B, es decir, en la simple desviación del eje eléctrico a la izquierda con R_3 alta hay 47 casos, 28 corresponden a orgánicos (59,57%) y 19 a no orgánicos (para Moia todos corresponden a orgánicos); de los 28 orgánicos, 14 presentan insuficiencia coronaria, es decir, en el 50% y en el 29,78% de todo el sub-grupo (Moia encuentra el 33,97%).

El grupo III comprende los E.C. con R_3 inusualmente alta, igual o casi igual a S_3 profunda; cuando R_1 es mayor que R_2 constituyen el sub-grupo A y cuando R_1 es menor que R_2 el sub-grupo B. En el sub-grupo A hay 8 casos, 7 corresponden a orgánicos de los cuales sólo dos presentan insuficiencia coronaria, es decir el 28,57% (para Moia el 71,42%). En el sub-grupo B hay 5 casos, 3 corresponden a orgánicos y 2 a no orgánicos; de los tres orgánicos, 1 presenta insuficiencia coronaria.

El grupo IV comprende los E.C. con S_2 profunda, cuando R_1 es mayor que R_2 constituyen el sub-grupo A y cuando R_1 es menor que R_2 el sub-grupo B. En el sub-grupo A hay 34 casos, 22 corresponden a orgánicos y 12 a no orgánicos, entre los primeros, 12 presentan insuficiencia coronaria, es decir, el 54,54%.

(Moia encuentra un 50%). El sub-grupo B presenta 5 casos, todos orgánicos, 1 con insuficiencia coronaria.

En síntesis, sobre un total de 77 orgánicos con R_3 alta, 35 correspondían a cardiopatías coronarias (45,45%). La proporción de R_3 alta con manifestaciones de insuficiencia coronaria en los diferentes grupos, era relativamente semejante a la encontrada por el Dr. Moia, con excepción del sub-grupo III. La frecuencia de R_3 alta en los pacientes con o sin lesión cardiovascular estaría en relación con la frecuencia con que se presenta la desviación del eje eléctrico a la izquierda en los orgánicos y no orgánicos. Esta relación encontrada en el servicio de cardiología citado, donde concurren gran cantidad de pacientes sin afección cardiovascular, confirmarían las consideraciones hechas por el Dr. Taquini.

Dr. Moia: Vamos a referirnos en primer término a las observaciones del Dr. Taquini y del Dr. Berconsky, a quien agradecemos el interés demostrado por esta comunicación. Lo que dice el Dr. Taquini es, hasta cierto punto, exacto: estas estadísticas no deberían hacerse, en realidad, sobre 100 casos, sino sobre millares de casos elegidos al azar, a fin de sacar conclusiones más concretas. Por eso hemos hecho algunas salvedades y hemos admitido la posibilidad de que estas estadísticas, con otro material y con criterio no tan rígido para el diagnóstico de afección cardiovascular, puedan arrojar resultados algo distintos, sobre todo en lo que se refiere a la ausencia de sujetos aparentemente sanos con R_{III} alta y $R_I > R_{II}$. Pero, en realidad, ello no modificará substancialmente su significado patológico porque ya sabemos que electrocardiogramas que hoy conceptuamos normales pueden aparecer en sujetos con alteraciones definidas y a veces graves de su aparato cardiovascular y viceversa. En nuestro material la objeción no alcanza al grupo de pacientes con afección cardiovascular en los cuales hemos tratado de dilucidar si esta atipia se presenta en relación con lesiones cardíacas más severas que las que condicionan el tipo izquierdo habitual. Este es en realidad el móvil fundamental que nos ha llevado a practicar la investigación y creemos que, aunque en forma fragmentaria, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por el Dr. Berconsky.

En lo que respecta a la frecuencia de sujetos con aparato cardiovascular aparentemente sano o enfermo según los distintos grupos de desviación rápida, lamentamos no poder acompañar en cambio al Dr. Berconsky pues sus resultados no difieren sólo con los nuestros propios sino que, dejando aparte la atipia en cuestión, ellos discrepan fundamentalmente con el criterio universalmente aceptado para las otras modificaciones del QRS. Aparte de que el porcentaje de 30% de sujetos con desviación del eje eléctrico a la izquierda y aparato cardiovascular sano nos aparece excesivamente elevado, vemos, en el análisis en particular, que en los casos en los que la configuración del QRS se aproxima más a lo normal, es decir aquellos que solo acusan S_{III} no muy profunda y que nosotros mismos encontramos en el 80% de sujetos sanos, aparecen en la estadística del Dr. Berconsky en más del 70% de pacientes con cardiopatía orgánica. Por otra parte, mientras que en los casos con R_{III} alta y S_{III} profunda no acompañados de desviación del eje eléctrico a la izquierda encuentra el Dr. Berconsky el 100% de cardiopatías orgánicas, cuando se agrega otra atipia, la desviación franca del eje eléctrico a la izquierda, el número de enfermos se reduce y aparece el 40% de sujetos aparentemente sanos, aunque la proporción de coronarios se eleva al 50%. Lo mismo puede decirse

de los complejos isodifásicos de gran amplitud, que algunos autores han llegado a considerar como patognomónicos de cardiopatía congénita. Pero la discrepancia mayor resulta con los trazados mostrando RII baja y SII muy profunda, cuyo carácter patológico ya nadie discute y que, como lo señaláramos en nuestro trabajo anterior, autores de reconocida autoridad como Winternitz consideran en base a prolijos estudios anatómicos como secuela habitual de un infarto de miocardio, mientras que el Dr. Berconsky los encuentra en más de 35% de sujetos sin afección cardiovascular.

En consecuencia las estadísticas del Dr. Berconsky no discrepan sólo con las nuestras en lo referente a la RIII alta sino que lo hacen con la de la mayoría de los autores más calificados en lo referente a las otras atipias, algunas de ellas ya clásicas, del QRS. Es probable que ello se deba, en parte, a cuestiones de número o del medio con que se trabaja; una ligera variante cuando se opera con cifras pequeñas puede dar grandes diferencias.

Hemos estudiado meticulosamente el material de estas estadísticas y en realidad creemos que ellas revelan fielmente lo que hemos observado, pero será interesante considerar los resultados de nuevos aportes para ver si sucede con este accidente, que hasta ahora no ha despertado mayormente la atención, lo mismo que sucedió con la onda QIII profunda.

En cuanto a la observación del Dr. Arrighi, hemos analizado nuestros electrocardiogramas, sobre todo en lo referente a la desviación del eje eléctrico, de acuerdo con el criterio clásico tal cual lo aconseja el comité de la American Heart Association.

En lo referente a las sugerencias del Dr. Vedoya, lamentamos que por falta de tiempo no hemos hecho referencia en nuestra exposición a las modificaciones observadas con los movimientos respiratorios profundos razón por la cual nos permitimos leer los resultados obtenidos.

Como vemos en algunos casos con o sin desviación franca del eje eléctrico la inspiración profunda aumenta el voltaje de RIII; vemos también que en ciertos casos de tipo común una inspiración puede hacer aparecer una RIII alta tal como lo señala Master en su reciente libro aunque sin hacer ninguna consideración al respecto. Puede ser que en algunos casos un cambio de posición permanente del corazón pueda explicar la aparición de esta atipia aunque no hemos observado este hecho sino excepcionalmente en el estudio radiológico de nuestros pacientes. En cuanto a los casos en lo que la RIII alta disminuye de voltaje podría pensarse que se trata de un electrocardiograma originalmente con QIII profunda en los que la inversión de la DIII por cambio de posición del corazón ha transformado a la QIII en RIII alta. En realidad, salvo las observaciones de González Videla, la mayoría de los autores se han ocupado de las características que adquiere la derivación tercera cuando se invierte un trazado de tipo normal y sería interesante estudiar qué características adquiere cuando se trata de un trazado previamente alterado en DIII. A pesar de estas disquisiciones he preferido no entrar en consideraciones patogénicas porque creo que todavía no se puede sacar ninguna conclusión concreta. Siento haber promovido esta observación por no haber mencionado estos hechos al exponer el trabajo por haberme excedido en el tiempo reglamentario.

Dr. Cossio: Deseo recordar, que hace algunos años cuando estudiamos con el Dr. Padilla la denominación de la parte rápida del complejo ventricular, valiéndonos de un aparato a doble galvanómetro a fin de obtener dos derivaciones simultáneas (La Semana Médica, 45, 1331, 1929) comprobamos que en ciertos casos, la desviación R3 coincidía con la SI y RI con Q3 o S3, siendo entonces estos accidentes, en esos casos, el mismo fenómeno eléctrico que aparecían de diferente dirección por su relación con las derivaciones de los miembros.

ESTUDIO ANATOMICO DE LA AORTA SIGMOIDEA CUYO ESTUDIO RADIOLOGICO SE PRESENTO ANTERIORMENTE, P. Cossio .(Ver tomo VII, Nº 3, 165).

Dr. Taquini: Quisiera saber qué importancia da a la lúes en la producción de la orta sigmoidea.

Dr. Cossio: Aunque las lesiones de arterioesclerosis predominaban, la localización justo en ambos ángulos de flexión de los pequeños aneurismas de naturaleza sífilítica, hace pensar que en nuestro caso al menos, la sífilis contribuía a originar la flexuosidad de la aorta descendente.

CORAZON PULMONAR Y OSIFICACION NODULAR DEL PULMON, P. Cossio, I. Berconsky y R. Gamba (aparecerá en el próximo número).

BLOQUEO SINO-AURICULAR PARCIAL (TIPO I Y II), R. Vedoya, J. González Videla y R. Aguiar (ver pág. 277).

MODIFICACIONES DE TAMAÑO DEL CORAZON DEPENDIENTES DE UN ESTADO ANEMICO, R. F. Schaerer y E. R. Pietrafesa. (Ver pág. 330).

DISCUSIÓN. — *Dr. González Sabathié:* Me permito recordar que el término "Corazón en acordeón" ha sido ya aplicado para el corazón mixedematoso.

Dr. Cossio: Solamente deseo expresar que la anemia como causa de agrandamiento cardíaco de tipo especial figura en los libros de texto de semiología y cardiopatología.

Dr. Schaerer: Al Prof. González Sabathié: Creemos que dada la similitud de la evolución radiológica no hay inconvenientes para usar esta designación en las anemias. Al Dr. Cossio: concordamos con las observaciones del Prof. Cossio. El motivo de nuestra comunicación es fundamentalmente exponer la documentación gráfica ya que los tratados corrientes de radiología y patología cardiovascular no traen reproducciones radiográficas de esta condición.