

ANALISIS DE REVISTAS

SEMIOLOGIA

DETERMINACION DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA NORMAL ENTRE LA VENA CUBITAL Y LOS CAPILARES PULMONARES MEDIANTE UNA NUEVA TECNICA, (Determination of the normal circulation time from the antecubital veins to the pulmonary capillaries by a new technic). S. Candel. "Ann. Int. Med.", XII, 236, 1938.

Este nuevo método consiste en inyectar 1,4 c. c. de paraldeida en la vena cubital y determinar el tiempo que transcurre hasta el momento en que se produce la tos. Fué aplicado por el autor en 100 sujetos aparentemente normales, cuya edad variaba entre 17 y 70 años; en todos ellos se obtuvo la producción de la tos, en 96 con la primera inyección y en los otros 4 en la segunda tentativa. •

Las cifras obtenidas variaron entre 3 y 9 segundos y medio, pudiendo establecerse una media de 6 segundos como velocidad circulatoria normal brazo-pulmón; si dicha cifra sobrepasa los 11 segundos, debe aceptarse que se trata de un resultado anormal. — *M. Joselevich.*

PATOLOGIA

MODIFICACIONES PRODUCIDAS EN EL HIGADO POR LA CONGESTION PASIVA CRONICA, CON REFERENCIA ESPECIAL AL PROBLEMA DE LA CIRROSIS, (Changes in the liver produced by chronic passive congestion, with special referencia to the problem of cardiac cirrhosis). E. W. Boland y F. A. Willius. "Arch. Int. Med.", LXII, 723, 1938.

El estudio de 75 cardíacos en los que se produjo una o varias veces el cuadro de la "insuficiencia congestiva", seguido hasta el examen anatómico, permite a los autores afirmar que la verdadera cirrosis cardíaca es rara, puesto que se la encontró sólo en seis de esos casos.

La lesión anatómica más frecuentemente comprobada fué una atrofia o una necrosis lobular central, hallándose ambos tipos de lesiones combinadas en algunos casos.

Los autores hacen notar también que, además de su relativa rareza, la verdadera cirrosis cardíaca no presenta síntomas clínicos suficientemente característicos como para establecer con ellos un diagnóstico firme. — *M. Joselevich.*

ANEURISMA DEL CORAZON. EI RECONOCIMIENTO CLINICO DEL ANEURISMA DEL VENTRICULO IZQUIERDO, (Aneurysm of the heart. The clinical recognition of aneurysm of the left ventricle). D. Ball. "Am. Heart J.", XVI, 203, 1938.

A propósito de un caso de aneurisma del ventrículo izquierdo, diagnosticado clínicamente y comprobado en la necropsia, se hace una prolija revisión bibliográfica y se discute la posibilidad de su diagnóstico.

ANÁLISIS DE REVISTAS

Respecto al cuadro clínico, concede importancia a la siguiente triada:

- 1.—Antecedente de infarto de miocardio.
- 2.—Latido precordial visible y palpable, situado entre el choque de la punta y el esternón.
- 3.—Un primer tono sordo y apagado, a veces casi inaudible, que contrasta con la vigorosa pulsación precordial.

Como signos accesorios menciona: a) existencia de una doble pulsación precordial, visible y palpable; b) auscultación de un soplo sistólico en un foco bien localizado, situado al lado del choque de la punta; c) ritmo de galope, que estaría más bien en relación con los episodios de insuficiencia cardíaca.

Radiográficamente puede observarse una saliencia o deformación del borde del ventrículo izquierdo; la radioquimografía muestra un tipo de pulsación aórtica a nivel del aneurisma cardíaco.

El autor insiste en la necesidad de un reposo absoluto durante 6 a 8 semanas en los casos de trombosis coronaria, pues ello constituye una medida profiláctica del aneurisma del corazón. — *R. Vedoja*.

ELECTROCARDIOGRAFIA

ELECTROCARDIOGRAMAS EN LOS CUALES LA ONDA PRINCIPAL DEL COMPLEJO VENTRICULAR INICIAL ES NEGATIVA EN LAS DERIVACIONES STANDARD. (Electrocardiograms in which the main initial ventricular deflections are directed downward in the standard leads). J. Burstein y L. Ellenbogen. "Am. Heart J.", XVI, 165, 1938.

De 15.000 e.c.g. registrados en el Morrisania City Hospital desde 1929, sólo 9 presentaban la onda principal del complejo QRS dirigida hacia abajo en las tres derivaciones de los miembros.

Del estudio de estos casos los autores deducen que dos factores son necesarios para originar esta característica electrocardiográfica:

a) Existencia de una lesión miocárdica que provoque un curso anormal de la onda de excitación.

b) Alteraciones en los tejidos vecinos al corazón (derrame pericárdico o pleural, etc.), que modifican los contactos eléctricos y perturban la conducción de la corriente eléctrica hacia superficie del cuerpo (de acuerdo a la teoría de Katz). — *R. Vedoja*.

LA SIGNIFICACION CLINICA DE UNA DEPRESION PERSISTENTE DEL SEGMENTO RS-T EN EL ELECTROCARDIOGRAMA. (The clinical significance of a persistent depression of the RS-T segment in the electrocardiogram). H. Selzer. "Am. Heart J.", XVI, 336, 1938.

Sobre un total de 2.000 e.c.g. examinados, 122 presentaban una depresión permanente del segmento RS-T, excluidos aquellos casos sometidos a terapéutica digitalica.

La depresión del segmento RS-T es más acentuada en la derivación que muestra una mayor onda positiva en el complejo QRS; algunos casos, en la de-

rivación opuesta suele observarse una elevación de RS-T, pero tal elevación constituye un signo más tardío y de menor importancia.

La depresión del segmento RS-T está asociada, muy a menudo, con agrandamiento del V. I. o del V. D., y suele ser un signo precursor de la inversión de la onda T. En el agrandamiento del V. I. se presenta en I derivación (o I_a y II) y en el agrandamiento del V. D. en III (o II y III); usualmente coexiste con desviación del eje eléctrico a la izquierda o a la derecha, pero tiene la misma significación en casos que no presentan una desviación anormal del eje eléctrico. — R. Vedoya.

BLOQUEO DE RAMA Y BLOQUEO INTRAVENTRICULAR EN LA OCLUSIÓN CORONARIA AGUDA. (*Bundle branch and intraventricular block in acute artery occlusion*). A. M. Master, S. Dack y H. L. Jaffe. "Am. Heart J.", XVI, 283, 1938.

Los trastornos de conducción intraventricular, incluyendo el B. de R., se observaron en el 15 % de 375 casos de oclusión coronaria aguda; las alteraciones electrocardiográficas son, en general, precoces y persistentes (sólo en 6 casos fueron transitorias).

La hipertensión arterial, el agrandamiento cardíaco y la insuficiencia congestiva, se observaron en estos pacientes con mayor frecuencia que en el grupo control; una gran parte de estos enfermos (65 %) habían sufrido anteriormente uno o más ataques de oclusión coronaria.

La significación pronóstica de estos trastornos de conducción es evidente, ascendiendo la mortalidad al 42 %, porcentaje que se reduce al 23 % en los casos de oclusión coronaria y conducción intraventricular normal.

En los 2/3 de los casos de B. de R., las modificaciones progresivas del segmento ST y de la onda T hacían posible el diagnóstico de oclusión coronaria, siendo la IV D particularmente útil en este sentido; los autores manifiestan que una onda R₄ (+) ausente o pequeña, aún en presencia de B. de R., debe ser considerada como un signo sugestivo de infarto de pared anterior del V. I., aunque ocasionalmente es sólo debida al B. de R.

Los trastornos de conducción a-v fueron más frecuentes que en los casos con complejo QRS normal; en cambio, los distintos tipos de arritmia comunes en el infarto de miocardio, no se presentaron con mayor frecuencia.

Los autores insisten en la significación diagnóstica de un trastorno de conducción intraventricular que aparece súbitamente, manifestando que debe sugerir la existencia de una oclusión coronaria reciente; por otra parte, tal alteración del e.e.g. puede ser el único signo de un antiguo infarto del miocardio.

La base anatómica de tales trastornos de conducción es el infarto septal, presente en 16 de los 20 casos autopsiados; se observó con la misma frecuencia la oclusión de la coronaria derecha e izquierda, así como el infarto anterior o posterior, sin que ello guarde relación con un determinado tipo de trastorno de conducción. — R. Vedoya.

INFLUENCIA DE LA TROMBOSIS CORONARIA AGUDA SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA DE BLOQUEO DE RAMA, (Influence d'une thrombose coronarienne aigue sur l'électrocardiogramme d'un bloc des branches), R. Fischer. "Arch. des Mal. du Coeur", XXXI, 997, 1938.

Comenta un caso de oclusión coronaria aguda cuyo e.c.g. muestra las características del B. de R.; las modificaciones de la onda T y su evolución posterior confirman el diagnóstico de infarto del miocardio.

En otro caso de PR acortado y QRS ancho y mellado, tipo B. de R. (síndrome de Wolff-Parkinson-White), al producirse una oclusión coronaria se observan modificaciones típicas del segmento ST.

El autor deduce que en los trazados tipo B. de R. pueden aparecer signos de oclusión coronaria en el segmento ST y onda T, sin modificaciones del complejo QRS. — R. Vedoja.

HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN 44 CASOS DE TRIQUINOSIS, (Electrocardiographic findings in forty-four cases of trichinosis), C. H. Beecher y E. L. Amidon. "Am. Heart J.", XVI, 219, 1938.

De 44 casos de triquinosis, dos mostraron signos electrocardiográficos atribuidos a lesión miocárdica: uno de ellos presentaba un bloqueo a-v simple ($PR = 0,24''$) y el otro frecuentes extrasístoles nodales, originando en ciertos momentos un ritmo bigeminado; estas alteraciones del e.c.g. se observaron transitoriamente. — R. Vedoja.

ESTUDIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN LA EMBOLIA PULMONAR CLINICA Y EXPERIMENTAL, (Electrocardiographic studies in clinical and experimental pulmonary embolization), W. S. Love, G. W. Brugler y N. Winslow. "Ann. Int. Med.", XI, 2109, 1938.

De sus experiencias efectuadas en perros y de la comparación de los resultados obtenidos con aquéllas y lo que se comprueba en el hombre, los autores deducen que la modificación electrocardiográfica característica de la embolia o el infarto pulmonar es la depresión de S-T (generalmente en IIa) y a menudo en dirección opuesta a la de T_2 y T_4 . Esas modificaciones no son iguales a las producidas por la trombosis coronariana y se deben a la dilatación del ventrículo derecho que se desarrolla como consecuencia de la embolia pulmonar.

La anemia miocárdica y los reflejos vago-simpáticos no intervienen en la producción de esas anomalías electrocardiográficas, que son también distintas de las que se comprueban en el shock y en la anemia grave. Las arritmias observadas en la embolia experimental y clínica no tienen nada de característico. — M. Joselevich.

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

DOLOR CARDIACO: ESTUDIO EXPERIMENTAL REFERENTE AL FACTOR TENSIONAL, (Cardiac pain: an experimental study with reference to the tension factor), S. J. Martin y L. W. Gorham. "Arch. Int. Med.", LXII, 840, 1938.

ANÁLISIS DE REVISTAS

En 7 perros se estudió la aparición del color cardíaco mediante tracciones efectuadas sobre las arterias coronarias. En todos los casos se comprobó que dicho dolor se producía gracias a simples tironeamientos de las paredes arteriales, ejercidos por intermedio de ligaduras apropiadas, sin que interviniera el factor isquémico, cuya ausencia fué documentada electrocardiográficamente. — *M. Joselevich.*

EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO Y ELECTROCARDIOGRAFICO DE LAS AFECCIONES CORONARIAS. (*The roentgenologic and electrocardiographic diagnosis of coronary disease*), G. Levene, R. M. Lowman y E. G. Wissing. "Am. Heart J.", XVI, 133, 1938.

En una serie de 140 casos, en los cuales no se conocían los antecedentes, ni los signos clínicos o electrocardiográficos, el examen radiológico sugería el diagnóstico de afección coronaria, que fué confirmado por el e.c.g. en el 75.7 % de los casos. En otra serie de 10 pacientes que acusaban dolor precordial, el examen radiológico no demostró signos de afección de las arterias coronarias, siendo normal el e.c.g. en todos los casos. De los 12 casos sometidos al control necrópico, se confirma el diagnóstico radiológico en 10 (83.3 %) y el electrocardiográfico en 11 (91.7 %).

Manifiestan que el examen radiológico es un método muy útil en el estudio de las afecciones de las arterias coronarias, suministrando signos objetivos que confirman el diagnóstico; su utilidad es aún mayor cuando los signos electrocardiográficos no han aparecido todavía, o cuando ellos ya han desaparecido. — *R. Vedoya.*

OCCLUSION CORONARIANA CON Y SIN DOLOR: ANALISIS DE CIEN CASOS AUTOPSIADOS, CON REFERENCIA AL FACTOR TENSIONAL EN EL DOLOR CARDIACO. (*Coronary occlusion with and without pain: analysis of one hundred cases in which autopsy was done with reference to the tension factor in cardiac pain*), L. W. Gorham y S. J. Martin. "Arch. Int. Med.", LXII, 821, 1938.

De los 100 casos estudiados, 58 habían tenido dolor precordial antes de la muerte y los otros 42 no. Los enfermos *con dolor* eran más jóvenes, la edad media de los varones era de 10 años menos que la de las mujeres y en general habían tenido antes hipertensión y dolores precordiales. Los enfermos *sin dolor* eran de más edad, aunque también en ellos la edad media de los varones era 10 años menor que la de las mujeres, siendo más rara que en los del primer grupo una historia previa de dolores precordiales e hipertensión. En los *con dolor* era más frecuente la trombosis y el infarto recientes, la pericarditis aguda y los frotes, mientras que en los *sin dolor* solía faltar el infarto y la pericarditis recientes, existiendo en cambio infartos antiguos. El sitio del infarto, así como la ruptura ventricular y el consiguiente hemopericardio eran independientes de la presencia o ausencia del dolor precordial.

Los autores creen que el factor mecánico (distensión de las paredes arteriales por encima de la obstrucción), desempeña un papel más importante que la

isquemia miocárdica en la aparición del dolor: la mayor o menor rapidez con que se produce la oclusión y en consecuencia la distensión de la arteria situada inmediatamente por encima de la zona afectada, condicionaría la aparición del cuadro doloroso o su ausencia más o menos completa. — *M. Joselevich*

OCCLUSION GRADUAL DE UNA ARTERIA CORONARIA. ESTUDIO EXPERIMENTAL. (*Gradual occlusion of a coronary artery. An experimental study*), L. Blum, G. Schauer y B. Calif. "Am. Heart J.", XVI, 159, 1938.

Mediante una pinza a tornillo especial, comprimen gradualmente la rama descendente anterior de la coronaria izquierda, demorando unas 5 semanas en completar la oclusión.

De los 14 perros así tratados, 4 no mostraron modificaciones histológicas del miocardio, 6 presentaron lesiones muy semejantes a las provocadas por la esclerosis coronaria en el corazón humano, y en los otros 4 las lesiones fueron más intensas, pero del mismo tipo; el examen macroscópico permitió comprobar la existencia de infarto del miocardio en 4 de estos animales.

La inyección de las arterias coronarias mostró una vascularización miocárdica normal en 10 perros, y el e. c. g. presentó en todos los casos en una u otra etapa de la experiencia, signos positivos o fuertemente sugestivos de infarto del miocardio.

Los autores manifiestan que cuando se estenosa progresivamente una arteria coronaria en el perro, llegando a la oclusión completa en un plazo de 5 semanas, el desarrollo de la circulación colateral impide en gran parte la aparición de las lesiones miocárdicas, que se observan habitualmente cuando la misma arteria es ocluida súbitamente. — *R. Vedoya*.

ESTUDIOS HEMODINAMICOS EN LA OCLUSION CORONARIA EXPERIMENTAL. - V. MODIFICACIONES DE LA PRESION ARTERIAL. (*Hemodynamic studies in experimental coronary occlusion. - V. Changes in arterial blood pressure*), L. Gross, G. Schauer y M. Mendlowitz. "Am. Heart J.", XVI, 278, 1938.

La ligadura, en el perro, de la rama descendente anterior de la coronaria izquierda, provoca un franco descenso de la presión arterial, el cual se manifiesta recién a las 24 horas y persiste, por lo menos, durante una semana. En experiencias anteriores, inmediatamente después de la oclusión coronaria y sin modificación sensible de la volemia, observaron una franca disminución del volumen minuto, que no se acompañaría de caída de la presión arterial debido a una vasoconstricción compensadora; la atenuación o desaparición de este mecanismo, 24 horas más tarde, determinaría la disminución de la presión arterial. — *R. Vedoya*.

LA FORMA DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO EXPERIMENTAL. - V. LOS EFECTOS TARDIOS PRODUCIDOS POR LA LIGADURA DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA. (*The form of the electrocardiogram in experimental myocardial infarction. - V. The later effects produced by ligation of the right coronary*

artery). I. G. W. Hill, F. D. Johnston y F. N. Wilson. "Am. Heart J.", XVI, 309, 1938.

Ligan en el perro la arteria coronaria derecha, provocando un infarto de la pared del V. D.; realizan el estudio electrocardiográfico una vez producida la necrosis de la zona isquemiada.

Cuando el infarto comprende todo el espesor de la pared del V. D. las derivaciones directas de la superficie externa del infarto, suministran curvas iguales a las obtenidas en los infartos del V. I.; tanto antes como después de la sección de la rama derecha del haz de His, las derivaciones de la superficie del infarto y las obtenidas en puntos vecinos de la cavidad ventricular, proporcionan curvas prácticamente idénticas.

En las derivaciones de puntos de la zona infartada que contienen miocardio viviente, la onda inicial del complejo QRS (+) es anormalmente pequeña: se observó ausencia de esta onda en las derivaciones de la cavidad ventricular o en las derivaciones superficiales de puntos que no contienen miocardio viviente. Cuando se provoca bloqueo de rama derecha se observa una onda inicial (+) prominente, tanto en las derivaciones superficiales como en las registradas desde la cavidad ventricular. — R. Vedoya.

INFECCIOSAS

ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA CONSECUTIVA A LA EXTIRPACION DE DIENTES O AMIGDALAS. (Subacute bacterial endocarditis following the removal of teeth or tonsils). L. Feldman e I. M. Trace. "Ann. of Int. Med.", XI, 2124, 1938.

Cinco casos de endocarditis bacteriana subaguda fueron observados inmediatamente después de la extirpación de dientes o amígdalas. Este hecho se explica porque el trauma operatorio ofrece una buena oportunidad para que se movilicen los estreptococos no-hemolíticos que a menudo pululan en esos focos sépticos, produciéndose en consecuencia una bacteriemia transitoria, la que facilita el injerto maligno de los velos valvulares previamente lesionados.

Para evitar esas complicación los autores aconsejan que los dentistas se aseguren, antes de toda extracción, de que el sujeto no sufre de una afección valvular. En cuanto a la extirpación de los focos sépticos en los cardíacos valvulares, que a menudo se halla indicada como medida preventiva de la reinfección maligna, creen que no debe efectuarse si el estado general es malo. La extracción dentaria exige a su vez en esos casos la adopción de ciertas medidas precaucionales previas y posteriores a la operación, las que son detalladas por los autores. — M. Joselevich

PERICARDIO

ESTUDIOS SOBRE LA CIRCULACION EN EL DERRAME PERICARDICO. (Studies of the circulation in pericardial effusion). H. J. Stewart, N. F. Crane y J. E. Deitrick. "Am. Heart J.", XVI, 189, 1938

Comentan el caso de un paciente que presenta un derrame pericárdico, aparentemente primitivo y de etiología desconocida, que recidiva después de cada punción. De los estudios realizados durante 24 meses deducen que la acumulación de líquido en el pericardio provoca:

a.—Acentuada disminución del volumen minuto y del volumen sistólico.

b.—Aumento de la presión venosa, de la presión intrapericárdica y de la frecuencia cardíaca.

c.—Aumento del tiempo de la velocidad circulatoria.

d.—Disminución de la capacidad vital.

Todas estas alteraciones tienden a desaparecer cuando se evacúa el exceso de líquido acumulado en el pericardio. — *R. Vedoya*.

SARCOMA PRIMITIVO DEL PERICARDIO, (*Primary sarcoma of the pericardium*). P. G. Boman. "Ann. Int. Med.", XII, 258, 1938.

Los signos clínicos eran semejantes a los de las cardiopatías comunes, orientando el diagnóstico en favor de una afección pericárdica la presencia de frotos sistólicos y diastólicos y la de una imagen radiológica similar a la de un derrame de mediano desarrollo. Las modificaciones electrocardiográficas tampoco presentaban nada de característico, estando el autor de acuerdo con los que no les adjudican valor diagnóstico.

En la autopsia se encontró una obliteración completa de la cavidad pericárdica, la que estaba ocupada por una infiltración difusa de tejido neoplásico, de 1 centímetro de espesor, que no podía ser desprendido del miocardio subyacente, a quien invadía, sin que se produjeran desgarramientos de dicho músculo. El examen histológico demostró que se trataba de un sarcoma primitivo del pericardio. — *M. Joselevich*.

PRESION ARTERIAL Y VASOS

RENDIMIENTO CARDIACO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL, (*The cardiac output in arterial hypertension*). D. V. Holman e I. H. Page. "Am. Heart J.", XVI, 321, 1938.

En el perro normal y sin anestesia, el volumen minuto varía muy poco en diferentes días; la hipertensión arterial provocada por isquemia renal no modifica el volumen minuto.

Los autores deducen que la hipertensión arterial se debería a un aumento del tono vascular periférico. — *R. Vedoya*.

SINUOSIDAD DE LA CAROTIDA PRIMITIVA DERECHA EN LA HIPERTENSION, (*Buckling of the right common carotid artery in hypertension*). R. Arrillaga Torrens y B. T. Horton. "Ann. of Int. Med.", XII, 688, 1938.

Los autores llaman la atención sobre una tumoración pulsátil, observada 2 veces en 48 casos de hipertensión arterial, localizada exclusivamente en el lado

derecho del cuello, detrás del tercio inferior del esternocleidomastoideo e inmediatamente por encima de la articulación esternoclavicular.

Su aparición se debe a la sinuosidad de la carótida primitiva, desarrollada en esos casos debido a la elevación del arco aórtico y a la hipertensión arterial. No debe confundirse con las lesiones orgánicas de la carótida (aneurismas, etc.). — *M. Joselevich.*

ERITERMALGIA (ERITROMELALGIA) DE LAS EXTREMIDADES. (*Erythermalgia (erythromelalgia) of the extremities*). L. A. Smith y E. V. Allen. "Am. Heart J.", XVI, 175, 1938.

A propósito de 5 observaciones personales, hacen una prolija descripción del síndrome designado eritromelalgia por Mitchell; los autores proponen la denominación de *eritermalgia*, la que tendría la ventaja de indicar los tres signos principales del síndrome: enrojecimiento, calor y color.

La existencia de una estrecha relación entre la temperatura de la piel y la aparición del dolor, tiene el valor de un signo patognomónico: cuando la temperatura sobrepasa un cierto "punto crítico" se presenta las molestias, y éstas desaparecen cuando la temperatura desciende por debajo de aquel punto.

La sensación de ardor sería debida a una especial susceptibilidad de la piel a los aumentos de temperatura, condición que no existiría en las personas normales. — *R. Vedoya.*

TERAPEUTICA

LA ACCION DE LA DIGITAL SOBRE EL CORAZON AISLADO. (*The action of digitalis on the isolated heart*), L. N. Katz, M. Mendlowitz y H. A. Kaplan. "Am. Heart J." XVI, 149, 1938.

Los autores describen un ingenioso dispositivo para estudiar la acción de la digital sobre el corazón de perro aislado. Sus investigaciones les permite manifestar que la digital no actúa directamente sobre la fuerza contráctil o eficacia mecánica del miocardio, ya se trate de un corazón "suficiente o insuficiente"; la digital solamente produce trastornos de conducción o favorece el desarrollo de ritmos ectópicos.

La acción de la digital en clínica humana, en lo que se refiere a su capacidad para combatir la insuficiencia cardíaca, puede ser explicada satisfactoriamente por su acción sobre la circulación periférica. — *R. Vedoya.*

ESTELECTOMIA DOBLE EN LA ANGINA DE PECHO. (*Stellectomie double dans l'angine de poitrine*). R. Leriche y R. Fontaine. "Arch. des Mal. du Coeur", XXXI, 985, 1938.

Comentan el caso de un paciente sometido a la resección bilateral del ganglio estrellado, como tratamiento de ciertos ataques de fisonomía particular atribuidos a una "angina de pecho de tipo secundario, anorgánica". Tales ataques no han vuelto a reproducirse en los 9½ años transcurridos desde la intervención quirúrgica. — *R. Vedoya.*