

La forma común de la angina de pecho

Conferencia dictada por el Dr. Blondel en
el Servicio del Prof. Lian

Señores:

Hablaré sobre la angina de pecho, bajo el punto de vista puramente clínico, para mostraros las dificultades de este síndrome, frente al problema del diagnóstico.

Abordaré rápidamente la patología, para tratar en conjunto las distintas modalidades bajo las cuales puede presentarse la angina de pecho, y como he dicho, consideraré este síndrome bajo un punto de vista puramente clínico.

Vosotros sabéis que la angina de pecho es un síndrome que ha sido motivo, bajo el punto de vista clínico, de múltiples controversias entre los cardiólogos. La dificultad de este síndrome con respecto al diagnóstico es algunas veces extrema, y esto debido a una triple causa.

Primer punto: Es un síndrome subjetivo y únicamente por el interrogatorio puede llegarse al diagnóstico.

Segundo punto: Es un síndrome subjetivo a límites imprecisos; entre la angina de pecho y ciertas algias cardíacas, existen todas las transiciones.

Tercer punto: Es un síndrome subjetivo en el cual, bajo el punto

de vista físico, como la auscultación del corazón, no hay signo alguno que la revele.

Es muy difícil hacer un diagnóstico preciso de la angina de pecho, porque es únicamente sobre el interrogatorio donde podemos basarlo.

En efecto: el examen clínico nada muestra bajo el punto de vista cardíaco y sólo las referencias del enfermo nos conducirán a formularlo.

La angina de pecho, lo ha sido descrita por Lignon Sansón y por Heberden. Ha sido luego motivo de numerosos trabajos, en particular de Makenzie en Inglaterra y aquí, Francia, de Vaquez, Lian, Laubry y sobre todo de Gallavardin. Hay que citar la comunicación de Gallavardin al Congreso de 1925, que es uno de los capítulos más notables sobre la angina de pecho. Relata sus observaciones exclusivamente personales, en un buen francés, siendo una obra altamente interesante.

La angina de pecho es un síndrome caracterizado por dolores en la región supraesternal panados de irradiación hacia brazo izquierdo y de uñas en

de angustia, de muerte inminente. No hay que disociar, como lo ha hecho *Vaquez*, en la anilina de pecho, una angina de esfuerzo y **ana** de decúbito; os esquematizar demasiado.

Lo que hay de característico en la angina de pecho es la angina de esfuerzo; este esfuerzo siempre lo encontraréis bajo modalidades diferentes y es lo que tiene más interés para el diagnóstico. Este esfuerzo, bajo el punto de vista cardíaco, no es únicamente una larga marcha, la subida de una escalera; también lo constituye una emoción, el acto de acostarse; por consiguiente, es necesario investigar en el anginoso la naturaleza del esfuerzo que ha desencadenado su crisis,

Vaquez ha descrito la angina de esfuerzo de una manera **admirable** y nosotros tomaremos esta angina de esfuerzo como el tipo de nuestra descripción.

Se trata, en general, de un sujeto que después de un esfuerzo cualquiera, el más típico es la marcha, especialmente después de haber comido, pues la digestión aumenta el esfuerzo, es atacado súbitamente de un dolor en garra en la región superior del corazón, la que corresponde a los grandes JS; el sujeto se detiene al sentir la iniciación <(e este dolor, e (listamente éste desaparece, pero si continúa su marcha este se intensifica y lo "clava en su lugar". Al mismo tiempo este dolor se irradia por el brazo izquierdo, siguiendo la zona de

cubital y aparece una sensación **atroz** de angustia y muerte próxima.

Insisto sobre este dolor que es **una sensación** de constricción torácica que impide la marcha y clava al enfermo en su sitio y en **la posición** en que este dolor le ha sobrevenido, siendo esto característico.

Hay que recordar ya historia referida por **Laubry** de un coronel que estando en la guerra, en momentos de partir, hallándose apoyado sobre el parapeto de una trinchera, las balas llovían de todas partes, mientras el coronel, con la admiración de todos, permanecía de pie entre la metralla mientras todo el mundo se ocultaba protegiéndose del fuego. Y bien; este coronel en ese instante tenía una crisis de angina de pecho y malgrado las balas y el peligro que corría, no podía hacer ni un movimiento: estaba clavado en su sitio.

En la consulta diaria, si hacéis precisara vuestros anginosos, os dirán que si un tranvía o **auto** se precipitan sobre ellos en el momento de un ataque, se quejarán inmóviles en sus sitio sin poder dar un paso.

Yo no insisto tanto sobre el dolor, sobre la sensación de **constricción** y angustia que lo caracteriza, pero insisto sobre el hecho que **este dolor inmoviliza, los petrifica y este es un sinfonía característico que permite de entrada hacer el diagnóstico de angina de pecho**. Examinando el enfermo durante

crisis de angor, nada encontrare- Hay formas clínicas que es necesario conocer. En ciertos casos el pulso es normal, la tensión arterial puede elevarse algunas veces y se ha discutido para saber si la crisis de angor era la consecuencia de una ola hipertensiva.

Después de algunos segundos, en general después de cinco minutos, el dolor disminuye, la angustia cesa progresivamente, el enfermo se siente mejor, y de esta crisis temible no conserva más que un vago recuerdo. Retomará nuevamente su camino, teniendo cuidado de moderar la marcha para evitar una nueva crisis.

Tal es la crisis de angina de pecho bajo su aspecto más típico. Cuando estamos en presencia de un enfermo, atacado de una crisis con esta sintomatología, el diagnóstico se impone y es absolutamente evidente.

Desgraciadamente está lejos de ser siempre así, y es interesante estudiar las numerosas formas clínicas de transición bajo las cuales puede presentarse la angina de pecho, para mostraros las dificultades que para el diagnóstico pueden crear tales síntomas. Conocido es el temible pronóstico que comporta la angina de pecho.

Hay formas clínicas que es necesario conocer. En ciertos casos es frecuente que el dolor, en lugar de comenzar por la región tonifica, lo hace por el brazo izquierdo, con sensación de hormigueo y constricción que impide la marcha. Existen dolores que no-localizados al brazo izquierdo, sino en el derecho o en la región escapular; hay formas acompañadas de dolor en la muñeca y que se exacerban pocos instantes después.

Otras formas, más fáciles de conducir en error, en que el dolor en lugar de asentarse en la región torácica superior asienta más abajo, en la región del epigastrio, admitiéndose en estos casos que se trata de angina abdominal.

Hay formas según la intensidad del dolor: formas ligeras en que el enfermo no siente más que una ligerísima constricción torácica que le impide marchar ligero, moderando su marcha, pero permitiéndole hacer algunos pasos. En otras, por el contrario, se tiene el dolor atroz que le clava en su lugar por algunos segundos, impidiéndole avanzar; es de tal modo intenso que el enfermo nada puede hacer, ni un movimiento.

durante cinco, veinte o veinticinco minutos.

Al lado de este angor de esfuerzo existe otro extremadamente interesante: el angor nocturno, descrito por Vaquez con el nombre de angina de decúbito.

Hablando con propiedad, el angor de decúbito no es más que una manifestación de la insuficiencia ventricular izquierda. Pero el angor nocturno es otra cosa, es un verdadero angor de esfuerzo. El acto de acostarse impone un esfuerzo para el corazón capaz de originar una crisis anginosa. El enfermo que al dormir tiene una pesadilla, implica un esfuerzo cardíaco capaz de desencadenar la crisis.

En el angor *do* decúbito todo esfuerzo falta, pudiéndose tener crisis anginosa sin ruido de galope ni otros signos de insuficiencia Ventricular izquierda.

Sobre esto, Gallavardin ha insistido combatiendo la estrechez de la teoría del Profesor Vaquez. Laubry, alumno de Vaquez, combate la teoría de su antiguo maestro, admitiendo la teoría más amplia preconizada por M. Lian, indicando que la teoría de Vaquez que halla adeptos por su simplicidad y esquematismos, está lejos de corresponder a la realidad, siendo un esquisma interesante para estudiar, pero que no corresponde a los hechos clínicos.

Por consiguiente: hay una angina el refuerzo, con crisis diurnas producidas en el momento de la marcha y otro angina nocturna, también producida por el esfuerzo

originado por el desvestirse, el acostarse o una pesadilla.

¿Qué es la angina de pecho?
¿Cómo se inicia? ¿Cómo evoluciona y cuál es el pronóstico?

Hay enfermos que necesitan de un esfuerzo considerable para que la crisis anginosa se produzca. Les es necesario una marcha de 500 mts. al principio, más tarde es ya a los 300 mts. de marcha que la crisis tiene lugar, luego 50 mts. y pronto es un acto mucho más ligero: el de levantarse, desvestirse, hablar en voz alta, o ya una simple emoción por esta hipersensibilidad que tienen los anginosos. Cuando veáis en un anginoso producirse esta gama del esfuerzo que acabo de indicaros, haced un pronóstico severo, desconfiad porque, como lo indica la sintomatología, estáis en presencia de un sujeto que el más mini-esfuerzo lo clavará en su sitio en un paroxismo anginoso.

Pero si en ciertos sujetos tenemos una evolución progresiva del síndrome anginoso pudiendo observarse todas las modalidades del esfuerzo que desde el más considerable al más mínimo determinan una crisis anginosa, vence otros, por el contrario, con una evolución muy diferente, con remisiones que pueden llegar algunas veces a la curación; remisiones de una semana, un mes, dos y seis meses, un año, siete años y luego una crisis aparece y los lleva súbitamente. Es lo que ocurrió en un enfermo de Gallavardin, que parecía definitivamente curado.

Esto indica que **hay** que ser reservarlo y desconfiado en el pronóstico, y que nosotros, médicos, en presencia de un enfermo que ha tenido un ataque de angina, aseguraremos que pude en un momento dado, **cuando** parecía definitivamente curado, hacer una crisis que lo lleve en algunas horas o en algunos segundos.

Desconfiad siempre del pronóstico.

¿Cómo puede **producirse** la muerte en la angina de pecho?

De manera extremadamente variable, tanto por accesos subintrantes en un estado en que los accesos se repiten cada *diez*, minutos, cada cuarto de hora; el enfermo no puede hacer nada sin que un acceso anginoso se produzca, no **puede ni siquiera** deglutir. Es este el verdadero mal anginoso de un pronóstico temible, porque la muerte sobreviene en general el mismo día. Igualmente pude« **producirse** la muerte por infarto **del** miocardio. (Lian se ocupará de ello cuando hable del angor coronario febril).

Puede tenerse la muerte por síncope. Hay sujetos que en el curso de un acceso anginoso presentan un síncope **brutal**; la angina de pecho es la gran causa de

muerte súbita; el aneurisma la embolia, son excepción. Todos los sujetos que mueren de muerte súbita mueren por edema agudo del pulmón o por hemorragia cerebral, pero el 90% mueren por angina de pecho.

Hay sujetos que hacen tres o cuatro crisis de angina de pecho; la cuarta ha sido mortal. Otros en que la primera crisis ha sido mortal; otros, en cambio, durante dos o tres años han hecho pequeñas crisis y luego en algunos instantes hacen una crisis mortal.

Hecho el diagnóstico de síndrome anginoso, el pronóstico debe hacerse grave, no para el enfermo, sino para la familia y para el médico mismo. La muerte puede sobrevenir en cualquier momento, inmediatamente, en uno o en diez años, pero siempre pende sobre la cabeza del enfermo la espada de Damocles.

Un sujeto atacado de angina de pecho acaba de consultarnos. Nos ha referido la historia clásica, lo hemos examinado confirmando el diagnóstico. ¿Con qué puede confundirse el diagnóstico de la angina? Con Nada. Cuando un sujeto acaba de decirnos su sintomatología, como lo he referido antes, el diagnóstico se impone,

neto, absolutamente típico y ningún error es posible, pero al examinarlo, ¿qué encontraremos bajo el punto de vista cardíaco?

Esto es extremadamente **delicado**. En algunos encontraremos signos evidentes bajo el punto de vista cardíaco y arterial. En un sujeto sífilítico, tendremos un doble soplo aórtico, una enfermedad típica de Hogdsen, en otro **una** aortitis, con su clangor del 2º ruido, aumento a la percusión del área cardíaca y aorta ensanchada desbordando el esternón.

En otros, nada anormal hay bajo el punto de vista auscultatorio; una gran hipertensión en algunos o síntomas de insuficiencia ventricular izquierda con ritmo de galope.

En un caso, multiplicidad de síntomas clínicos, la angina de pecho siendo un síndrome a etiología múltiple. En otros; nada en la aorta cuya radioscopia es **normal**, nada en el corazón bajo el punto de vista radioscópico y tensional, pudiéndose decir que estamos en presencia de un síndrome anginoso con examen cardiológico negativo.

Esto es de gran importancia, porque muchos médicos pueden decirse que al no encontrar nada patológico bajo el punto de vista cardíaco, no existe angina de pecho en el enfermo. Esto es falso. En el 80% de los anginosos el examen del corazón es negativo.

Puede decirse que comúnmente el pronóstico es más grave en estos sujetos que no revelan ningún síntoma aparente bajo el

punto de vista tensional y ninguna modificación cardio-arterial.

En ciertos sujetos la sífilis es evidente, pero no deberá decirse: todo **anginoso** es sífilítico: esto sería falso, según la estadística y **según Gallavardin**.

Se investigará siempre la sífilis que en ciertos casos puede ser latente. Repensará en ella cuando estemos en presencia de un doble **soplo** aórtico y especialmente en enfermo joven por debajo de los 40 años y con mayor razón si **el** enfermo tiene aneurisma. El diagnóstico dirá sífilis, malgrado la negativa del enfermo.

Si no encontramos más que una hipertensión, y para encontrar su causa buscamos la sífilis, ella será de sospechar si el enfermo es joven, pero ¡cuántos hipertensos jóvenes que no son sífilíticos!

Veis que el territorio de la sífilis se encuentra confinado a una lesión aórtica con insuficiencia del ventrículo izquierdo. Hacemos una reacción de Wassermann, investigaremos los abortos en su descendencia y otros signos de sífilis, pero si el tratamiento de prueba no da ningún resultado, nuestro enfermo no es un sífilítico seguramente. La etiología sífilítica falta. **Buscaremos** si nuestro enfermo es un gran fumador. Estudiaremos los factores hereditarios, preguntaremos si sus padres han muerto repentinamente, evitando pronunciar la palabra angina de pecho. Algunas veces se verá toda una descendencia de muerte súbita en la familia; en-

tonces el pronóstico será muy grave.

Investigaremos el tabaquismo los trastornos digestivos, la posibilidad de angor nervioso.

¿Parqué y cómo no encontramos en muchas anginas nacía bajo el punto de vista clínico? Esto es muy explicable si el enfermo hace una coronaritis, pues no puede ésta distinguirse bajo el punto de vista radioscópico o semiológico. En estos casos en los que se ha buscado en la electrocardiografía la revelación de un signo que nos hiciera posible el diagnóstico de la angina de pecho. En ciertos casos, en efecto, se ha encontrado modificaciones sobre la onda T, que son índice de que el enfermo ha hecho antes una trombosis coronaria; esto es importante, porque la teoría coronaria entra nuevamente en boga.

Hemos descripto, tal como lo encontraréis, el angor de esfuerzo bien en el curso de un acceso intenso o de un pequeño acceso, sea a continuación de un esfuerzo considerable o del mismo esfuerzo de esta angina nocturna que acomete al paciente en cama. Y hemos di-

choque el enfermo puede tener síntomas netos de afección cardíaca.C., como no tener ninguno.

Dejo para el final el angor de decúbito que ha descripto Vaquez

y que es un asunto aparte. Son enfermos que padecen de insuficiencia ventricular izquierda y la crisis anginosa es en ellos un intermediario entre el asma cardíaca y el edema agudo del pulmón.

En un cardíaco que presenta insuficiencia ventricular izquierda la angina de decúbito puede ser determinada por el esfuerzo. Para todo cardíaco en decúbito, es ya un esfuerzo para el corazón mover la masa sanguínea. El angor de decúbito no es mas que una modalidad del angor de esfuerzo. La expongo aquí para que no sea confundida con el angor nocturno de Gallavardin, pues son dos cosas completamente distintas,

La teoría de Vaquez, angor de decúbito, angor de esfuerzo aórtico, angor de insuficiencia ventricular izquierda, no es exacta bajo el punto de vista clínico,

Es necesario no confundir la angina de decúbito de Vaquez que

se observa en el paroxismo de la insuficiencia ventricular izquierda, con el angor nocturno de Gallavardin, sobreviniendo en un sujeto que no presenta bajo el punto de vista cardiaco ningun fenómeno divico.

Nada a la auscultación, nada a la radioscopia nada aún a la electrocardiografía absolutamente nada.

Esta es la fórmula clínica del angor común; y bien: el pronóstico es grave, hay que desconfiar de la muerte súbita. Para este pronóstico nos basaremos en la frecuencia de las crisis, en el esfuerzo: mis el esfuerzo mínimo provoca las crisis, más éstas son graves. Igualmente nos basaremos en la tensión arterial.

Igualmente se tendrá en cuenta la herencia; si hay numerosas causas de muerte súbita, mal pronóstico. No hay angina más grave que la de un sujeto de cincuenta años, cuyos padres han muerto de angina de pecho y que no presenta nada a la auscultación.

Véase la forma de la angina común considerada bajo el punto de vista clínico, sin esgrimir ninguna teoría, si es la coronaria o un sufrimiento del plexo cardíaco.

Yo la muestro tal como aparece bajo el punto de vista clínico, sin ir a buscar su patogenia; la angina de pecho causa de muerte súbita sobre la cual seréis llamados a hacer diagnóstico y tratamiento, la que acabo de describir ya cuyo lado no podríamos pasar indiferentes.

Les mostraré entre tanto, toda

una serie de anginas llamadas neuropáticas o reflejas, de un diagnóstico **más** delicado. No pudiendo decirse angor orgánico y angor reflejo, verdadera o falsa angina de pecho.

La angina de pecho descripta tiene un pronóstico firme y definitivo. Y bien: en el angor de origen reflejo, de origen cólico digestivo, **tabáquico**, flota una incertidumbre desconcertante, pues no sabemos si estos angor reflejos son graves o mortales, y cuando los cardiólogos hablan de estos angor reflejos, dicen: "poned atención, porque hay muchas lesiones cardiovasculares de pronóstico severo"; es revelar su ignorancia de la angina de pecho. Cuando la sintomatología no es neta, todo es incertidumbre.

Tenemos el angor colíctico: un sujeto que tiene deposiciones abundantes, constipación, algunos dolores que pueden recordar los síndromes anginosos del cólico hepático, el angor de origen tóxico. Angor que sobrevienen en sujetos que presentan aerofagia y cuyo pronóstico es bueno. Pero, ¿es que existe en estos casos una lesión cardio-arteria!?

Esto es lo que debemos investigar; si la encontráis, desconfiad **porque** puede tratarse de una angina orgánica.

Pero, en presencia de este síndrome y no habiendo encontrado **ningún** signa de afección cardíaca, la duda se plantea serán necesarias numerosas observaciones para mostrar que todas las anginas reflejas no son más graves o más

benignas que las descriptas anteriormente.

Interrogaremos a nuestro enfermo, **averiguaremos** si **la crisis lo dejó clavado en su** sitio, como ocurre en la **angina** orgánica, lo haremos venir dos veces, varias veces, hasta agotar con sus detalles el interrogatorio en los casos de difícil diagnóstico.

Déla inteligencia del enfermo depende en gran parte el éxito del **diagnóstico**.

Todos los anginosos son nerviosos, aún aquellos atacados de angina de pecho que mata la apariencia del anginoso es un poco neuropática e inmediatamente podríamos estar tentados, si no hemos hecho el interrogatorio, a considerarlo como un neurópata, **haciendo** un error de **diagnóstico**. **Poco** o nada sabemos sobre las anginas de origen reflejo; algunas veces diremos con el Doctor **Lian** (que las encuadra en la angina de pecho): buscad si no hay oculta tras ella una lesión **cardio-vascular**"; otras, con **Laubry**: "no existen anginas reflejas." Dentro de estas dos opiniones, ¿cuál ele-

gir? Es bien difícil. Si se trata i le un sujeto que presenta un angor de origen digestivo con aerofagia, y un doble soplo, desconfiad, porque para vosotros mismos formuléis un pronóstico benigno, con sus reparos.

Serán necesarias numerosas estadísticas, haber examinado numerosos enfermos, para clasificar de una manera definitiva estos **angor** reflejos que constituyen un **grupo** de espera.

Vigilad en todos los casos el pronóstico, pues es fácil cometer un error.

Al lado de estos angor reflejos sobre los cuales habrá siempre que dudar y desconfiar, a menos que sean muy netos, voy a hablar entre tanto, pasando rápidamente sobre los angor neuropáticos que ofrecen síntomas característicos.

Laubry no admite estas **anginas** nerviosas, no admite que se las llame angina de pecho, porque el angor para él es solamente esa angina que mata. El angor neuropático sobreviene en sujetos **jóvenes**, veinticinco a treinta años y en la mujer. Son dolores **que**

sobrevienen bruscamente, sin causa aparente; la mujer se despierta, a, se queja de un vivo dolor **que** no asienta en la región medio esternal, sino bajo el seno, apareciendo al mismo tiempo una hiperestesia de la piel con fenómenos que denuncian la naturaleza pituitaria.

Voy a referiros una historia, vista en el Servicio, y que os mostrará que en ciertas taras **orgánica** ciertos accidentes brutales pueden tener movimientos reaccionales nerviosos que hagan creer en el pituitismo. Se trataba de una mujer muy hipertensa, lo sabíamos felizmente, de 28 a 29 al Pachón. Al llegar un día al Servicio, súbitamente rueda por tierra en un verdadero delirio pituitico,

El externo, allí presente, échale agua a la cara y le comprime los globos oculares. Yo había llegado en ese instante con Lian, tomando su tensión arterial que era de 30. Esta mujer, que presentaba fenómenos de nerviosidad evidente,, hacia una hemorragia cerebral y moría en algunas horas.

Es necesario ser siempre desconfiado, y el diagnóstico sólo deberá hacerse una vez interrogado el enfermo, dejándolo hablar para que nos refiera su sintomatología extravagante, preguntando entonces si tiene dolor a causa de un esfuerzo como el de la marcha o la subida de una escalera.

Las mujeres atacadas de este tipo de angor, tienen crisis que **sobrevienen** no importa cuales sean las circunstancias determi-

nantes ni tampoco la duración de estas crisis. Es un punto sobre el cual quiero insistir.

La crisis de angina de pecho es **un dolor paroxístico** que no dura más que algunos instantes, pocos segundos' Puede haber crisis subintrantes, pero son separadas por algunos instantes de reposo.

Por el contrario, en la angina neuropática, estas crisis duran una hora, dos horas y en el intervalo suelen quejarse de sensación de peso que dura diez días, quince días o **más**; es que, en efecto, hay fenómenos de neuralgias constituidas bajo estos accesos de angor neuropático y que permiten hacer **el diagnóstico**, porque la angina de pecho es un síndrome paroxístico mientras que estos fenómenos continúan evolucionando bajo la **presión** de los dolores que subsisten, determinando picotes y síntomas que estudiaremos al ocuparnos de los dolores precordiales.

Por consiguiente: es necesario distinguir varias clases de angina. La angina de pecho común, que ya he descrito, que se acompaña de signos muy netos, *en que el esfuerzo ilumina todo el cuadro clínico*, esfuerzo violento que se produce en el curso de una marcha, cuando el enfermo está acostado, a la noche por una emoción o una pesadilla.

Luego las anginas reflejas, de un diagnóstico difícil, sobre las cuales si tenemos la **impresión** que nuestro enfermo habla de una sensación de constricción, aunque haya aerofagia, debemos auseul-

tarlo para despistar una lesión cardíaca oculta detrás de esta aerofagia.

Y, por último, el angor neuropático, que se acompaña de dolores paroxísticos, en el intervalo de los cuales persisten fenómenos dolorosos.

Tal es lo que quería decirlos sobre la angina de pecho.

Antes de terminar quiero agregar una sola palabra sobre la patogenia, aún tan discutida.

Para Huchard era la teoría coronaria largo tiempo batida en brecha por los que decían que un gran número de los sujetos muertos de angina de pecho no presentaban en la autopsia lesión de las coronarias. Se ha hablado del miocardio, del sufrimiento del plexo cardíaco. Actualmente hay una tendencia neta que se opone

a esta manera de ver, gracias al apoyo de Gallavardin que ha hecho 20 a 25 autopsias de anginosos, encontrando 20 veces lesiones coronarias y si actualmente sabemos la acción del espasmo arterial, hay muchos hemipléjicos que ven desaparecer su hemiplejía originada por un espasmo arterial. Cuando se ve que la inhalación de nitrato de amilo es suficiente para mejorar ciertos sujetos, ¿por qué negar el espasmo de las coronarias?

Después de haber estudiado este asunto me adhiero voluntariamente a esta idea de los coronarios emitida por Huchard y revivida por Gallavardin.

Puede verse en el electrocardiograma estas ondas que los americanos han descripto y que nos indica que el proceso ocurrió a ni-

vel de las arterias coronarias, pero si la *lesión* coronariana *no se* acompaña de aortitis, no dará signos bajo el punto de vista semiológico, nada a la auscultación, ninguna hipertrofia, y aún nada electrocardiograma, que aún no nos ha dado su última palabra. Actualmente, la patogenia de la angina de pecho es muy controvertida. Retened solamente esto: que la *te* iría coronaria, largo tiempo batida en brecha, renace de nuevo bajo la impulsión de Gallavardin y actualmente *ha* sido puesta en vigor. Tengo razón al decir que la *andina* do pecho era un síndrome

muy difícil de diagnosticar y a límites imprecisos. *No* hay ningún síntoma clínico bajo el punto de vista cardio-vascular y es gracias al *interrogatorio de nuestro* enfermo que podremos llegar al diagnóstico. Interrogadlo bien; si se sabe explicarse, vuestro diagnóstico **será** rápido, sino tomad el tiempo necesario y retened siempre que la angina de pecho es un **síndrome** únicamente subjetivo cuyo diagnóstico reposa sobre el **interrogatorio**.

ROGER EVEN

De "El Día Médico," Buenos Aires.