

# ANGIOLOGÍA

VOL. VII

ENERO - FEBRERO 1955

N.º 1

## TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTFLEBÍTICO (\*)

JORGE MC COOK y G. NAVARRETE

*Servicio de Enfermedades Vasculares de los Hospitales "Calixto García" y "Lila Hidalgo" (Dres. R. Guerra y B. Milanés). Habana, Cuba*

Hace alrededor de un año comenzamos a estudiar con preferente atención el Síndrome postflebítico, en particular sus dos más molestas secuelas: la dermatitis y la úlcera. Cuando esto hacíamos nos encontramos frente a dos criterios terapéuticos distintos, uno conservador, médico, y otro quirúrgico; y lo que hasta ese momento habíamos realizado, en uno u otro sentido, nos desconcertaba aún más.

El criterio terapéutico conservador se orientaba hacia dos objetivos:

- 1) Curar la úlcera, y
- 2) Instituir una serie de medidas, que no son otras que las señaladas por LUKE y denominadas por él «Nuevo sistema de vida para las piernas».

Cuando seguíamos este criterio, en la creencia de resolver de modo definitivo estas secuelas, nos veíamos sorprendidos al ver que después de un período variable, no mayor de seis meses, estos enfermos volvían de nuevo con sus úlceras abiertas.

A la larga todos confesaban que no habían realizado estrictamente el tratamiento, bien porque sus condiciones económicas no les permitían abandonar sus labores habituales, o porque, en los de posición acomodada, el plan los sumía en una verdadera invalidez física y moral, toda vez que, entre otras medidas, el nuevo sistema de vida para la pierna implicaba el descansar con la pierna elevada en un ángulo de 45° durante una o dos horas cada tarde, no permanecer más de media hora de pie sin sentarse, levantando la pierna sobre una banqueta adicional, uso de por vida de una media elástica, etc.

Desde un punto de vista quirúrgico nuestras esperanzas se mostraban también inciertas, puesto que habíamos ensayado el «stripping» aislado de la safena interna, la interrupción del sistema venoso profundo recanalizado a nivel de la poplítea, la gangliectomía lumbar asociada o no a injertos de piel, sin

---

(\*) Presentado en la I Jornada Angiológica Cubana, celebrada en La Habana.

que por ello la desagradable recidiva de la úlcera dejara de presentarse en un tiempo variable.

El desconcierto había llegado al clímax. Nuestra impotencia era evidente. Reconocíamos la certeza de las palabras del Profesor LERICHE, cuando decía «Por esto la vida de muchos flebíticos es singularmente atravesada. Diremos la palabra, le es miserable; siempre fatigado, cualquiera que sea su ocupación, el enfermo sufre, se siente insuficiente a sus tareas. La vida le es una carga. De ahí vienen las consecuencias familiares y afectivas de su invalidez. Y en este clima de tristeza le es necesario, sin cesar, el cerrar de la úlcera, de año en año más dolorosa y rebelde. De tiempo en tiempo, son paralizados por procesos inflamatorios. Es ésta la miseria moral y física muchas veces constatada».

En estas condiciones nos encontramos al comenzar nuestro estudio, pero sabíamos que :

1) El reposo era una medida importantísima en el tratamiento de la úlcera, a tal punto que es capaz de llegar, por sí sola, hasta la curación, apareciendo de nuevo cuando el enfermo abandona el lecho. Esto nos llevaba a pensar que un factor de tipo mecánico, ortostático, estaba jugando un rol fundamental.

2) Que sin desconocer la importancia de otros factores, como el vasomo-

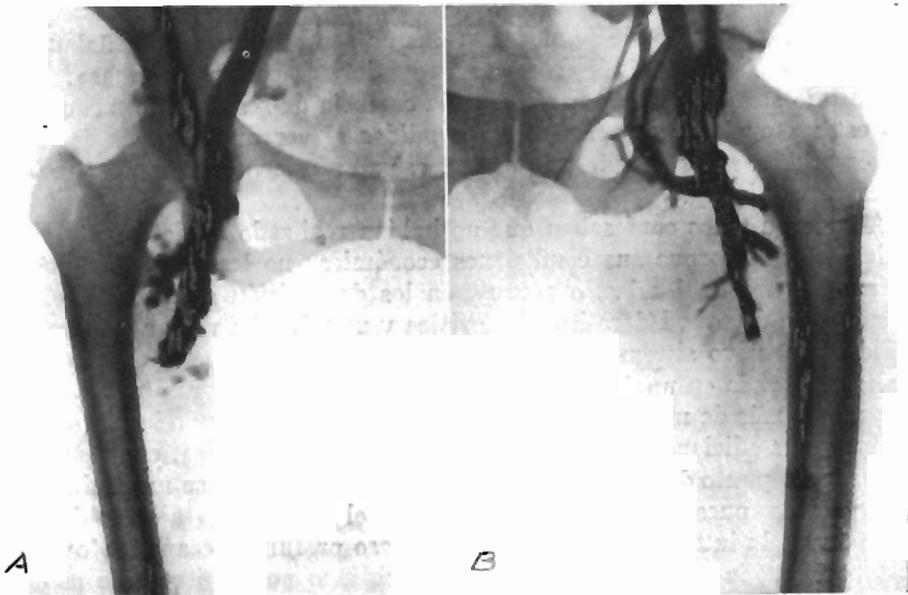


Fig. 1.

Flebografías normales, observándose la regularidad de los contornos venosos, así como la detención del medio opaco por un sistema valvular suficiente

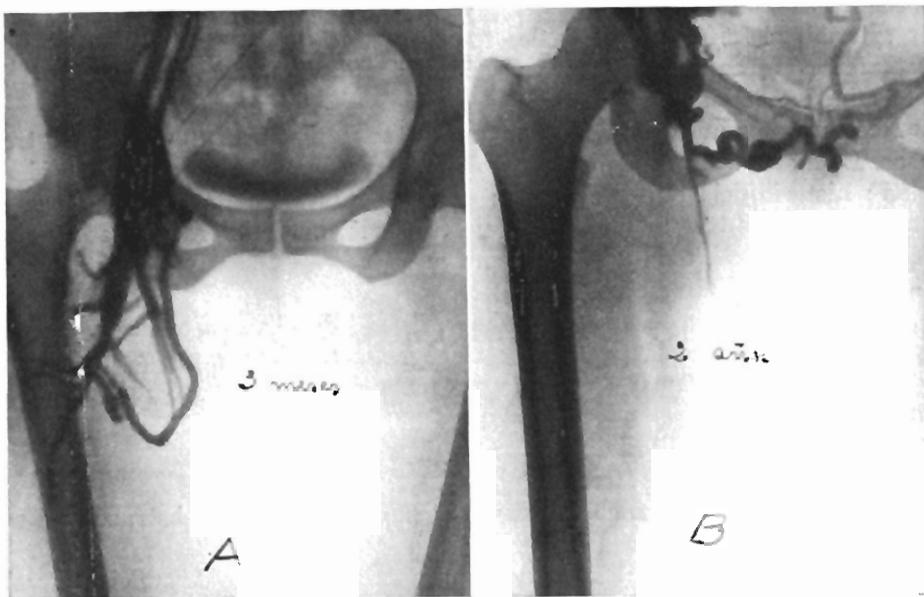


Fig. 2.

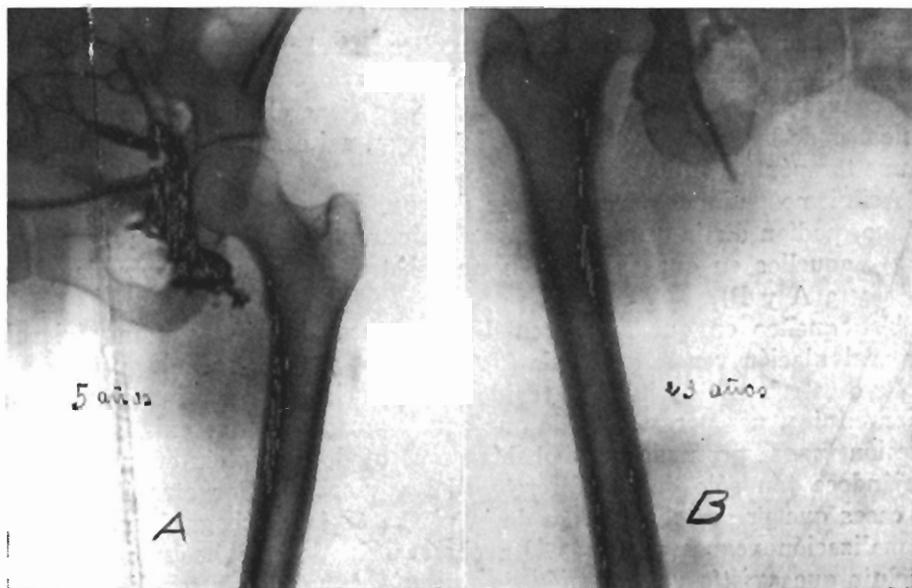


Fig. 3.

Fig. 2 y 3. — Flebitis antiguas en fase de obstrucción a los 3 meses, 2, 5 y 23 años del accidente agudo. Nótese el tipo de la circulación colateral y la detención irregular del medio opaco

tor arterial, el linfático y el trófico tisular, parecía que era el factor venoso, justamente el que fuera afecto de la flebitis aguda, el más importante en el determinismo de las secuelas.

Nos trazamos nuestro método para estudiar uniformemente todos nuestros casos. La historia clínica debía reunir los requisitos siguientes: datos de identidad; historia del accidente agudo; secuelas inmediatas, tardías y actuales y sus respectivos tratamientos; y como corolario, una exploración radiológica del sistema venoso, toda vez que admitimos que es el más importante factor etiológico en el Síndrome postflebítico.

De entre todas las técnicas de flebografía nos decidimos a utilizar, rutinariamente, la preconizada por LUKE: flebografía retrógrada por punción percutánea de la vena femoral, ya que creíamos reunía los requisitos deseados (figura 1):

- 1) Técnica fácil, libre de accidentes desagradables.
- 2) Por los datos que ofrece:
  - a) estado anatómico del sistema venoso en cuanto a obstrucción o recanalización venosa profunda postflebítica.
  - b) datos funcionales en cuanto a la existencia o no de suficiencia valvular al reflujo.
  - c) signos de flebitis antigua, dados por la irregularidad de las paredes venosas, tipo de circulación colateral, etc.

El primer hecho que pudimos comprobar fué el ya señalado por BAUER: que sólo las flebitis propagadas al eje íliofemoral son capaces de dar secuelas. Nos convencimos, pues, de la importancia que tiene el diagnóstico precoz de la flebitis de las venas profundas de la pierna, así como el empleo inmediato de una terapéutica anticoagulante.

Asimismo pudimos darnos cuenta de que, desde un punto de vista flebográfico, podían distinguirse dos tipos de síndromes postflebíticos:

- a) aquellos en que existía aún una obstrucción venosa profunda (figuras 2 y 3 A y B),
- b) aquellos en que se presentaba una recanalización con insuficiencia por avalvulación venosa profunda (figs. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, A).

Pero este hecho no hubiera tenido importancia si no fuera porque, en el orden clínico, nos percatamos de que aquellos casos en que existía una obstrucción venosa profunda nunca habían presentado ulceración en sus piernas, quejándose tan sólo de un discreto edema vespéral. Por otro lado, todos los casos que presentaban úlcera de la pierna tenían, flebográficamente, una recanalización venosa profunda. La observación de este hecho nos llevó a concluir que *existía una relación de causalidad entre la recanalización profunda postflebítica y la úlcera, su secuela trófica*. Sin embargo, algunos casos que presentaban recanalización profunda no exhibían úlcera, lo cual interpretamos diciendo que se precisa que dicha recanalización esté presente durante un cierto tiempo para que la úlcera haga su aparición.

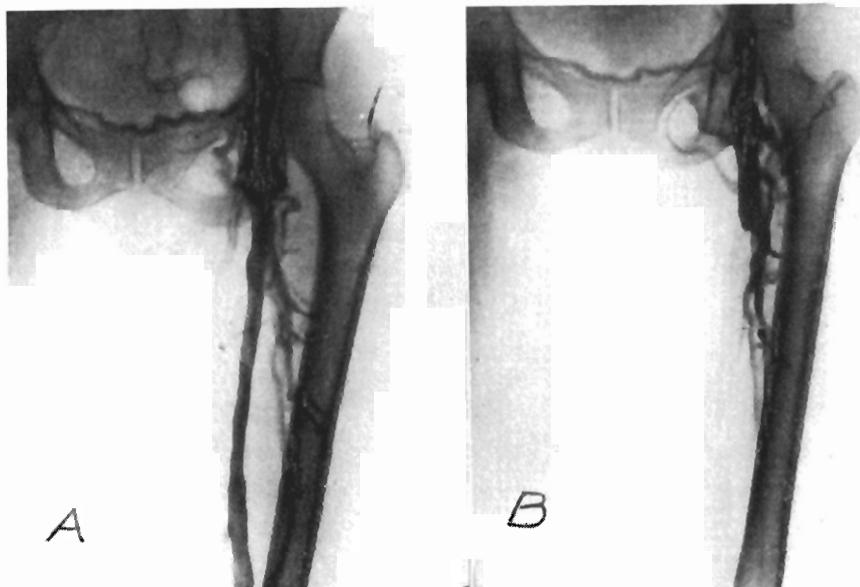


Fig. 4.

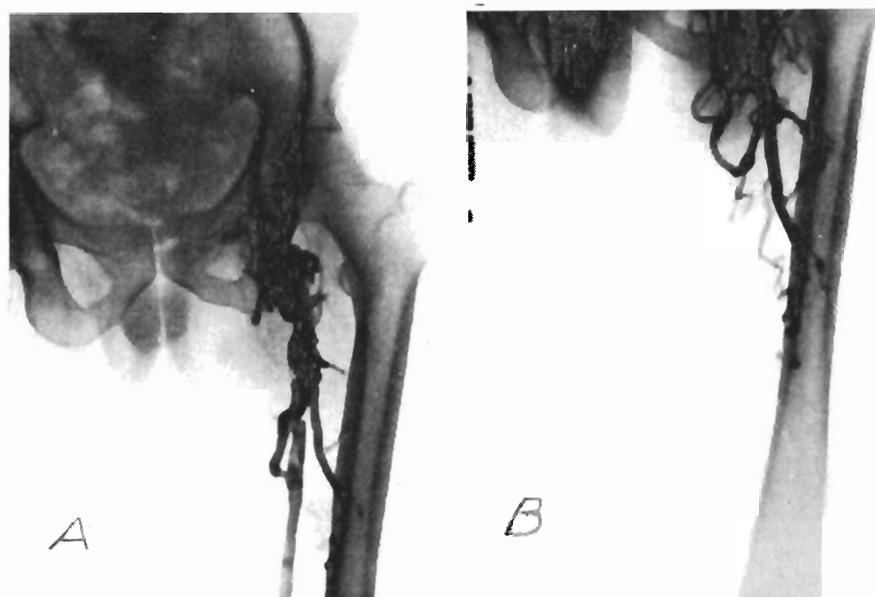


Fig. 5.

Figs. 4 y 5. — A) Flebografías preoperatorias, demostrando recanalización con insuficiencia venosa profunda y signos de flebitis antiguas dados por irregularidades en las paredes venosas y el tipo de la circulación colateral. B) Flebografías postoperatorias, demostrando la suficiencia del sector de la vena femoral profunda

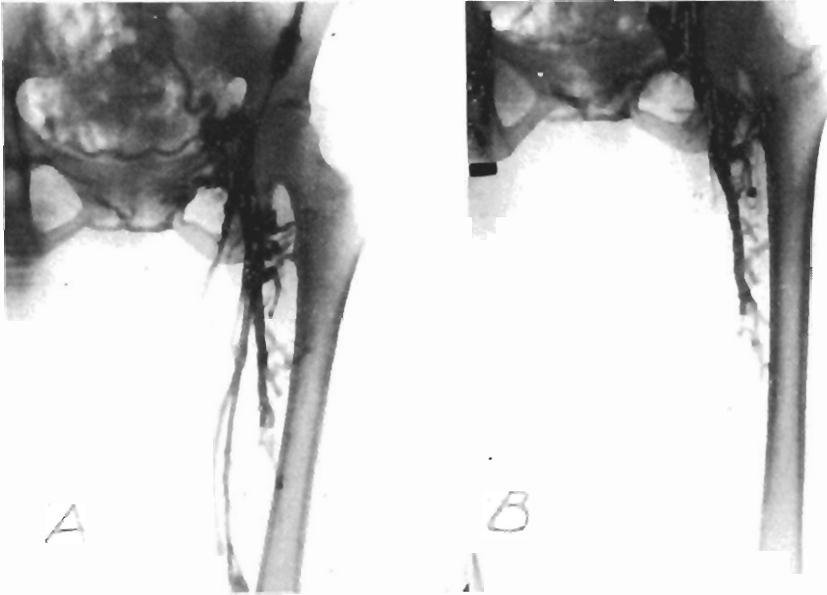


Fig. 6.

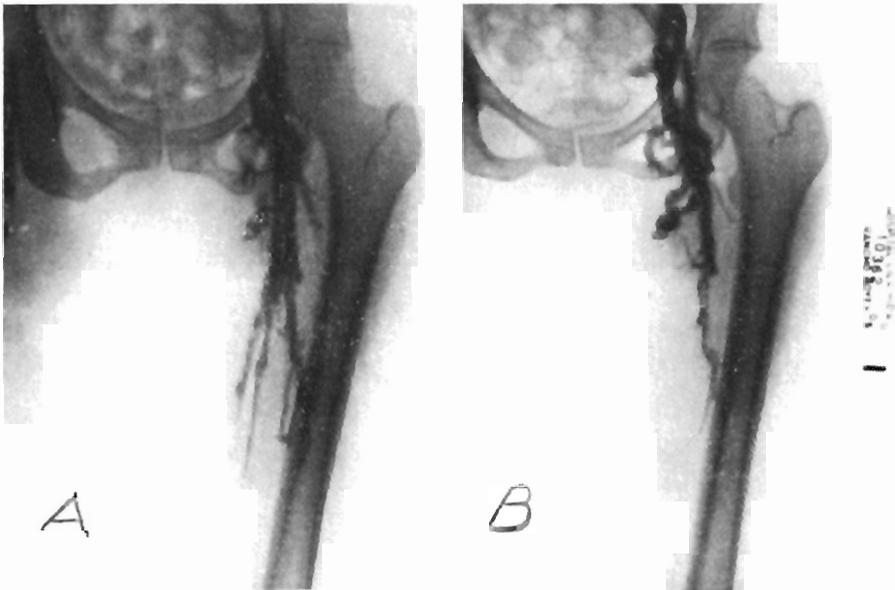


Fig. 7.

Figs. 6 y 7. — A) Flebografías preoperatorias, demostrando recanalización con insuficiencia venosa profunda y signos de flebitis antiguas dados por irregularidades en las paredes venosas y el tipo de la circulación colateral. B) Flebografías postoperatorias, demostrando la suficiencia del sector de la vena femoral profunda

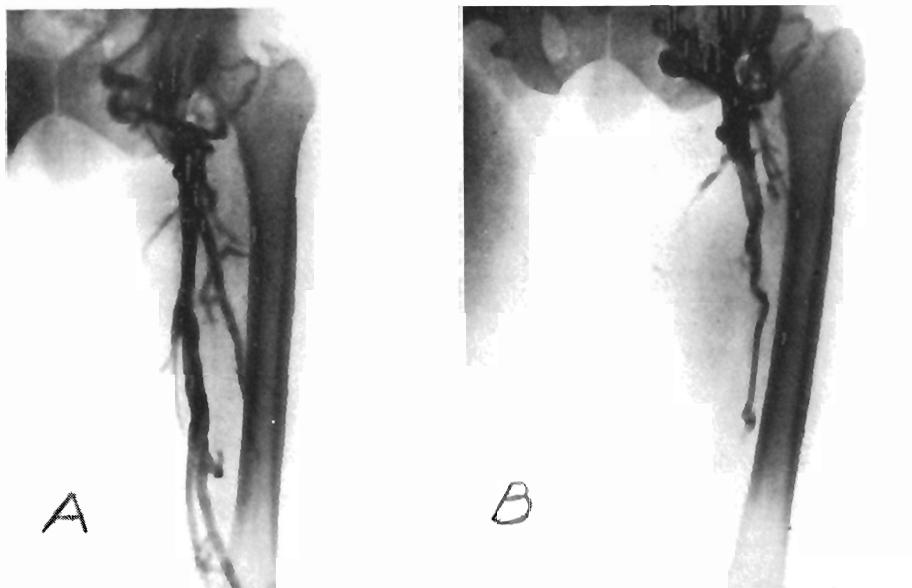


Fig. 8.

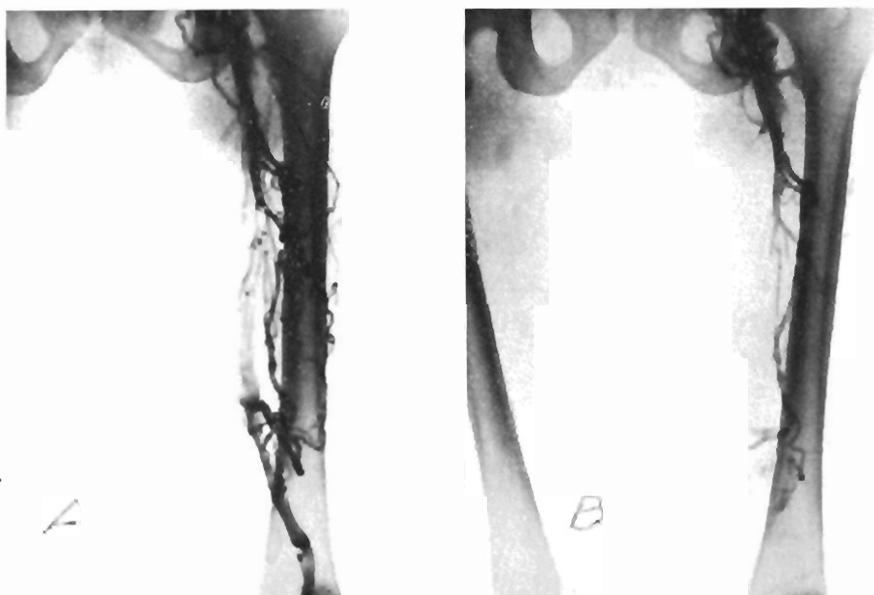


Fig. 9.

Figs. 8 y 9. — A) Flebografías preoperatorias, demostrando recanalización con insuficiencia venosa profunda y signos de flebitis antiguas dados por irregularidades en las paredes venosas y el tipo de la circulación colateral. B) Flebografías postoperatorias, demostrando la suficiencia del sector de la vena femoral profunda

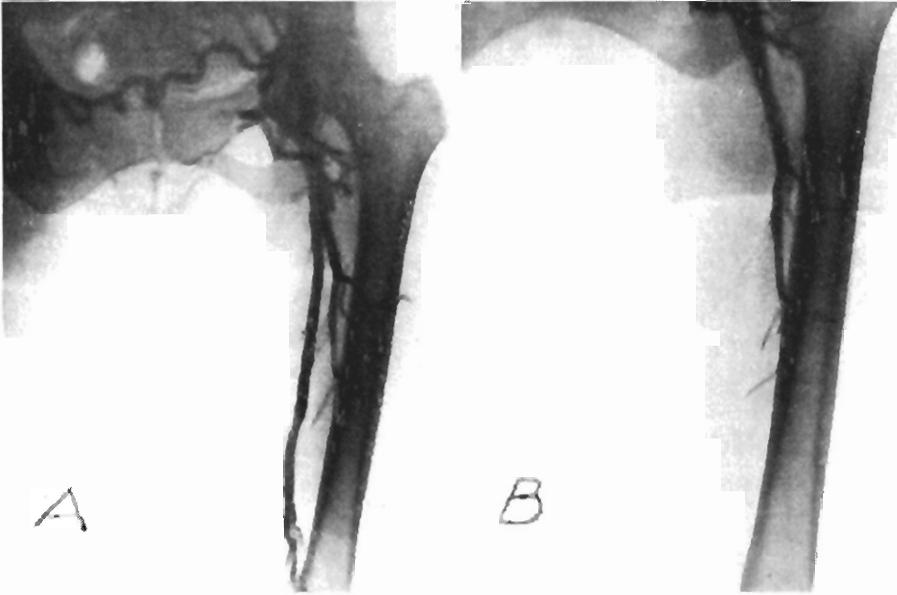


Fig. 10.

A) Flebografía preoperatoria, demostrando recanalización con insuficiencia venosa profunda y signos de flebitis antiguas dados por irregularidades en las paredes venosas y el tipo de la circulación colateral. B) Flebografía postoperatoria, demostrando la suficiencia del sector de la vena femoral profunda

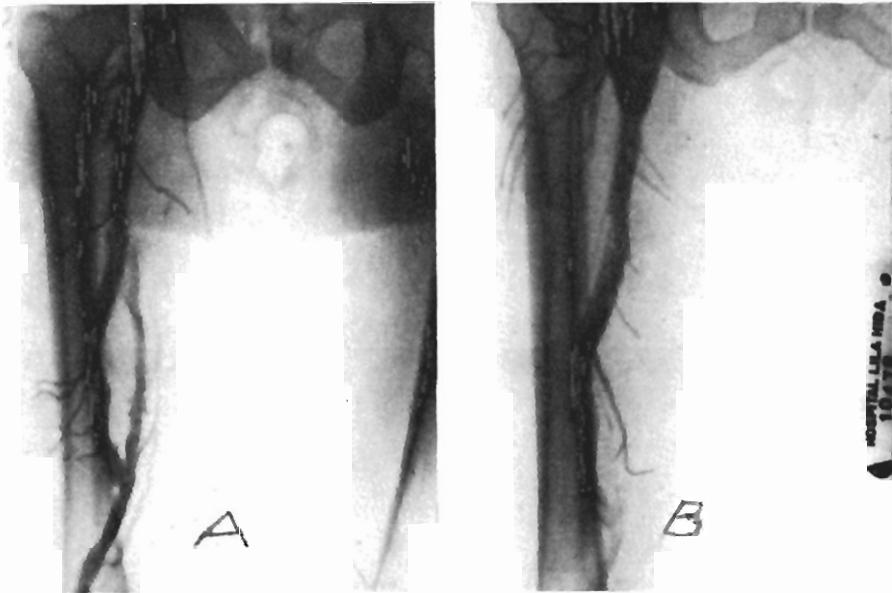


Fig. 11.

Flebografías pre y postoperatoria en un caso con flebitis antigua e insuficiencia tanto del sector de la femoral superficial como del de la femoral profunda

Además pudimos comprobar, flebográficamente, que en la mayoría de los casos de recanalización la vena femoral profunda había permanecido indemne al proceso flebítico, conservando por tanto la elasticidad de sus paredes, así como un sistema valvular suficiente, hechos no despreciables, como veremos en el momento de decidir la terapéutica quirúrgica a utilizar.

Demostrado ya que existían dos entidades distintas desde un punto de vista clínico y flebográfico, fácil era colegir que nuestra conducta terapéutica debía ser distinta. Y como quiera que cuando la obstrucción está presente los enfermos sólo exhiben un edema vespéral, más soportable que la ulceración, comprendimos que la solución se encontraba en transformar una modalidad — recanalización — en la otra — obstrucción — mediante la interrupción quirúrgica del sistema venoso profundo.

Por otro lado, era necesario actuar al mismo tiempo sobre el sistema venoso superficial, siempre insuficiente, ya que a su olvido atribuíamos en parte el fracaso cuando se ligaba la poplítea exclusivamente. Faltaba por decidir el nivel a que dicha interrupción debía realizarse, y escogimos la femoral superficial por debajo de la desembocadura de la femoral profunda, obligando a la circulación de retorno a realizarse por esta última vía que, como ya flebográficamente habíamos demostrado, rara vez participa de los procesos flebíticos. Al mismo tiempo, debía realizarse el «stripping» de la safena interna, con lo que completábamos el criterio terapéutico originalmente descrito por LINTON y HARDY.

La técnica de la intervención es sencilla, procediéndose al descubrimiento de los vasos femorales a nivel del triángulo de Scarpa, previa anestesia raquídea selectiva. Una vez reconocida la vena femoral superficial se procede a la liberación de la misma de la magma periflebítica que la envuelve y adhiere a la arteria homónima. Luego procedemos a la resección de un segmento de dicha vena, de unos diez centímetros, inmediatamente por debajo de la desembocadura de la femoral profunda. La intensidad de la reacción periflebítica guarda relación estrecha con la intensidad de los cambios vasomotores presentes, los cuales desaparecen cuando se hace una buena liberación de la arteria. Se aprovecha esta misma incisión para localizar y ligar el cayado de la safena interna y sus colaterales. Se introduce el «stripper» por el cabo distal hasta un nivel por encima de la ulceración o, mejor, de la zona indurada que la rodea, extrayéndose a este nivel. Se procede entonces a una esclerosis retrógrada del segmento restante. Se realiza una «toilette» de la ulceración, si se estima conveniente. Se cierran por planos las heridas operatorias y se coloca un vendaje compresivo desde el tobillo hasta la raíz del muslo.

Debemos confesar, no obstante, que en dos de nuestros primeros casos tuvimos dos lamentables accidentes, de los que mucho aprendimos. En un caso seccionamos la arteria femoral entre dos pinzas. Por suerte, nos dimos cuenta inmediatamente, procediendo a una sutura término-terminal de la misma que evolucionó favorablemente. En otro caso en que la manipulación de la arteria

reconocemos fué excesiva, sobrevino un intenso espasmo que, secundariamente, llevó a una trombosis masiva arterial y venosa, con gangrena consecutiva. Ambos accidentes son imputables a nuestra técnica defectuosa y no al método que sustentamos.

Un análisis de nuestros treinta enfermos nos demuestra (Tabla I) :

a) Que el mayor número estaba comprendido entre los 35 y 50 años de edad, predominando en el sexo femenino y en la raza blanca.

b) Que la fecha del accidente agudo variaba entre 3 meses y 32 años, habiendo aparecido el mismo en la mayoría de los casos durante el postpartum o el postoperatorio ; tomando el miembro inferior izquierdo en 26 casos. Todos habían sido tratados con reposo y antibióticos, no usando en ningún casos la terapéutica anticoagulante.

c) Que, entre las secuelas inmediatas, el edema estuvo presente, en mayor o menor grado, en todos los casos.

d) Que al momento de consultar se pudieron constatar las siguientes secuelas : edema en 26 casos ; induración, pigmentación y úlcera en 22 casos ; dermatitis en 10 casos ; dolor en 7 casos ; cambios vosomotores en 6 casos ; y várices en 5 casos.

e) Que la flebografía demostró insuficiencia venosa profunda en 27 casos y obstrucción en 3 casos, y que estos hallazgos eran concordantes con los resultados anatomopatológicos. Asimismo, la flebografía postoperatoria realizada en 11 casos demostró que la vena femoral profunda era insuficiente en sólo uno de ellos (fig. 11, A y B), siendo normal en los restantes (figuras 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, B).

f) Que desde un punto de vista quirúrgico se realizó : «stripping» de la safena interna, ligadura de la poplítea, gangliectomía lumbar, resección de la vena trombosada — según criterio de LERICHE —, injerto de piel, en forma aislada o combinada, no obteniéndose con ninguna de ellas resultados satisfactorios.

g) Que la resección de la vena femoral superficial asociada al «stripping» de la safena interna se realizó en 22 casos, de los cuales 18 presentaban ulceración, obteniéndose los siguientes resultados :

- 1) Cierre de las ulceraciones en un tiempo promedio de tres semanas.
- 2) Desaparición completa del dolor, las várices y la dermatitis.
- 3) Persistencia de la induración y pigmentación en todos los casos.
- 4) Persistencia del edema en 6 de los casos, lo que nos obligó a indicar el uso de una media elástica.

Todos estos casos han sido dados de alta sin tratamiento alguno y, desde un año a la fecha, ninguno ha presentado recidiva de sus úlceras, siendo citados en consulta externa cada tres meses.



## CONCLUSIONES

1) Se discuten los distintos criterios terapéuticos seguidos en nuestro medio para el tratamiento del síndrome postflebítico.

2) Se destaca la importancia del factor venoso profundo y superficial en el tratamiento de las secuelas, y se señala la flebografía retrógrada por la técnica de Luke como la exploración más importante en el estudio de dicho sistema venoso.

3) Se comprueba la existencia de dos modalidades de síndromes postflebíticos, distintas desde el punto de vista clínico, radiológico y terapéutico.

4) Se reconoce que, a pesar de la complejidad de factores que intervienen en su producción, muchos de ellos irreparables, siempre es posible por medios quirúrgicos conseguir la transformación de un mal mayor en otro menor, que no otra cosa es si no el papel de la Cirugía la mayoría de las veces.

5) Se señala la resección de la vena femoral superficial asociada al «stripping» de la safena interna, técnica original de LINTON y HARDY, como el proceder de elección en todos los casos de síndrome postflebítico en fase de recanalización; quedando reservado el tratamiento conservador para los casos en fase de obstrucción, así como para los operados con edemas residuales, en cuyos casos el «Nuevo sistema de vida para la pierna», de LUKE, puede hacerlos más llevaderos.

6) Se reportan los resultados obtenidos, que se estiman ya altamente satisfactorios, a pesar de que sólo contamos con un año de observación.

7) Admitimos la posibilidad de que hasta ahora no tengamos toda la verdad con nosotros, pero prometemos traerla ante ustedes en la medida que ella se nos ofrezca.

## S U M M A R Y

After discouraging results with the «New Way Life» instructions from Luke, with popliteal ligation and with stripping of the saphenous vein, in postphlebotic syndrome, the authors recommend superficial femoral vein ligation and stripping of the internal saphenous vein like Linton and Hardy. The results of a follow up study during one year are encouraging but further years of observation are necessary to determine the true value of this method.

## B I B L I O G R A F Í A

- BAUER, G — *Las secuelas de la trombosis venosa postoperatoria*. «Angiología», vol. IV, núm. 3; mayo-junio 1952.
- DOS SANTOS, J. C. — *Sobre algunas verdades primordiales olvidadas o ignoradas de la anatomofisiología normal y patológica del sistema venoso*. «Angiología», vol. I, núm. 3; mayo-junio 1949.
- LERICHE, R. — *Traitement des séquelles postphlébitiques*. «Le Progrés Médical», año 77, núm. 11, pág. 243; junio 1949.

- LINTON, R. y HARDY, I. — *Post-thrombotic syndrome of the lower extremity*. «Surgery», vol. 24, núm. 3, pág. 452; septiembre 1948.
- LUKE, J. — *Evaluation on the deep veins following previous thrombophlebitis*. «Arch. of Surgery», vol. 61, pág. 787; noviembre 1950
- OCHSNER, A. y DE BAKEY, M. — *Postphlebitic sequelae*. «J.A.M.A.», vol. 139, núm. 7, pág. 423; febrero 1949.
- SELIGMAN, B. — *The postphlebitic syndrome*. «Angiology», vol. 2, núm. 5, pág. 393.
- TINGAUD, R. — *Les séquelles des phlébites des membres inférieurs*. «La Semaine des Hopitaux», tomo 26, núm 87, pág. 4500; noviembre 1950.
- VIDAL-BARRAQUER, F. — *Resultado de los distintos métodos de ligaduras venosas en el tratamiento de la insuficiencia profunda de la extremidad inferior*. «Angiología», vol II, núm. 1; enero-febrero 1950.

## LINFEDEMA TUBERCULOSO

M. MARTÍNEZ LUENGAS

*Bilbao (España)*

Los edemas crónicos de los miembros se dividen en flebedemas y linfedemas, según su origen sea venoso o linfático, respectivamente. Los primeros suelen ser blandos, reductibles por el decúbito y distales; mientras que los segundos suelen ser duros, poco reductibles por el decúbito y abarcan en general toda la extremidad y a veces son sólo rizomélicos.

Los linfedemas pueden ser primitivos y secundarios. De entre estos últimos distinguiremos, según su origen, los neoplásicos, postflebíticos, postlinfangíticos y tuberculosos.

*Linfedemas tuberculosos.* — Son secundarios, más frecuentes en el sexo femenino y en edad temprana. Aparecen en el curso de lesiones tuberculosas ganglionares o pulmonares activas. Se instauran muy lentamente, con adenopatías fémoroilíacas y alteraciones cutáneas de aspecto fímico en la parte distal de las piernas. Son dolorosos, en especial si las lesiones cutáneas se ulceran.

Vamos a presentar un caso:

*Observación.* — J. I., 34 años, soltero, maquinista naval, natural de Mundaca (Vizcaya). No tiene antecedentes familiares de interés.

Relaciona su enfermedad con unas heridas que, en la bahía de su pueblo natal, se produjo en la planta del pie izquierdo, a los 8 años de edad, con una ostra, y, a los 9, con un casco de botella. Ambas, dice, curaron con facilidad, pero a los pocos días notó que en la propia cicatriz aparecía una dureza dolorosa, que tenía la particularidad de recidivar en otoño, luego de haber desaparecido con sendas aplicaciones de nieve carbónica; no hay por el momento edema de ninguna clase. Éste hace su aparición a los 9 años de su comienzo y 17 de edad, coincidiendo con un exudado de sus durezas plantares, sanioso y maloliente, y de una hiperhidrosis generalizada pero más acentuada en su extremidad lesionada. El edema, que abarca toda la pantorrilla y pie, es blando y desaparece con el decúbito. Es tratado y diagnosticado de muy diversas maneras, sin lograr ningún resultado positivo. El año 1939 se le practica en el Hospital de Basurto (Bilbao) una exéresis del tejido fibroso-exudativo plantar, que recubierto con injertos de Thiersch deja una superficie limpia y lisa que le permite la casi normal deambulación, si no fuera porque, un mes después, en el talón sufre un nuevo brote similar al anterior pero sin trauma alguno. El edema va endureciéndose y ya no cede en decúbito. Su estado general no se ha afectado lo más mínimo; no ha perdido el apetito ni ha tenido ninguna intercurencia; sólo el continuo ajetreo de la guerra y postguerra desgastaron fugazmente su fuerte constitución física.

Al verlo nosotros por primera vez, en septiembre de 1952, presenta el aspecto que

puede apreciarse en la fotografía adjunta (fig. 1): el edema es francamente duro y, según manifiesta el interesado, su florida proliferación verrugosa no ha sufrido alteraciones de importancia desde su iniciación a raíz de practicarle la mencionada exéresis plantar. Brotes febriles.

No acertamos a etiquetar las lesiones que presenta, y pensamos en un caso raro de



Fig. 1 — *Linfedema tuberculoso*  
Aspecto que presentaban las lesiones al acudir a nuestra consulta. Linfedema, florida proliferación verrugosa en tobillo y dedos

«Linfedema tumorigénico» ateniéndonos a la descripción del de nuestro maestro doctor MARTORELL, donde dice que el linfedema tumorigénico presenta, histológicamente, la estructura de los linfangiosarcomas y, clínicamente, semejan mucho la angiosarcomatosis de Kaposi.

Le practicamos una flebografía que muestra una insuficiencia del cayado de la safena interna, que ligamos. Mejoran algo las dimensiones del edema, pero no así su consistencia; mejora igualmente su hiperhidrosis.

La arteriografía, practicada con Thorotrast, no revela ninguna anomalía.

Instituímos tratamiento postural y antibióticos.

Decidimos extirpar todas las masas verrugosas empleando termocauterío en aquellas partes en las que la profundidad era mínima, y quedamos por el momento bastante satisfechos del resultado cosmético conseguido.

*Examen histológico: Piel del pie.* (Dr. J. G. DEL TÁNAGO) (5-XII-52). En los cortes (fig. 2) se aprecia una gran hiperqueratosis superficial, que penetra además en forma de tabiques hacia la profundidad. El cuerpo de Malpígio presenta una fuerte acantosis con grandes prolongaciones hacia el dermis. En el dermis existe gran infiltración celular formada por linfocitos, células epitelioides y células gigantes: estas últimas contienen bacilos ácidosresistentes, demostrables con las técnicas apropiadas. La prolife-

ración de los capilares es acentuada. *Diagnóstico histológico: Tuberculosis verrucosa.*

Comprobada anatomopatológicamente su naturaleza tuberculosa, comenzamos tratamiento con hidrácidas, y recomendamos radioterapia.

En la actualidad, sabemos que anda perfectamente, sin molestias, sin dolor, sin hiperhidrosis, sin diferencias en sus zapatos; con edema duro, pero menos notable. Escalonadamente, hace tratamiento con hidrácidas.

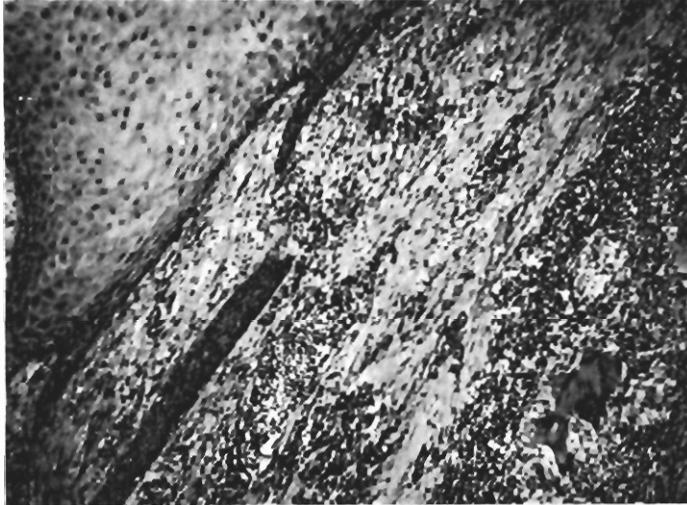


Fig. 2. — *Tuberculosis verrucosa*

En la fotografía se ve cómo, debajo de un cuerpo de Malpigio muy engrosado, existe una densa infiltración celular linfoide, y abajo a la derecha tres células gigantes con numerosos núcleos

#### RESUMEN

Tras algunas consideraciones sobre la división de los linfedemas, resume la clínica de los linfedemas tuberculosos y expone un caso (tratado con resultado satisfactorio por la extirpación con termocauterío de las masas verrugosas y radioterapia e hidrácidas).

#### SUMMARY

A case of Tuberculous lymphedema of the leg in a 34-old-man is presented. Typical tubercles with giant cells and Mycobacterium tuberculosis were found in specimen removed for biopsy.

#### BIBLIOGRAFÍA

- MARTORELL, F. — *Edemas crónicos de los miembros inferiores.* «Angiología», vol. III, núm. 4, pág. 163; julio-agosto 1951.  
MARTORELL, F. — *Tumorigenic Lymphedema.* «Angiology», vol. 2, núm. 5, pág. 386; octubre 1951.

## E X T R A C T O S

Pretendiendo recopilar los artículos dispersos sobre temas angiológicos, se publicarán en esta sección tanto los recientes como los antiguos que se crean de valor en algún aspecto. Por otra parte algunos de éstos serán comentados por la Redacción, cuyo comentario figurará en letra cursiva.

### **ACCIDENTES VASCULARES OPERATORIOS Y RESPONSABILIDAD CIVIL**

*LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL CIRUJANO (La responsabilité civile du chirurgien).* — VULLIET, M. «Helvetica Chirurgica Acta», vol 21, fasc. 3/4, pág. 218; septiembre 1954. (Extracto parcial.)

La responsabilidad civil del cirujano es un hecho que preocupa desde hace tiempo. Tal problema pasó una fase aguda en 1944-45 a consecuencia de un proceso de gran resonancia, que resumimos.

Mme. R. acude al Hospital, el 26-III-36, para operarse de bocio. El diagnóstico es Enfermedad de Basedow. La enferma queda en observación desde el 27 de marzo al 4 de abril. Dicho día uno de los cirujanos del Hospital, asistido de un médico, procede a la primera intervención (se ha decidido efectuar la intervención en tres tiempos: 1. ligadura de la arteria tiroidea inferior derecha, 2. ligadura de la arteria tiroidea izquierda, 3. ablación parcial del cuerpo tiroides). El operador practica una incisión de 9 cm. a lo largo del esternocleidomastoideo; se halla fácilmente la tiroidea, que se liga. La operación se realiza con éxito, durando 30 minutos.

El 10 de abril se suprimen los agrafes y el 15, a las 8 de la mañana, segunda intervención por otro cirujano del mismo hospital, ayudado por dos médicos. Incisión de 4 cm., ligadura de lo que el cirujano considera la tiroidea inferior izquierda. Duración: 14 minutos.

Mientras el curso postoperatorio de la primera operación fué normal, el de la segunda es catastrófico. Al día siguiente la enferma está afásica y con hemiplejía derecha espástica. Después su estado mejora sólo muy escasamente.

Haciendo responsable al cirujano, Mme. R. le reclama el pago de 45.000 francos por daños y perjuicios. El primer juez deniega; por contra el Tribunal de Apelación condena al médico demandado a entregar a la demandante 44.480 francos, más los intereses y los gastos.

La actuación pericial judicial se confió a tres profesores de cirugía. Los expertos examinaron tres hipótesis para explicar la hemiplejía: simple embolia de la carótida interna; trombosis postoperatoria de la carótida primitiva; ligadura de la carótida primitiva en lugar de la tiroidea inferior o ligadura simultánea de ambas arterias. Excluyendo las dos primeras, declaran la tercera hipótesis como la más probable.

El proceso se llevó al Tribunal Federal quien confirma la sentencia del de apelación.

Los expertos escribieron en su informe:

«La equivocación de la ligadura de la carótida primitiva, que juzgamos verosímil aunque sin tener una prueba absoluta, constituye ciertamente un hecho muy sensible. Toda intervención quirúrgica puede conducir no obstante a accidentes de orden técnico y comporta, por ello, cierto riesgo. El más hábil cirujano puede estar expuesto a una equivocación guiado por el concurso de circunstancias desgraciadas o por un error cometido en condiciones de las cuales no es responsable. Y asimismo, pueden ocurrir accidentes porque uno se aparte del esquema habitual con la intención de obrar mejor.

Un accidente sobrevenido en semejantes condiciones, en manos de un cirujano no novel y con un gran número de operaciones en su activo, no podrá ser calificado a la ligera de «falta profesional».

Existe, pues, para nosotros una *relación de causalidad entre la operación y la hemiplejía, aparte del problema de saber si la equivocación verosímil — no probada — constituye una falta profesional*. No hemos podido comprobar en la demandante factor alguno susceptible de provocar la hemiplejía, salvo la oclusión de la carótida provocada de una u otra manera por el acto operatorio».

A despecho de este informe (en el que los párrafos citados no se hallan, por cierto, exentos de ambigüedad), el Tribunal federal consideró que el demandado «...no tomó las precauciones deseadas para identificar la arteria a ligar. En este caso el cargo de la prueba se desplaza y la presunción de negligencia que pesa sobre el demandado no puede destruirse más que si él establece que, vistas las circunstancias particulares del caso, su equivocación no es imputable a falta».

«Dado que el demandado no ha logrado disculparse...»

«Considerando todo ello, no se halla pues en el caso de un accidente operatorio debido a torpeza excusable, sino de una negligencia del demandado por la cual ha empeñado su responsabilidad si las otras condiciones del artículo 41 son además cumplidas».

Esta sentencia del Tribunal federal fué ampliamente comentada en la prensa cotidiana, siendo objeto de un artículo importante redactado por E. THILO, antiguo escribano del Tribunal federal, en «Medicine et Hygiène». Fué, en fin, analizado y explicado en una conferencia del juez federal COUCHEPIN en un curso de perfeccionamiento organizado por la «Société Vandoise de Médecine», en la cual expuso que:

«Li l'on admettait qu'en se confiant à un chirurgien, le patient s'expose à voir ce dernier impunément se tromper d'organe à enlever ou d'artère à ligaturer, il n'y aurait plus qu'à déclarer les chirurgiens tabou. Or, ils ne le sont pas absolument» (COUCHEPIN, L., Juge fédéral. «Med. et Hyg.», 1945, 15 juin).

El comité de la «Société Suisse de Chirurgie» juzgó útil llamar la atención de sus miembros a los considerandos de esta sentencia. Les hizo distribuir una separata de la conferencia de COUCHEPIN y encargó a su Presidente, F. MERKE, adjuntar un comentario al informe anual de 1945.

ALBERTO MARTORELL

LAS «PEGAS» DE LA CIRUGÍA (*Les «pièges» de la chirurgie*). — FORGUE, E. y AIMES, A. Masson et Cie. París, 1939, pág. 221 (Extracto parcial).

*Un caso de arteriografía.* — Ante dos jurisdicciones — el Tribunal Civil de 1.ª instancia del Sena en mayo de 1935 y el Tribunal de Apelación de París en junio de 1937, quien ratificó el juicio — se desarrolló un proceso, con la condena del médico incriminado, el profesor LI..., a 100.000 francos por daños y perjuicios. Más que tal sanción, importa el principio; y frente a la lista de accidentes arteriográficos revelados en la actualidad, a continuación de la advertencia meritoria de nuestro colega LEVEUF, ante la «Société de Chirurgie» en enero de 1935, todo médico queda interesado por su amenaza.

He aquí los hechos. Un enfermo se hallaba afecto de una arteritis obliterante, con claudicación intermitente del miembro inferior derecho. El médico que le trataba autoriza a dos internos del Hospital, muy al corriente de la técnica de la arteriografía, a practicar la exploración opaca de la arteria femoral derecha. Dos minutos después de la inyección, dolores internos en el pie; al día siguiente, palidez y cianosis de la pantorrilla; seis días después, aparición de gangrena; amputación del miembro inferior, en la parte media del muslo; al día siguiente, extensión de la gangrena al talón izquierdo; muerte a los veintidós días.

La condena en las dos jurisdicciones se inspiró en dos motivos: primero, el enfermo, convocado para un examen radiográfico, no estaba advertido de la inyección intraarterial eventual y de su posible riesgo; segundo, que en un enfermo no debería realizarse sin absoluta necesidad la experimentación de un tratamiento. El primer agravio, reconocido por el médico en causa, entra dentro de la cuestión del *consentimiento aclarado* y nosotros lo hemos tratado en otra parte. El segundo, apunta hacia la importante cuestión de la investigación científica y de la aplicación de métodos nuevos.

Ahí se halla el punto crucial. Sin duda, un cirujano carece del derecho de tomar sus enfermos por sujetos de experimentación. Pero la sentencia del Tribunal, calificando la arteriografía de una intervención no necesaria, en el caso examinado, sobrepasa la competencia de los jueces. ¿En qué documento de actuación pericial han hallado ellos los elementos de convicción de que el procedimiento de investigación era inútil siendo el diagnóstico exacto desde el principio? Era el diagnóstico topográfico, la localización exacta de la obliteración arterial lo que perseguía nuestro colega, al objeto de recurrir a un método de tratamiento mejor orientado. ¿No habían declarado los expertos que se trataba de una arteritis obliterante, en que la autopsia había demostrado su carácter, prolongada al miembro izquierdo? ¿No habían concluido que «la inyección intraarterial estaba justificada por la posibilidad de precisar las lesiones y remediarlas por una terapéutica conveniente? Importantes series de arteriografías ¿no habían dejado establecido, desde tal momento, que esta exploración era de ordinario bien tolerada? Yo no soy de los que pronuncian la palabra «cirugía experimental», palabra peligrosa porque, mal interpretada, se vuelve contra nosotros; pero el derecho al ensayo de un procedimiento nuevo ya probado no es una experiencia, cuando se inspira en el fin de una mejoría terapéutica.

De este hecho, ¿qué lecciones hay que retener? La puesta en guardia que, desde el inicio, LECÈNE, DUVAL y GOSSET tuvieron la prudencia de manifestar, se halla en parte confirmada por el conocimiento de accidentes imputables a la arteriografía, de los cuales la «Société de Chirurgie», hace tres años, registró confesión laudable. ¿Es ésta una razón para lanzar el descrédito sobre este «admirable medio de investigación», como lo ha calificado LOUIS BAZY? No, sin duda. Pero de ello resulta la regla de abandonar las soluciones de yoduro de sodio; de preferir el «thorotrast» (que tiene la ventaja de no necesitar anestesia, pero el inconveniente de fijarse en el hígado, bazo, médula ósea) hasta que tengamos algo mejor; de perfeccionar la terapéutica, sobre todo restringir las indicaciones y, según el consejo de ROUX-BERGER, reservar la arteriografía para los casos donde las otras exploraciones clínicas dan datos insuficientes para el diagnóstico y la indicación terapéutica.

ALBERTO MARTORELL

## CRÍTICA DE LIBROS

*L'ARTÉRIECTOMIE DANS LES ARTÉRITES OBLITÉRANTES*,  
por R. LERICHE y P. STRICKER. Masson et Cie., Éditeurs. París, 1933.  
Contiene 78 figuras y 194 láminas.

En las revistas de Medicina suelen presentarse los libros de reciente publicación. Pero no siempre los últimos son los mejores. Por esto es útil, de cuando en cuando, recordar viejos libros que, a veces por ser viejos, no han sido leídos por los autores de recientes artículos. Y hasta puede ocurrir que, copiándose unos autores a otros, se haga mención de hechos fundamentales sin conocer la versión de origen.

En esta ocasión presentamos una obra magistral, que ha servido de base para muchas actuaciones terapéuticas y para explicar fenómenos complejos de la vasomotricidad. En este «viejo libro» se resalta la utilidad de la arteriografía en las obliteraciones arteriales segmentarias, exploración indispensable hoy día para las más modernas terapéuticas operatorias. Se describe asimismo la arteriosclerosis de localización segmentaria, cuya importancia se subraya en todos los artículos y obras recientes porque la isquemia que determina puede ser tratada por injerto o endarteriectomía. Injertos y endarteriectomías, operaciones hoy día de moda, después de un resultado inmediato espectacular, terminan en un tanto por ciento no escaso por la obliteración del sector desobliterado, dejando las cosas en la misma situación en que se hallaban antes de la operación practicada. Sin embargo, muchos de estos enfermos obtienen una mejoría que sólo puede explicarse mediante los conceptos de fisiopatología arterial descritos por LERICHE en 1933.

Este libro, cuyo subtítulo reza «Estudio experimental y terapéutico», se divide en seis Capítulos, precedidos de un vasto Prólogo.

El primer capítulo trata de las *Investigaciones experimentales sobre la arteriectomía* realizadas en perros y conejos, y en él se comparan los resultados con otras intervenciones.

El segundo capítulo se refiere a *La Arteriectomía en el tratamiento de ciertas arteritis obliterantes* y se resaltan las ventajas, si fuera siempre posible, de un tratamiento etiológico. Pero, desconocida muchas veces la etiología, nos vemos limitados a escoger sólo una intervención paliativa si bien de efectividad reconocida. Se exponen, además, unas nociones anatomopatológicas y la explicación fisiopatológica de la eficacia de la arteriectomía en el hombre.

En el tercer capítulo, *Casos clínicos en que está justificada la arteriectomía*, analizan aquellas arteritis obliterantes donde este tipo de intervención es efi-

caz, como son las arteritis segmentarias: obliteraciones de origen traumático (12 casos), monoarteritis localizadas espontáneas de origen indeterminado (5 casos), obliteraciones localizadas consecutivas a enfermedad infecciosa aguda (1 caso), obliteraciones localizadas por arteritis tipo Moenckerberg — esclerosis y calcificación aislada de la media — y tipo presenil (2 casos), obliteraciones de los antiguos congelados (1 caso) y obliteraciones de origen embólico (7 casos).

El capítulo cuarto se dedica a las *Contraindicaciones de la arteriectomía*, subrayando la importancia de la arteriografía (4 casos).

El capítulo quinto, *Arteriectomía primaria en las heridas arteriales. Contusiones en las arterias y su rotura espontánea*, pone de relieve el mejor resultado de la arteriectomía sobre la simple ligadura o una problemática sutura ideal (2 casos).

El capítulo sexto, *La arteriectomía en las obliteraciones arteriales basándose en la indicación arteriográfica*, puede resumirse traduciendo el párrafo «la arteriografía por thorotrast es capaz de solucionar todas las dudas y de inclinar la balanza del lado de la arteriectomía» (2 casos). Termina con iconografía arteriográfica.

Se acompaña extensa bibliografía y un índice por materias.

A los 21 años de su publicación sigue siendo un libro de gran interés, de lectura provechosa para los que no lo hicieron y que nos conviene releer a los que ya lo hicimos.

FERNANDO MARTORELL

## INFORMACIÓN

### III CONGRESO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CIRUGÍA CARDIO-VASCULAR

El III Congreso de la Sociedad Europea de Cirugía Cardio-Vascular, celebrado en Edimburgo los días 9 y 10 de julio de 1954, dedicó sus reuniones al estudio de los EDEMAS QUIRÚRGICOS CRÓNICOS DE LOS MIEMBROS, CON EXCEPCIÓN DE LOS FLEBÍTICOS.

A continuación de una *Introducción* de Sir James Learmonth, se expusieron los siguientes temas :

1. *Etiología y anatomía patológica de los edemas quirúrgicos*. M. DIMTZA (Suiza). Expone el autor todas las causas posibles de edema quirúrgico, estudiando en particular los edemas traumáticos, los de «Crush Injury», los postoperatorios, alérgicos, endocrinos y de origen nervioso. Insistió sobre los edemas tras infección ganglionar, a los cuales une los edemas filariásicos e nostras. Se revisan también los edemas neoplásicos, en particular tras la operación de Halsted. Separa los edemas congénitos y familiares debidos a bridas amnióticas. El grupo más importante lo constituyen los linfedemas o trofoedemas.

Sea cual fuere la causa, los desencadenan tres tipos de trastornos : alteraciones nerviosas, alteraciones de la permeabilidad a nivel de los tejidos y la estasis linfática.

2. *Fisiopatología de los edemas*. M. J. B KINMONTH (Londres). La fisiopatología de los edemas está basada en la hipótesis de Starling : el paso de flúidos al exterior de los capilares depende de la presión hidrostática de la sangre ; su absorción, de la demanda osmótica del plasma : un residuo conteniendo proteínas es absorbido por los vasos linfáticos. Se exponen algunas nuevas ideas, en particular sobre electroforesis del flúido edematoso.

La parte más notable de la ponencia corresponde a la linfografía. El autor utiliza un método en el cual en un primer tiempo inyecta un colorante subcutáneamente, luego tras una incisión busca los linfáticos coloreados y con una aguja de medio milímetro de diámetro los inyecta de una substancia opaca (diodone). Así comprueba que en los edemas voluminosos los vasos linfáticos son más grandes y tortuosos. Otras veces son más pequeños y aplásicos.

Se acompaña la exposición de buena documentación.

—En la parte correspondiente a M. ZANNINI (Nápoles), este autor estudia con preferencia las modificaciones físicoquímicas, bioquímicas y biológicas. Así, mientras en los edemas postflebíticos lo más importante es el factor capilar, en los edemas linfáticos se trata sobre todo de un trastorno de la absorción debido a modificaciones del tejido intersticial.

Bajo el punto de vista químico, los mucopolisacáridos se hallan muy disminuidos en los edemas de origen linfático, lo cual explica las modificaciones de la actividad osmótica.

Por último el autor estudia la presión en los troncos linfáticos del perro. La circulación linfática es independiente, pero está influida por la circulación arterial y por la actividad muscular.

3. *Clínica y exploración de los edemas de los miembros*. F. MARTORELL (Barcelona). Expone las características clínicas de los edemas crónicos de los miembros, divi-

diéndolos en dos grandes grupos: *Flebedemas*, edemas de origen venoso o edemas flebostáticos, y *Linfedemas*, edemas de origen linfático o edemas linfostáticos.

Describe dos formas poco conocidas de linfedema, la *Verrucosis linfostática* y el *Linfedema tumorígeno*. Sugiere el nombre de *Fibredema* para la elefantiasis de los miembros de origen linfático, forma terminal del linfedema como consecuencia de linfangitis recurrente. Describe el *Lipedema* y el *Lipedema eritrocianoide*.

Para el diagnóstico diferencial remarca la necesidad de una exploración metódica de todo el organismo, ya que los edemas de causa general pueden al principio presentar el mismo aspecto que los edemas de causa regional.

Entre los métodos de exploración destacan la radiografía simple, la arteriografía, la flebografía, la linfografía mediante sustancias colorantes o mediante sustancias opacas a Rayos X, la medida de la presión venosa y el análisis histológico de la piel o de los ganglios linfáticos.

La conferencia fué ilustrada con numerosas proyecciones.

4. *Tratamiento quirúrgico de los edemas crónicos de los miembros*. P. WERTHEIMER y JEAN SAUTOT (Lyon). El tratamiento quirúrgico no dispone de métodos eficaces de base etiológica y fisiológica, excepto las operaciones simpáticas que en muchos puntos son todavía inciertas.

En el primer capítulo se exponen los procedimientos de derivación a distancia o sobre el propio lugar hacia los planos profundos.

En el segundo capítulo figuran las operaciones de exéresis sistematizadas por CHARLES, promotor de la linfangiectomía.

Se revisan las indicaciones en los edemas postraumáticos y en los adquiridos. En los postraumáticos la terapéutica simpática es eficaz. En los adquiridos, en particular en la elefantiasis, la linfangiectomía extensa parece ser el procedimiento de elección.

#### COMUNICACIONES :

*Estudio experimental sobre los edemas de origen linfático y la Linfografía*. G. ARNULF (Lyon). Se presentan numerosos clisés obtenidos mediante inyección de thorotrast en el tejido intersticial.

Gracias a este procedimiento se pueden estudiar los efectos de las ligaduras y resecciones de los linfáticos.

ALBERT, MARTORELL y ENJALBERT han hecho las mismas experiencias que el autor, obteniendo los mismos resultados.

*La influencia del sistema simpático sobre la circulación linfática de los miembros*.— BELLINAZO (Milán). Se presentan algunas linfografías hechas antes y después de la simpactomía. Esta desencadena una vasodilatación que el autor atribuye a las modificaciones de la circulación arterial.

*Sobre la vasomotricidad linfática en el mesenterio*. — ZANNINI (Nápoles). Presentación de un film. Las vistas microscópicas permiten ver el funcionamiento de las válvulas linfáticas y sus modificaciones bajo el efecto de los vasodilatadores.

*Resultados de la linfangiectomía*. — SERVELLE (París). El tratamiento ideal de la elefantiasis es la resección total del tejido celular y la aponeurosis. Esta operación se realiza sobre toda la extensión del miembro, en dos tiempos; un film muestra la técnica. Da excelentes resultados. El autor presenta, asimismo, linfografías y venografías.

*Efecto de la posición en la eliminación de sodio 24 en el tejido subcutáneo de la pierna*. — CAMPBELL (Edimburgo).

*Presentación de datos sobre una elefantiasis monstruosa*. — STOYANOVITCH (Belgrado).

*La tensión en el interior de las venas superficiales de la pierna*. — JEPSON (Manchester).

*Efecto de la simpatectomía y otros factores en la formación de líquido en los tejidos de los miembros, en el hombre.* — KITCHIL (Londres).

*Fisiopatología de los edemas postraumáticos.* — ALBERT (Lieja), expone su teoría, que se ha hecho clásica.

*Estudio radiológico del sistema linfático periférico en el animal después de la gangliectomía.* — COLETTE (Lieja).

*Elefantiasis árabe.* — EL TORAEI (El Cairo).

*Elefantiasis del recién nacido, por banda amniótica.* — LOMBARD (Argel), ha empleado con éxito los ultrasonidos.

*El injerto venoso en los edemas venosos crónicos.* — BATTEZZATI (Génova).

*El tratamiento de los edemas crónicos.* — BOYD (Manchester).

*Tratamiento de los edemas crónicos mediante inyección de oxígeno con un dispositivo especial.* — VON RATSCHOW (Darmstadt).

*La fisioterapia activa en los edemas crónicos.* — FALCONER (Edimburgo).

*Resultados tardíos de 300 casos de edemas crónicos y úlceras postflebíticas tratados con ligadura de la vena poplítea.* — BAUER (Mariestad). En el 57 por ciento de los casos los resultados son buenos. El principio de esta operación fué discutido por CID DOS SANTOS.

## II CONGRESO SURAMERICANO DE ANGIOLOGÍA. Sao Paulo, Brasil. 1 a 4 agosto de 1954.

### RESÚMENES

*Fisiopatología de la aterosclerosis.* — MANUEL RENÉ MALINOW, Buenos Aires.

La aterosclerosis constituye una entidad patológica que se diferencia claramente dentro del grupo de las enfermedades arteriales no inflamatorias (arteriosclerosis). Su estudio es importante porque constituye la causa de muerte más frecuente de la población adulta. A pesar de que el mecanismo íntimo de su producción es desconocido, hay que separar esquemáticamente, en el hombre, los casos de hipercolesterolemia marcada (hipercolesterolemia familiar, idiopática, nefrosis, etc.), en los cuales existe un aumento de las lesiones ateroscleróticas, de aquellos casos en los que no existe o es poco marcada la hipercolesterolemia, y que, sin embargo, pueden también presentar lesiones ateromatosas. Estos últimos casos son los más frecuentes en la patología humana, habiéndose demostrado en ellos distintos trastornos en el metabolismo de las grasas.

La experimentación animal ha permitido adquirir nuevos conocimientos en la patogenia de las lesiones arteriales, aunque la mayoría de las experiencias se han realizado en especies muy alejadas de la humana (como el pollo), o mediante la ingestión de dietas muy ricas en colesterol en especies herbívoras (como el conejo). Estos hechos dificultan las extrapolaciones de estos experimentos al hombre. Recientemente, los estudios efectuados en animales más semejantes al hombre, por ser mamíferos omnívoros (como la rata), han permitido comprobar que se puede provocar aterosclerosis a través de múltiples mecanismos, en muchos de los cuales no interviene la administración exógena de colesterol, por lo que aparentemente resulta posible prever grandes avances en este campo.

*Etiopatogenia de la arteriosclerosis obliterante.*—ALFREDO V. DI CIÓ. Buenos Aires.

Se consideran los diversos factores que pueden intervenir en la etiopatogenia de la arteriosclerosis obliterante, tales como: la edad, los trabajos físicos y mentales exce-

sivos, las enfermedades infecciosas, las intoxicaciones endógenas y exógenas, la herencia, etc., examinándose a continuación las diversas teorías que tratan de explicar su origen, y entre ellas se analizan: la hipertensión arterial, la calcificación, etc., llegando a la conclusión que no se puede conceder la exclusividad a ninguno de los factores mencionados en la producción de arteriosclerosis obliterante.

*Síntomas de la arteriosclerosis obliterante.* — ALFREDO V. DI CIÓ. Buenos Aires.

Se establece la multiplicidad y variabilidad de los síntomas de la arteriosclerosis obliterante según el sitio y extensión del proceso obstructivo. Por ello, habrá síntomas que exteriorizan la afectación del sistema nervioso (vértigos, mareos, lipotimias, claudicación intermitente de Dejerin, etc.), del corazón (angina de pecho), estómago, riñón, etc.

La localización en las arterias de las extremidades se traducirá por alteraciones del color de la piel, de la termometría cutánea, del pulso de las grandes arterias, de la tensión arterial a ese nivel y de la oscilometría. También se verán aparecer parestesias hormigueos, calambres), dolor de trabajo (claudicación intermitente), dolor de reposo y trastornos tróficos desde los más simples hasta la gangrena constituida.

Se señala la importancia de la radiografía simple y de la arteriografía para confirmar el diagnóstico y elegir el tratamiento.

*Variedades clínicas de la arteriosclerosis obliterante.* — ALFREDO V. DI CIÓ. Buenos Aires.

Aunque la arteriosclerosis obliterante es una afección difusamente generalizada, puede localizarse con más intensidad en ciertos territorios dando lugar a formas clínicas particulares.

A las ya conocidas que afectan las extremidades, particularmente las inferiores, se estudian las de las arterias coronarias, renales, aorta abdominal (síndrome de Leriche), arteritis temporal y aneurisma arterioescleroso de la poplítea, sin pretender con ello haber agotado las variedades existentes, sino señalar tan sólo las que el autor ha tenido ocasión de observar.

*Gangrena de las extremidades de origen arterioscleroso.* — ALFREDO V. DI CIÓ. Buenos Aires.

Después de señalar las causas capaces de provocar la oclusión arterial, se describen los síntomas premonitores de la gangrena; considerando a continuación las gangrenas generalizadas y las localizadas. Estas últimas se estudian en sus diversas localizaciones, describiendo el aspecto anatomoclínico de la evolución de las mismas, las circunstancias en que la enfermedad de Buerger se complica con la arteriosclerosis y cuando ésta se complica, a su vez, con la diabetes o con el síndrome de Raynaud. Finalmente se establece el diagnóstico diferencial entre la tromboangieítis obliterante y la arteriosclerosis obliterante.

*Medidas higiénico-dietéticas en la arteriosclerosis obliterante de las extremidades inferiores.* — ALFREDO V. DI CIÓ. Buenos Aires.

Se señalan diversas medidas tendentes a evitar la marcha progresiva de la arteriosclerosis, y entre ellas, se valora la importancia de la dieta, de la eliminación de los focos sépticos, de la supresión del tabaco, etc.

Se analizan diversos procedimientos destinados a mejorar o atenuar los síntomas de esta afección y se pasa revista de la importancia de la aplicación del horno, de la administración del alcohol, de los sedantes, etc., y se indican otros con el fin de evitar las complicaciones conocidas, tales como el cuidado que deban merecer los pies, las uñas de los mismos, los callos y verrugas plantares, como también la necesidad de precaverse del frío y de la humedad.

*Las inyecciones subcutáneas de carbógeno en la arteriosclerosis obliterante* — ALFREDO V. DI CIÓ. Buenos Aires.

El autor resume su experiencia de más de 20 años en la aplicación de su tratamiento de las inyecciones subcutáneas de carbógeno en las arteriopatías periféricas, incluyendo

la arteriosclerosis obliterante ; alcanzando en dicho lapso la cifra de 2.257 enfermos que fueron tratados personalmente por él.

Satisfecho de los resultados obtenidos, sostiene que el éxito logrado depende no sólo de la aplicación de dicha terapéutica sino del correcto conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad, del diagnóstico ajustado y precoz y del tratamiento simultáneo de las otras enfermedades que pudieran coexistir (sífilis, diabetes) ; asignando, además, particular importancia a la colaboración que pueda o quiera prestar el enfermo.

*Resultados logrados con diversos tratamientos en la arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores.* — ALFREDO V. DI CIÓ. Buenos Aires.

Se pasa revista a los resultados alcanzados por el autor y sus colaboradores en el tratamiento de la afección mencionada con diversos métodos y drogas, citando especialmente el «PAVAEX» (Passive vascular exercise), las sulfamidas y penicilina, el iodo, la gonadotropina sérica, la histamina (histidina-ácido ascórbico), técnica personal, el tetraetilamonio, la asociación del citrato y fosfato de sodio con el ácido nicotínico «CITRANICFOS», fórmula personal, el priscol y la hormona tiroidea.

En cada oportunidad el autor emite su propia opinión, fruto de su experiencia, sobre el valor terapéutico del procedimiento enunciado.

*Patogenia y tratamiento de los síndromes eritromelálgicos secundarios y causálgicos.* — DOMINGO ASENJO. Santiago.

Nos referimos a nuestra impresión de conjunto deducida del análisis de 6 casos de eritromelalgia y uno de causalgia. Creemos que entre ambos síndromes sólo existen diferencias de grado. Pensamos que lo fundamental en la eritromelalgia reside en la producción de dolor a nivel del ciático o del mediano, cuya irrigación está alterada por lesiones traumáticas o vasculares primitivas, siendo los estímulos dolorosos transmitidos centrípetamente por la vía del simpático, sin que poseamos una explicación definitiva sobre el mecanismo íntimo de las perturbaciones vasomotoras cutáneas de este cuadro. En todos los casos la gangliectomía lumbar ha determinado la curación clínica de los síndromes en referencia.

*Reflexo distrofia simpática. Cuadros clínicos. Resultados terapéuticos con el bloqueo simpático.* — F. DUQUE y J. HOULI. Río.

Los autores resaltan la frecuencia de este disturbio en los ambulatorios de Angiología y Reumatología. Agrupan los casos estudiados en cuatro cuadros evolutivos o formas clínicas, conforme a la naturaleza y duración de los disturbios tróficos y vasculares. Presentan resultados terapéuticos excelentes con el bloqueo anestésico del simpático regional.

*Dedos hipocráticos unilaterales. Presentación de tres casos.* — F. DUQUE. Río.

En tres pacientes con aneurisma de tronco braquiocefálico o de arteria subclavia contactóse la presencia de dedos en «palillo de tambor», en el miembro correspondiente. Por el estudio clínico, oscilométrico, caudalométrico, pletismográfico, calorimétrico, etc., se observó una reducción del flujo sanguíneo para el miembro y dedos enfermos. Simultáneamente verificóse un aumento de la presión venosa y estasis capilar (al capilaroscopia). Parece cierto que estos disturbios vasculares hayan sido responsables de la forma anómala de los dedos. En un paciente, tras tratamiento clínico de un tumor aneurismático, hubo mejoría de la circulación arterial, disminuyendo la hipertensión venosa y subsiguiente desaparición del dedo en «palillo de tambor».

Estos hechos están en anteposición a otros, publicados en la literatura médica, en los cuales se verificó un aumento de flujo sanguíneo en los dedos hipocráticos.

Para explicar el mecanismo patogénico en ambos casos se aventuró la hipótesis de que la causa primaria del disturbio de la forma digital está en el compromiso de la circulación capilar y no en las grandes variaciones del flujo arterial del miembro o del dedo. Sería una estasis capilar que, por mecanismo anóxico, produciría un aumento de los tejidos. En nuestro caso una isquemia relativa o una hipertensión venosa explicarían

más o menos fácilmente una estasis capilar comprobada al capilaroscopio. En los casos de flujo digital aumentado sería necesario suponer que una abertura de las comunicaciones arteriovenosas ocasionaría una reducción de flujo para los capilares propiamente dichos provocando una estasis capilar, o que se acentuaría por la hipertensión venulo-capilar retrógrada originada por ese cortocircuito. Todavía en el terreno de las hipótesis se podría suponer que una anoxia celular así originada fuese incrementada por el fenómeno de desnivel metabólico referido por Mauer.

*Arteritis digital gangrenante. Probable etiología micótica.* — F. DUQUE. Río.

En un paciente del sexo femenino se produjeron varios episodios de isquemia en los dedos de los miembros superiores (uni o bilateral, con disturbios funcionales y orgánicos, con o sin gangrena subsiguiente. La evolución clínica y terapéutica permite suponer que los disturbios vasculares tenían origen en una moniliasis interdigital concomitante. Fué posible excluir, en el caso, otras causas etiológicas de la arteriopatía.

*Prueba de la hiperemia reactiva. Valor diagnóstico; técnica.* — F. DUQUE. Río.

La prueba funcional consiste en el análisis del flujo hiperémico cutáneo después de la isquemia provocada por la compresión de la raíz del miembro y por nosotros empleada desde 1947. Utilizamos la técnica basada en las descripciones de PICKERING, RARSCHOW y otros. Es de fácil ejecución, económica y bastante exacta. Permite obtener simultáneamente datos sobre los sistemas: 1) arterial troncular, 2) terminal, y 3) colateral; 4) sobre el caudal sanguíneo, y 5) el estado vasomotor local. Bien ejecutada, da resultados comparables a los métodos específicos para el análisis de cada uno de los elementos mencionados. Permite una valoración casi cuantitativa del volumen circulatorio, especialmente útil en el control de los métodos terapéuticos en los síndromes isquémicos.

*Estudio clínico de los trastornos vasculares de los miembros inferiores en pacientes con estenosis mitral (pre y postoperatoria).* — F. DUQUE, N. BOTELHO REIS y J. BULCAO. Río.

En portadores de estenosis mitral frecuentemente era referida como queja predominante trastornos en los miembros inferiores, a veces de tal intensidad que se presentaban como un síndrome de claudicación intermitente (N. B. R.). El examen de los miembros revelaba un síndrome isquémico relativo con déficit circulatorio incluso en reposo.

Después de la curación de la lesión mitral ocurría una acentuada mejoría de la circulación de los miembros, con regresión de los síntomas y tendencia a normalizar las pruebas clínicas funcionales. En un paciente con oclusión arterial crónica (probable arteritis embólica), la valvulotomía dió mejores resultados que los otros medios terapéuticos hasta entonces empleados.

Ante la intensidad de los fenómenos observados creemos ser razonables al hablar de un síndrome isquémico de los miembros en la estenosis mitral, que por sí solo constituye una indicación operatoria (comisurotomía).

*Manifestaciones vasculares periféricas en la artritis reumatoide y espondilitis anquilosante.* — J. HOULI y F. DUQUE. Río.

Los autores estudian la incidencia y la naturaleza de las perturbaciones vasculares periféricas en un grupo de pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante.

*Incidencia de coronarioesclerosis en pacientes portadores de arteriosclerosis obliterante periférica* — F. DUQUE, P. SCHLESINGER, J. A. CUNHA DA SILVA y C. A. MORAES. Río.

Se estudia la incidencia de la coronarioesclerosis en pacientes con arteriosclerosis obliterante de los miembros. La frecuencia de la afección arterial en ambos sectores, incluso en los casos sin manifestaciones cardíacas, señala la obligación del examen electrocardiográfico en los pacientes con esclerosis arterial periférica.

*Manifestaciones clínicas de la oclusión aortoiliaca crónica.* — F. DUQUE. Río.

La magnífica caracterización clínica de la oclusión aortoiliaca, realizada por LERICHE, englobó las manifestaciones esenciales del síndrome. Entre tanto observamos algunos elementos accesorios que probablemente forman parte del síndrome. De la misma manera notamos que algunos síntomas y signos no se presentaron exactamente como fueron descritos por LERICHE. Es así que comprobamos: 1) Presencia frecuente de verdadera claudicación intermitente en el lado de la fatiga descrita clásicamente. 2) Claudicación intermitente «alta», con dolor a nivel del muslo y de la región glútea, tal como describimos en 1949 con el Dr. E. KAPLAN. 3) Posibilidad de buen estado trófico de los miembros, sin atrofia difusa en casos de síndrome compensado. 4) Trastornos sensitivos, generalmente dolor, a nivel de los cuádriceps y regiones lumbares incluso cuando el paciente está en reposo. 5) La inconstancia de palidez de los miembros cuando el paciente está en posición ortostática. 6) La posibilidad de evolución clínica satisfactoria en presencia de trastornos tróficos. 7) Presencia de síndrome de meralgia parestésica en algunos de nuestros pacientes. 8) La amenorrea precoz, en algunas enfermas, probablemente relacionada con el disturbio aortoiliaco.

*Infarto pulmonar y trombosis venosa. Incidencia en servicio de clínica médica.* — F. DUQUE, M. BARRETO NETTO y J. SCHNEIDER. Río.

Los autores realizaron un estudio clínico de casos de infarto pulmonar letal, confirmados en la autopsia, analizando los signos sugestivos de la dolencia, la incidencia en las varias entidades mórbidas, el índice diagnóstico, etc.

*Nuestra experiencia en la tromboendarteriectomía desobstructiva.* — MARIO DEGNI, L. E. MUNGIOLI y ARNALDO ALBANO. Sao Paulo.

Los autores analizan 5 casos con obstrucciones extensas y altas y deducen que, a pesar de las dificultades y críticas que el método ofrece, los resultados son compensadores. Revisan el problema de la oportunidad de la indicación.

*Nuestra experiencia en la simpatectomía lumbar en las arteriopatías obliterantes de los miembros pélvicos* — MARIO DEGNI, A. CHAIM MAIA y W. KALIL. Sao Paulo.

Los autores estudian cerca de 35 casos de simpatectomía, analizan los resultados, la técnica y las indicaciones de este método operatorio.

*La aortografía por vía percutánea y el bloqueo novocainico o novocainico más hialuronidasa; pruebas pronósticas del resultado de la simpatectomía lumbar en las arteriopatías de los miembros pélvicos.* — MARIO DEGNI, A. CHAIM MAIA, W. KALIL. Sao Paulo.

Los autores utilizan las pruebas citadas para hacer el pronóstico de los resultados de la simpatectomía en cada caso. Llegan a la conclusión de que los resultados son precarios cuando a pesar de la elevación de la temperatura cutánea, la obstrucción arterial fué extensa y afectó las arterias femoral e iliaca externa.

*Técnica personal de sección entre ligaduras de las venas femoral superficial y profunda en el tratamiento del síndrome posttrombótico.* — MARIO DEGNI, PAVEL NUNES y L. E. MUNGIOLI. Sao Paulo.

Los autores analizan los resultados obtenidos con la técnica de uno de ellos (M. D.), y revisan con este objeto 46 casos operados.

*Resultados iniciales obtenidos con la ligadura de la vena femoral superficial en el canal de los aductores de Hunter y de la 3.ª perforante.* — MARIO DEGNI, ARNALDO ALBANO y PAVEL NUNES. Sao Paulo.

Los autores, basándose en la concepción patogénica que adoptan, estudian este tipo de operación y procuran comparar las ventajas de la interrupción de la vena femoral superficial a este nivel con las técnicas de Linton, de Degni y de Bauer.

Los resultados iniciales son animadores.

*Nuestra técnica de heparinización regional; indicaciones y resultados.* — MARIO DEGNI y WALTER LANFRANCHI. Sao Paulo.

Los autores presentan un esquema del dispositivo que utilizan para hacer la he-

parinización regional. Contraindican la misma los vasos intraabdominales dado el peligro de hemorragia. Sólo se utiliza en las arterias de los miembros y, por tanto, fuera de la cavidad tóracoabdominal. Analizan las ventajas de esta técnica sobre la heparinización sistemática.

*Doble arco aórtico asociado a acalasia del cardias.* — MARIO DEGNI y ARNALDO ALBANO. Sao Paulo.

Los autores estudian este caso que parece constituir el primero de la literatura, segundo de la revisión bibliográfica hecha. Manifestando que la vía torácica, por la resección de la 7.<sup>a</sup> costilla y resección paravertebral de la 6.<sup>a</sup> y 8.<sup>a</sup> costillas, pudo permitir la sección entre ligaduras del arco izquierdo menor entre la bifurcación y el origen de la arteria carótida primitiva izquierda. La acalasia del cardias fué corregida con una cardioplastia de Wendell.

*Consideraciones quirúrgicas basadas en nuestra experiencia en 19 casos operados de aneurisma de aorta y de los grandes vasos.* — MARIO DEGNI y WALTER LANFRANCHI. Sao Paulo.

Los autores estudian 19 casos operados de aneurisma de la aorta y de los grandes vasos y al presentarlos procuran analizar la táctica quirúrgica utilizada. La mortalidad, que en los doce primeros casos fué del 50 por ciento, bajó a cero por ciento en los últimos nueve casos. Los autores atribuyen esta mejoría de los resultados no sólo a su mayor experiencia personal desde el punto de vista técnico, sino también a una selección más adecuada de la técnica a escoger para cada caso. Recuerdan además que las indicaciones quirúrgicas en el aspecto de la experiencia adquirida son muy precoces, lo que baja en mucho la mortalidad.

*Nuestra experiencia quirúrgica en los aneurismas arteriales de los miembros.* — MARIO DEGNI y WALTER LANFRANCHI. Sao Paulo.

Los autores hacen una revisión de los casos e insisten sobre la reconstrucción arterial como actitud más conservadora. Utilizan la técnica de la ligadura cuando es totalmente imposible utilizar la reconstrucción arterial por la técnica de Matas, Garro, Hallopeau por injerto venoso o por incisión del tejido (tipo Venión, esparadrappo, etc.).

*Síndromes postrombóticos; etiopatogenia.* — MARIO DEGNI, PAVEL NUNES y L. E. MUNGIOLI. Sao Paulo.

Los autores presentan la concepción patogénica defendida por ellos (M. D.), según la cual concluyen que es preciso identificar cuál o cuáles son los troncos insuficientes. Discuten la teoría de la onda hipertensiva retrógrada de Penlacles y afirman la concepción de la onda hipertensiva corta o segmentaria de Degni. Obtienen deducciones terapéuticas nuevas.

*Nuestra prueba de la hipertensión provocada operatoria en el diagnóstico de la insuficiencia venosa profunda.* — MARIO DEGNI, L. E. MUNGIOLI y PAVEL NUNES. Sao Paulo.

Los autores exponen la prueba creada por uno de ellos (M. D.) y muestran que la misma puede diagnosticar cuál o cuáles son los troncos venosos insuficientes. Delante de esto, preconizan la interrupción de todos los troncos insuficientes.

*Nuestra experiencia con la flebografía en el diagnóstico de la insuficiencia venosa profunda.* — MARIO DEGNI, A. CHAIM MAIA y L. E. MUNGIOLI. Sao Paulo.

Los autores exponen la conducta adoptada en el servicio y se fijan en la técnica de Benchimol. Analizan sus resultados y presentan una monografía correspondiente.

*Presentación de un modelo personal de fleboextractor.* — MARIO DEGNI. Sao Paulo.

El autor presenta una modificación del fleboextractor de Jeumingo, que consiste en el achatamiento de la extremidad activa.

El modelo presentado viene siendo utilizado desde 1950 y en la experiencia del autor fué superior a los fleboextractores tipo muelle elástico. Insiste que la extremidad activa por donde es arrancada la vena no debe ser cortante, como en ciertos modelos, porque la acción del fleboextractor se reduce al tronco extraído.

*Presentación de los aparatos utilizados para la electrocoagulación de los troncos venosos superficiales varicosos.* — MARIO DEGNI y PAVEL NUNES.

Los autores presentan un modelo de aparato cuya concepción es de uno de ellos (M. D.) y con el cual están iniciando la electrocoagulación de los vasos varicosos superficiales. El principio del aparato consiste en adquirir una resistencia de 60 a 120° C. y con ella catetizar la vena a ser electrocoagulada.

*El tratamiento de las enfermedades vasculares periféricas por la vasodilatación refleja asociada al bloqueo novocaínico de los nervios raquídeos y a la foliculina.* — LUDOVICO EVARISTO MUNGUOLI. Sao Paulo.

El autor, después de algunas consideraciones sobre la inervación de las extremidades y la histofisiología y haciendo referencia a los «tests» vasomotores de Morton y Scott y de Landis y Gibbon, presenta el resultado satisfactorio obtenido en el tratamiento de las enfermedades vasculares periféricas por el calentamiento de los miembros sanos asociado al bloqueo novocaínico de los nervios raquídeos, que prefiere al de los ganglios simpáticos (justificándolo), y a la administración de foliculina en dosis fuerte, como medicación bloqueadora de las hormonas vasoconstrictoras.

*Injerto de piel en las lesiones cutáneas de las enfermedades vasculares.* — PEDRO ABDALLA y WALTER SANDALL. Río

Realizan los autores un trabajo sobre los injertos de piel en los casos particulares de lesiones cutáneas provocadas por enfermedades vasculares.

Hacen consideraciones pormenorizadas respecto a las características desfavorables del terreno, y a las medidas que deben ser puestas en práctica en el sentido de mejorarlo. Estudian, entonces, varias condiciones mórbidas y los tratamientos previos que precisan ser emprendidos. Juzgan que la terapéutica debe, de un lado, revisar la supresión de los factores predisponentes de las lesiones, y de otro lado, proporcionar mejores oportunidades de vascularización adecuada de las áreas que servirán de lecho.

Trazan las normas básicas del preoperatorio y de las reglas que deberán ser observadas en las resecciones de los tejidos comprometidos. Pasan, en seguida, a analizar los preceptos técnicos que precisan observarse en la remoción y en la aplicación de los trozos de piel. Atribuyen gran importancia al material empleado y la manera de efectuar las curas.

El postoperatorio es examinado con atención, pues, admiten los autores que solamente el fiel cumplimiento de los principios que anotan permitirá el éxito en los resultados finales. Acreditan también que buena parte de los fracasos del método se deben a la falta de estricta observancia de un correcto postoperatorio.

Confrontan los varios tipos de injerto usados, y muestran las razones de su preferencia por tal o cual tipo en los diversos casos en particular. Aprovechan el momento para anunciar su entusiasmo por el dermatomo eléctrico, y describen la técnica de su empleo.

Aprecian, por fin, los autores los resultados conseguidos, bastante animadores, y presentan ejemplos expresivos de su casuística del «Hospital dos Servidores do Estado».

*Varices: su tratamiento quirúrgico.* — PEDRO ABDALLA, WALTER SANDALL y MARCELO COSTA LIMA. Río.

Los autores hacen varias consideraciones sobre el problema médico y social de las varices. Estudian su patogenia, su fisiopatología y su sintomatología.

Analizan las pruebas funcionales más usadas y catalogan las que les parecen deben ser empleadas de rutina. Exponen apreciaciones sobre el mérito de la flebografía como recurso semiológico de investigación de las comunicantes insuficientes, a base de su propia experiencia, bastante amplia

Pasan en seguida al examen de varios métodos de tratamiento quirúrgico, y describen con mayor detalle los dos métodos de su preferencia: las resecciones múltiples segmentarias y la fleboextracción con la barilla de Babcock. Discuten las ventajas y los

inconvenientes de los dos métodos; alegan que ambos pueden exigir tratamiento esclerosante complementario.

A propósito de las inyecciones esclerosantes, pasan revista a los productos más divulgados, e insisten en los méritos de la solución iodo-iodada de Gerson, al cual reputan como el mejor de todos.

Muestran, por fin, los resultados de su experiencia en el «Hospital dos Servidores do Estado». Concluyen por la importancia particular del problema, aun no resuelto definitivamente desde el punto de vista de la terapéutica, y consideran errónea la tendencia de algunos angiopatólogos de considerarlo como banal.

*Síndrome de Cruveilhier-Baumgarten.* — DIAS DA COSTA y PEDRO ABDALLA. Río.

Los autores realizan consideraciones en torno de un caso de Síndrome de Cruveilhier-Baumgarten. Se trata de pacientes con cirrosis hepática y extensa circulación colateral en la pared abdominal con el aspecto clásico de «cabeza de medusa», afectos de varios episodios de hemorragias digestivas.

Después del estudio general sobre el síndrome, pasan los autores a la interpretación de un caso en cuestión. Analizan las posibilidades de los tratamientos médico y quirúrgico, y optan por la intervención. Procuran justificarla, ya que la experiencia universal al respecto es muy pequeña.

Se deciden por la esplenectomía y anastomosis esplenorrenal. Uno de los autores (P. A.) realiza el acto operatorio. Hace modificaciones en la incisión de Linton, con el fin de proteger la circulación colateral de la pared abdominal, para lo que se vale de la flebografía. En la operación, observa la vena umbilical voluminosa, respetándola.

Concluyen los autores la eficiencia del método empleado, pues, se reduce mucho la presión del sistema porta, en lo que las venas del abdomen colaboran.

Por otro lado el paciente se muestra hasta el momento en óptimo estado general, con elementos sanguíneos normalizados, sin molestias ni hemorragias postoperatorias.

*Tromboangeítis obliterante y su tratamiento quirúrgico.* — RAYMUNDO DE BRITO, PEDRO ABDALLA y MARCELO COSTA LIMA, Río.

Los autores se extienden en consideraciones generales en torno a la enfermedad de Leo Buerger. Recapitulan su etiología, su patogenia, su sintomatología.

Analizan sus enfermos y cuidan de interpretarlos de acuerdo con los criterios habituales del estudio de las afecciones vasculares periféricas.

Exponen los principios de su conducta terapéutica y procuran justificarlos a la luz de la patología vascular y de la fisiopatología del sistema neurovegetativo. Se refieren al tratamiento quirúrgico, particularmente a la simpatectomía lumbar y a la amputación.

Exponen a continuación su experiencia en el Servicio de «Cirugía de Homens do Hospital dos Servidores do Estado». Aportan datos estadísticos, relacionándolos entre sí. Alegan no poseer un número abultado de casos, mas sí los bastantes para permitir conclusiones que los autores reputan de utilidad. Emplearon exploración semiotécnica variada, y hacen algunos juicios críticos sobre la importancia de los varios recursos utilizados.

Aprecian, por fin, los resultados, y terminan por afirmar algunos puntos de vista generales sobre el asunto, basados en sus propias observaciones.

*Rehabilitación de los cardíacos (enfermos coronarios y reumáticos) con la operación cardiopericardiopexia.* — AARON N. GORELIK. Nueva York.

Un grupo de enfermos incapacitados por enfermedades coronarias y reumáticas multivalvulares del corazón han sido rehabilitados por la cardiopericardiopexia.

La cardiopericardiopexia convierte un miocardio isquémico en hiperémico. Esta conversión de isquemia a hiperemia del miocardio se produce introduciendo silicato de magnesio U. S. P. polvos de talco en el saco pericárdico. El talco produce una reacción inflamatoria de cuerpo extraño que :

- 1.º Abre los canales intercoronarios.
- 2.º Aumenta el número de arterias de la capa adiposa del corazón
- 3.º Produce una pericarditis granulomatosa adhesiva generalizada.

La autopsia revela la formación de una circulación colateral definida en la pericarditis granulomatosa adhesiva generalizada. Esta pericarditis o inflamación por cuerpo extraño persiste durante largo tiempo, sin obstaculizar las actividades de los pacientes.

*Esplenoportografía, consideraciones técnicas.* — OCTAVIO DE MORAES DANTAS. Sao Paulo.

La experiencia del autor se basa en la realización de la esplenoportografía en 110 casos.

El examen se realiza por medio de la inyección del contraste en el parénquima esplénico, a través de punción transparietal efectuada en el 9.º ó 10.º espacio intercostal izquierdo, junto a la línea axilar media o ligeramente hacia atrás.

El autor da preferencia a la realización del examen radiológico seriado.

No fueron observados accidentes graves ni complicaciones.

*La esplenoportografía en las afecciones del páncreas.* — OCTAVIO DE MORAES DANTAS. Sao Paulo.

La esplenoportografía constituye un método de interés para el estudio de ciertas afecciones del páncreas, particularmente cáncer y pancreatitis crónica.

El autor demuestra el valor de la esplenoportografía en casos de esta naturaleza, en los que puede obtenerse imágenes de compresión o trombosis de la vena esplénica y de la circulación colateral establecida.

En los casos de cáncer del páncreas, la esplenoportografía puede proporcionar elementos auxiliares de diagnóstico. En la pancreatitis crónica la esplenoportografía puede revelar datos de interés relacionados con la evolución del proceso.

*La esplenoportografía en los tumores del hígado.* — OCTAVIO DE MORAES DANTAS. Sao Paulo.

El autor demuestra el valor de la esplenoportografía en los casos de tumores primitivos o metastáticos del hígado.

Hace un estudio de la distribución intrahepática de las ramas de la vena porta, así como en su segmento prehepático.

La esplenoportografía puede proporcionar datos de utilidad para el diagnóstico de los tumores del hígado, así como para el diagnóstico diferencial entre estos casos y los de cirrosis hepática.

*La esplenoportografía en el Síndrome de la Hipertensión portal.* — OCTAVIO DE MORAES DANTAS. Sao Paulo.

La experiencia del autor se basa en la realización de 84 esplenoportografías transparietales en casos de cirrosis hepática o de esquistosomiasis hepatoesplénica, así como en procesos obliterantes del tronco esplenoportoral.

Hace un estudio comparativo entre la portografía preoperatoria y la esplenoportografía, resaltando las ventajas de ésta.

Demuestra el valor de la esplenoportografía en el Síndrome de Hipertensión portal, para precisar la localización del obstáculo, estudio de la circulación colateral, calibre y aspecto de la vena esplénica y del tronco porta y ramificación intrahepática de la vena porta.

Finalmente hace consideraciones sobre el interés de los datos proporcionados por la esplenoportografía en la elección del tipo de operación a realizar en los casos de hipertensión portal.

*Síndrome del músculo escaleno anterior. Propedéutica y tratamiento quirúrgico (film).* — NICOLAU DE MORAES BARROS FILHO, OCTAVIO DE MORAES DANTAS y PALMIRO ROCHA. Sao Paulo

Los autores describen el Síndrome del músculo escaleno anterior y citan sus factores

etiológicos; analizan el cuadro clínico y hacen consideraciones sobre el diagnóstico diferencial. Resaltan el valor de la maniobra de Adson en el diagnóstico del síndrome, así como el de la oscilometría y termometría cutánea en los miembros superiores después de la infiltración anestésica del simpático, en el diagnóstico diferencial. El tratamiento quirúrgico consiste esencialmente en la sección del músculo escaleno anterior, asociada en ciertos casos a la resección de la costilla cervical.

Presentan un film sobre la propedéutica y el tratamiento quirúrgico del referido Síndrome.

*El «test» de Minor (amido-iodo) en el estudio de las áreas de denervación simpática de los miembros inferiores* — PALMIRO ROCHA, OCTAVIO DE MORAES DANTAS y NICOLAU DE MORAES BARROS FILHO. Sao Paulo.

Los autores estudian 18 casos sometidos a la simpatectomía lumbar por técnicas variadas, aplicando el «test» de Minor como prueba capaz de demostrar áreas de anhidrosis.

Comparan la extensión de cadena simpática reseca con el área de anhidrosis correspondiente.

La prueba de la transpiración («Test» de Minor) es un medio auxiliar de valor para demostrar fisiológicamente un área cutánea denervada por la intervención sobre la cadena simpática.

Comprobaron que no siempre una simpatectomía lumbar, considerada satisfactoria desde el punto de vista anatómico, corresponde a un área de denervación simpática adecuada, desde el punto de vista fisiológico.

*Estudio crítico de las vías de acceso a la cadena simpática lumbar.* — PALMIRO ROCHA, OCTAVIO DE MORAES DANTAS y NICOLAU DE MORAES BARROS FILHO. Sao Paulo.

Los autopsias basan su experiencia en una serie de 27 casos operados, con un total de 42 operaciones (simpatectomías lumbares): 25 pacientes del sexo masculino y 2 del femenino. La clasificación por edades osciló entre 19 y 69 años, siendo la incidencia máxima en la 4.ª década. En 19 casos fué establecido el diagnóstico de tromboangitis obliterante, y en 8 el de arteriosclerosis periférica.

Utilizaron 4 vías de acceso, todas ellas extraperitoneales, la posterior de Smithwick y las anterolaterales de Pearl, de Leriche y de Flothow.

Pudieron establecer con precisión la extensión de la cadena simpática reseca, para lo que utilizaron «clips» de plata que fueron dejados como referencia en los extremos de sección de la cadena y que, ulteriormente, fueron reconocidos por medio de radiografías.

Relacionaron la posición de los «clips» con los cuerpos vertebrales lumbares, de modo que la extensión de cadena reseca es dada en términos de segmentos vertebrales lumbares.

Las vías de acceso que más veces permitieron reseca la cadena simpática lumbar, en extensión anatómicamente adecuada, fueron la de Flothow y la de Smithwick.

*Medida de la presión venosa en los miembros inferiores durante el ejercicio.* — OCTAVIO DE MORAES DANTAS. Sao Paulo

El autor realiza la medida de la presión venosa durante el ejercicio en los miembros inferiores en pacientes portadores de síndrome posttrombótico y varices. La técnica empleada consiste en: disección de una rama venosa subcutánea de la cara dorsal del pie o de la vena safena interna, junto al maléolo tibial. Introducción de un tubo de polietileno de un diámetro de 1 mm., en contacto con un manómetro de agua. El ejercicio del paciente consiste en semejar que marcha, pero parado, ejecutando un paso doble por segundo. El autor observó que la disminución de la presión en el síndrome posttrombótico (en comparación con los datos normales de otros autores) es pequeña o a veces nula. El autor ideó un tipo de manómetro de agua que consiste en un tubo de vidrio de 20 cm. de longitud en cuya extremidad inferior se adapta un tubo que se continúa con un tubo de polietileno. El tubo de vidrio es puesto en conexión

con una escala de altura, y por su simple mecanismo de poleas y contrapeso puede ser movido fácilmente por el operador a medida que la presión varía, o mantenerse sin moverse en la posición en que se ha dejado. El autor propone que la medida de la presión venosa en el ejercicio sea también realizada en la vena poplítea, lo que podrá tener valor en la valoración del resultado de las operaciones propuestas para los casos de síndrome postrombótico. Con este fin realiza, en dos casos de síndrome postrombótico, la medida de la presión venosa en el ejercicio en la vena poplítea, inmediatamente antes y después de su ligadura, por medio de un tubo de polietileno introducido a través de la vena tibial posterior disecada en el tercio inferior de la pierna.

*Aneurisma arteriovenoso traumático de la arteria radial.* — OCTAVIO DE MORAES DANTAS. Sao Paulo.

El autor hace consideraciones sobre la etiopatogenia, propedéutica física y radiológica y tratamiento quirúrgico de los aneurismas arteriovenosos traumáticos de los miembros.

Presenta un caso de aneurisma arteriovenoso traumático situado a nivel de la arteria radial, próximo a la bifurcación de la arteria humeral, en el cual fué realizada la exéresis del saco aneurismático y la ligadura de la arteria radial y del correspondiente segmento venoso.

*Sistematización del examen del paciente en Angiología.* — G. S. COLONNESE. Sao Paulo.

El autor describe el procedimiento de examen rutinario del paciente en el Servicio de Angiología en la 2.ª Clínica Médica de la Facultad de Medicina.

Relata la necesidad que hay de hacer un esquema de observación «patrón», basándose en diferentes fichas obtenidas en los servicios especializados e introduciendo modificaciones que juzga útiles y necesarias, según las condiciones y posibilidades del medio.

Muestra, en diapositivas, la ficha de examen por él seguida.

*Técnica de la arterioclisis.* — G. S. COLONNESE, Sao Paulo.

El autor describe la técnica de la inyección intraarterial de grandes cantidades de solución, gota a gota, bajo presión controlada.

Presenta los aparatos sencillos utilizados por él actualmente y que permiten la ejecución, fácil y con exactitud de técnico, de la arterioclisis.

Relata las ventajas del uso de un manómetro común de aparato de presión arterial, introducido en el sistema.

Relata también el autor, con experiencia de 5 años, la técnica de la punción arterial por él adoptada, el mejor tipo de aguja y otros detalles.

Presenta, en diapositivas, las diferentes fases de la arterioclisis.

*Los vasodilatadores por la vía intraarterial. Análisis y comparación de los efectos inmediatos y de la tolerancia de los diferentes vasodilatadores.* — GERALDO S. COLONNESE. Sao Paulo.

Relata el autor los efectos inmediatos obtenidos con la introducción, por la vía intraarterial, de diferentes vasodilatadores, tales como la acetilcolina, la regitina o priscol, el ronicol, la novocaína, el ácido nicotínico, el clorhidrato de papaverina. Describe los efectos, analizados a través de la sensación subjetiva del paciente, el examen objetivo, la termometría, la oscilometría, la capilaroscopia.

Analiza también el efecto de las diferentes asociaciones de medicamentos, para llegar a escoger la fórmula más aconsejable para la arterioclisis.

*Bases teóricas del método intraarterial para el tratamiento de las arteriopatías periféricas.* — G. S. COLONNESE. Sao Paulo.

Discute el autor los argumentos y bases anatomofisiológicas que juzga justifican el método.

Analiza la opinión de los autores que aceptan el mismo método. Compara las posibilidades del método intrarterial con los otros métodos.

*Análisis de los resultados del tratamiento de las arteriopatías periféricas por el método intraarterial.* — G. S. COLONNESE. Sao Paulo.

Analiza el autor los resultados obtenidos hasta hoy con el método intraarterial para el tratamiento de las arteriopatías periféricas, refiriéndose a 70 enfermos que fueron tratados, examinados y seguidos por el propio autor.

Analiza los resultados obtenidos en las diferentes enfermedades, en los diferentes estados de evolución, en las diferentes razas, etc.

*La ergometría en la evolución y en el "follow up" de los pacientes tratados por la vía intraarterial.* G. S. COLONNESE. Sao Paulo.

Relata el autor la importancia de la ergometría para comparar la evolución de los pacientes, en las diferentes arteriopatías, aplicable a los enfermos comprendidos hasta el tercer grupo (sin gangrena de la extremidad).

Describe con detalles técnicos el aparato usado por él, modificación del Ergómetro de Wright.

Muestra, en diapositivas, las curvas obtenidas en el 1.º, 2.º y 3.º grupos de pacientes de acuerdo con la gravedad, comparándolas con los datos obtenidos por otros medios de examen.

Analiza algunas curvas de «follow up» en pacientes que se abstuvieron y en otros que volvieron a fumar.

*La regitina por la vía intraarterial en el tratamiento de las tromboflebitis de las púerperas.* — G. S. COLONNESE, J. O. ARAUJO y N. A. FEDRAL. Sao Paulo.

Relatan los autores los resultados obtenidos con la regitina por la vía intraarterial en las tromboflebitis de las púerperas.

Analizan los resultados con la asociación de novocaína al 1 por ciento.

Exponen la precocidad de los efectos y el acortamiento del período de hospitalización.

*Valor de la flebografía en los casos de varices por insuficiencia de la safena externa.* — OCTAVIO MARTINS DE TOLEDO, CLAUDIO O. BELLIO y JOAQUIM BUENO NETTO. Sao Paulo.

Los autores resaltan el valor de la radiografía contrastada en los casos de varices por insuficiencia de la safena externa.

Documentan el trabajo con varias flebografías.

*Tratamiento quirúrgico de los aneurismas arteriales de los miembros inferiores.* — OCTAVIO MARTINS DE TOLEDO. Sao Paulo.

El autor hace un resumen de su tesis de Docencia-Libre, basado en la experiencia del Servicio del Prof. Alipio Correa Netto (Santa Casa y Hospital das Clínicas), sobre el tratamiento quirúrgico de los aneurismas arteriales de los miembros. Presenta una casuística de 23 casos (16 aneurismas verdaderos y 7 falsos aneurismas o hematomas pulsátiles), de los cuales 14 eran espontáneos y 9 traumáticos.

*Gangrena de los miembros inferiores de origen venoso.* — CLAUDIO OSCAR BELLIO. Sao Paulo.

El autor presenta 5 casos observados en el «Hospital das Clínicas», haciendo consideraciones generales sobre la etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

*Trombosis espontánea de la vena axilar después de esfuerzo.* — VICTOR KHOURI y L. E. PUECH LEAO. Sao Paulo.

Presentación de dos casos de trombosis «por esfuerzo» del miembro superior, con orientación diagnóstica y conducta terapéutica.

*Un caso de tromboangiítis obliterante con obstrucción de la aorta abdominal.* — J. BUENO NETTO, C. O. BELLIO, O. MARTINS DE TOLEDO y M. C. GALVAO FILHO, Sao Paulo.

Los autores presentan una observación de un paciente portador de tromboangiítis obliterante con obstrucción de la aorta abdominal, documentada con arteriografía y examen histopatológico, discurriendo sobre la rareza del caso.

*Orientación actual en el tratamiento quirúrgico de las varices de los miembros inferiores.* — O. MARTINS DE TOLEDO, J. BUENO NETTO, L. E. PUECH LEO y C. O. BELLIO. Sao Paulo.

Los autores, después de una breve historia del tratamiento de las varices de los miembros inferiores, discuten las orientaciones terapéuticas actuales y presentan las seguidas en las 3.<sup>a</sup> v 1.<sup>a</sup> Clínicas Quirúrgicas (Serv. de los Prof. Benedicto Montenegro y Alipio Correa Netto).

*Cura espontánea de aneurisma de la arteria femoral.* — OCTAVIO MARTINS DE TOLEDO, CLAUDIO O. BELLIO, J. BUENO NETTO y VICTOR PEREIRA. Sao Paulo.

Los autores presentan y discuten un caso de cura espontánea de aneurisma espontáneo de la arteria femoral en un paciente de 65 años de edad, ilustrándolo con una fotografía.

*Evolución rara de un caso de aneurisma arteriovenoso.* — O. M. TOLEDO, C. O. BELLIO y VICTOR PEREIRA. Sao Paulo.

Los autores presentan y comentan un caso de aneurisma arteriovenoso subclavio en que en la evolución preoperatoria sufrió trombosis masiva de su componente venoso.

*Arteriografía en los aneurismas arteriales de los miembros inferiores.* — O. M. TOLEDO, CLAUDIO O. BELLIO y VICTOR PEREIRA. Sao Paulo.

Los autores presentan una serie de arteriografías de 21 casos de aneurismas arteriales (verdaderos y falsos) de los miembros inferiores y hacen comentarios sobre el asunto.

*Arteriografía en los aneurismas arteriovenosos de los miembros inferiores.* — OCTAVIO MARTINS DE TOLEDO. Sao Paulo.

El autor presenta una serie de arteriografías de casos de aneurismas arteriovenosos de los miembros inferiores, resaltando su importancia en la propedéutica y tratamiento quirúrgico en estos aneurismas y el valor de la arteriografía seriada.

*Experiencia con la simpatectomía en el tratamiento de las arteriopatías periféricas obliterantes crónicas.* — L. E. PUECH LEO y J. BUENO NETTO. Sao Paulo.

Revisión y análisis de 70 simpatectomías practicadas en pacientes de tromboangeítis obliterante y arteriosclerosis periférica, con deducciones personales relativas a los criterios de clasificación, selección, orientación quirúrgica y resultados.

*Efectos inmediatos y tardíos de la simpatectomía sobre la circulación cutánea de los miembros con obstrucción arterial.* — L. E. PUECH LEO y J. BUENO NETTO. Sao Paulo.

Valoración de la circulación cutánea, por medio de la termometría eléctrica, en portadores de tromboangeítis obliterante y arteriosclerosis, realizada en condiciones basales, después del bloqueo simpático regional, algunos días después de la simpatectomía y después «follow up» de tres meses a un año. Demostración de las alteraciones producidas por la denervación simpática y su evolución con el tiempo.

*El fenómeno de la "hemometacinesia" y su importancia en el tratamiento de las arteriopatías periféricas obliterantes.* — L. E. PUECH LEO y J. BUENO NETTO. Sao Paulo.

Estudio de la respuesta vasodilatadora obtenida, en miembros con molestias de Raynaud, tromboangeítis y arteriosclerosis, con un método que provoca vasodilatación generalizada (bloqueo ganglionar general por los gangliopléjicos) y uno que produce vasodilatación regional, limitada al miembro afectado (bloqueo simpático regional con Novocaína), con demostración de la existencia del fenómeno de la hemometacinesia, y consecuentes deducciones y aplicaciones clínicas.

*Presión venosa ambulatoria en las venas superficiales y profundas de los miembros con varices esenciales y síndrome postflebitico.* — L. E. PUECH LEO, J. BUENO NETTO, OCTAVIO M. TOLEDO y VICTOR KHOURI. Sao Paulo.

Los autores midieron la presión venosa en la vena safena externa y en la vena

poplítea en condiciones ambulatorias variadas, tales como en un reposo, a la marcha, al esfuerzo, etc

Relatan la técnica empleada y los hallazgos, con las consecuentes deducciones fisiopatológicas y terapéuticas.

*Valor propedéutico de la arteriografía en la arteriosclerosis obliterante.* — L. E. PUECH, VICTOR KHOURI y EDUARDO S. COTRIM. Sao Paulo.

Las informaciones conseguidas por la arteriografía son comparadas con las obtenidas por el examen clínico e instrumental en pacientes arteriosclerosos, procurándose establecer el valor de una en relación de las otras en el diagnóstico, indicación quirúrgica y pronóstico, en los diferentes estados evolutivos de la afección.

*Nuevo método de tratamiento del síndrome postflebitico de los miembros inferiores.* — L. E. PUECH LEAO. Sao Paulo.

Partiendo de un nuevo punto de vista de la fisiopatología del síndrome postflebitico, cual es el de encarar como principal factor de la estasis a la onda hipertensiva originada por la contracción muscular sobre las venas trombosadas y recanalizadas, el autor ideó un nuevo método de tratamiento quirúrgico. Presenta los fundamentos, técnica y primeros resultados.

*Cáncer del páncreas y trombosis múltiples con «phlegmasia cerúlea dolens».* — L. E. PUECH LEAO y VICTOR KHOURI. Sao Paulo.

Los autores resaltan la relación, ya frecuente en la literatura, existente entre el cáncer del páncreas y las trombosis múltiples; y presentan un caso, el primero de la literatura, de gangrena de origen venoso en el curso de la tromboflebitis múltiple relacionada con el cáncer del páncreas y consiguiente trombosis masiva del miembro inferior.

*Una indicación taxativa de la cirugía en la hipertensión: evolución maligna de la hipertensión resultante de toxemia gravídica.* — L. E. PUECH LEAO y J. BUENO NETTO. Sao Paulo.

Son analizados 9 casos de hipertensión maligna resultante de toxemia gravídica, tratados por la simpatectomía toracolumbar unilateral extensa, con «follow up» de 2 a 5 años. Después de exponer los resultados y de discutir los varios aspectos y peculiaridades de este tipo de hipertensión, en el cual se identifican características especiales, los autores concluyen la indicación taxativa de su tratamiento quirúrgico.

*Análisis de los resultados obtenidos con algunos métodos de tratamiento, en pacientes portadores de tromboangeítis obliterante y arteriosclerosis obliterante periférica.* — J. BUENOS NETTO, L. E. PUECH LEAO, CLAUDIO O. BELLIO y O. MARTINS DE TOLEDO. Sao Paulo.

Los autores, basados en el estudio de los casos tratados en la 1.<sup>a</sup> Clínica Quirúrgica del «Hospital das Clínicas», clasificados en 4 grupos de acuerdo con el grado de evolución de las lesiones que presentaban, analizan los resultados obtenidos con algunos métodos de tratamiento.

*Análisis de algunas vías de acceso para el bloqueo anestésico del ganglio estrellado.* — J. BUENO NETTO, L. E. PUECH LEAO y J. R. LOUZA. Sao Paulo.

Los autores analizan algunas técnicas para el bloqueo del ganglio estrellado, concluyendo la mayor ventaja de utilizar la vía de acceso posterior, presentando algunas anestias efectuadas por esta vía en pacientes portadores de afecciones vasculares periféricas.

*Factores que influyen en la cicatrización del muñón y mortalidad de las amputaciones por gangrena en las arteriopatías periféricas obliterantes crónicas.* — J. BUENO NETTO, O. MARTINS DE TOLEDO, L. E. PUECH LEAO y C. O. BELLIO. Sao Paulo.

Los autores, basados en el estudio de los casos tratados en la 1.<sup>a</sup> Clínica Quirúrgica del «Hospital das Clínicas», analizan las varias influencias (dolor, edad, tiempo de dolencia, nivel de gangrena, tiempo de gangrena, nivel de la obstrucción arterial,

tratamiento previo, nivel de amputación y tipo de amputación) en la cicatrización del muñón de amputación y mortalidad.

*Un fleboextractor flexible para el tratamiento quirúrgico de las varices de los miembros inferiores.* — J. BUENO NETTO, M. ZUPO y L. E. PUECH LEAO. Sao Paulo.

Los autores, después de discurrir sobre la utilidad del fleboextractor en el tratamiento quirúrgico de las varices de los miembros inferiores, presentan un tipo que idearon después del análisis y utilización de algunos tipos ya conocidos.

*Resultados del tratamiento quirúrgico de las lesiones de la válvula mitral.* — E. J. ZERBINI, HUGO FELIPOZZI, RUY MARGUTTI y PRIMO CURTI. Sao Paulo.

Los autores, basados en la experiencia de los Servicios Quirúrgicos del «Hospital das Clínicas» y del «Hospital Sao Paulo», exponen comentarios sobre los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de las lesiones de la válvula mitral.

*Resultados del tratamiento quirúrgico de la estenosis pulmonar.* — HUGO FELIPOZZI, E. J. ZERBINI, RUY MARGUTTI y PRIMO CURTI. Sao Paulo.

Basados en la experiencia de los Servicios Quirúrgicos del «Hospital das Clínicas» y del «Hospital Sao Paulo», los autores exponen y comentan los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la estenosis pulmonar.

*Cirugía de la coartación de la aorta.* — RUY MARGUTTI, HUGO FELIPOZZI y PRIMO CURTI. Sao Paulo.

Los autores deponen sobre la cirugía de la coartación de la aorta, basados en la experiencia que obtuvieron en los Servicios Quirúrgicos del «Hospital das Clínicas» y del «Hospital Sao Paulo».

*Cirugía del canal arterial.* — RUY MARGUTTI, HUGO FELIPOZZI, PRIMO CURTI y E. J. ZERBINI. Sao Paulo.

Basándose en la experiencia de los Servicios Quirúrgicos del «Hospital das Clínicas» y del «Hospital Sao Paulo», los autores exponen y comentan la cirugía del canal arterial.

*Estudio experimental sobre injertos de la aorta en el perro.* — PRIMO CURTI y PEDRO GHERARDI JUNIOR. Sao Paulo.

Los autores estudian algunos medios de conservación de injertos arteriales, haciendo comentarios sobre los resultados obtenidos.

*Experiencia con la «alambrización» de los aneurismas de la aorta torácica.* — PRIMO CURTI, E. J. ZERBINI, RUY MARGUTTI, HUGO FELIPOZZI y PAULO A. LODI. Sao Paulo.

Los autores relatan los resultados obtenidos en su experiencia con la «alambrización» de los aneurismas de la aorta torácica, realizada en los Servicios Quirúrgicos del «Hospital das Clínicas» y del «Hospital Sao Paulo».

*Comentarios sobre 6 casos operados de coartación de la aorta.* — EURYCLIDES JESÚS ZERBINI. Sao Paulo.

El autor comenta su experiencia sobre el tratamiento quirúrgico de la coartación de la aorta. El trabajo está documentado con proyecciones en color y un «film» en color y negro.

*El carbógeno como uno de los medios terapéuticos de la arterioclerosis obliterante.* — LUIS CARLOS ELY. Sao Paulo.

Entre los medios terapéuticos de la arteriosclerosis obliterante no demasiado avanzada, queremos resaltar en esta comunicación la importancia de la carbogenoterapia.

Nuestra estadística con 14 años de empleo en nuestras manos nos entusiasmó por sus buenos resultados y absoluta inocuidad. Juzgamos necesaria la divulgación de esta terapéutica por todos motivos y principalmente debido al limitado conocimiento de la misma, especialmente en América del Norte.

*Falsos aneurismas de la mano y del muslo.* — MEER GURFIKEL, PAULO SAMUEL, ALFREDO WAZEM y RUBENS MAYALL. Río.

Los autores relatan dos casos documentados con arteriografías, tratados quirúrgica-

mente, haciendo comentarios sobre las dificultades diagnósticas y los interesantes hallazgos histopatológicos de las piezas obtenidas.

*Arteriografías en serie en el estudio de las comunicaciones arteriovenosas y de la circulación colateral.* — RUBENS MAYALL, FERNANDO BRUM y el técnico J. LUCAS DE OLIVEIRA. Río.

Los autores demuestran, con radiografías realizadas en serie, los diferentes aspectos de las comunicaciones arteriovenosas conforme al tiempo en que fué obtenida la exposición. En el estudio de la circulación colateral describen un hecho característico, el relleno precoz de las ramas colaterales antes de que el contraste llegue a la zona de obstrucción arterial.

*Examen radiológico del síndrome postrombótico de los miembros inferiores.* — R. C. MAYALL, FERNANDO BRUM y el técnico J. LUCAS DE OLIVEIRA. Río.

Los autores describen la técnica empleada, con el paciente en posición vertical en la mesa radiológica basculante, para examen radiológico hemodinámico de las venas, con seriografías. Destacan los siguientes hechos: falta de progresión después de la inyección de contraste; progresión lenta con movilización activa; reflujo del contraste en las válvulas del sistema profundo; falta de relleno alrededor de las válvulas; tendencia del contraste a ascender por el sistema periférico; venas de contornos irregulares y calibre reducido, sin válvulas o con insuficiencia de las mismas.

*Aortografía torácica por punción directa. Técnica y complicaciones observadas en 15 casos sin mortalidad.* — RUBENS MAYALL, FERNANDO BRUM y Sr. JOAO LUCAS DE OLIVEIRA. Río.

Los autores describen las ventajas (simplicidad, economía, rapidez y buena tolerancia) de la punción directa por vía dorsal desde la altura de la 7.<sup>a</sup> hasta la 12.<sup>a</sup> vértebras dorsales, destacando las indicaciones e inconvenientes observados.

*Varices arteriales.* — SAMUEL SCHMIT y RUBENS MAYALL. Río.

Los autores destacan el mérito de Pratt en la individualización de este síndrome y presentan un caso documentado con angiografías pre y postoperatorias y con cura radical de las varices.

*Conducta quirúrgica en los falsos aneurismas: «film».* — PAULO SAMUEL SANTOS, GENARO MEDINA y RUBENS MAYALL. Río.

Los autores presentan un caso de voluminoso hematoma pulsátil del muslo, tratado por medio de injerto arterial.

*Flebotrombosis aguda postraumática con gangrena del miembro inferior.* — NOVA MONTEIRO y RUBENS MAYALL. Río.

Los autores describen 4 casos postfractura de la pierna y hacen una revisión de la etiopatogenia y medidas profilácticas y terapéuticas aconsejadas. Documentan el trabajo con diapositivas en color, destacando la ausencia de lesiones arteriales y la importancia de la trombosis sucesiva de las venas profundas y lesiones musculares.

*Comunicaciones arteriovenosas de los miembros.* — PAULO SAMUEL y RUBENS MAYALL. Río.

Los autores describen 9 casos observados, siendo 3 traumáticos, 6 congénitos (2 de tipo Klippel-Trenaunay, 1 de tipo Parkes-Weber y 3 simples). Destacan los síntomas generales (traducidos por trastornos cardiovasculares e irritabilidad neurovegetativa) y locales, como las varices arteriales, las modificaciones de la oscilometría, aumento de las partes blandas, alteraciones esqueléticas y aumento de la temperatura. Discuten el valor de los «test» diagnósticos para orientación del tratamiento. La conducta quirúrgica va en primer lugar a la arteria, procurando reparar la anatomía normal por la ligadura o sección de todas las ramas anormales y, en seguida, exéresis de las varices remanentes.

*Tratamiento médico de la arteriosclerosis ocliterante.* — RUBENS MAYALL. Río.

El trabajo se refiere a los resultados terapéuticos obtenidos en cerca de 100 pacientes de arteriosclerosis ocliterante de los miembros inferiores. Después de una revisión

estadística de la incidencia de las molestias arterioscleróticas en Río de Janeiro y capitales del Brasil, hace un estudio de la sintomatología observada, comentarios sobre los exámenes complementarios más importantes y sobre el diagnóstico diferencial. Con referencia al tratamiento es combatida la actitud de desespero y fatalismo, mostrando las posibilidades de curación y reversibilidad de las lesiones.

Las principales finalidades del tratamiento son :

1) Interrumpir la evolución progresiva de la dolencia por medio del reposo ; suspensión del tabaco ; cuidados meticulosos con las extremidades ; evitando el frío en las extremidades ; tratar minuciosamente los pequeños traumatismos ; establecer una dieta adecuada ; controlando perturbaciones metabólicas, las alteraciones hematológicas y usando pródigamente los anticoagulantes (Heparina, Dicumarol, Tromexan) y preparados lipotrópicos.

2) Medios para obtener vasodilatación : Por la preparación psíquica del paciente, evitando la permanencia en locales húmedos o fríos, bloqueos anestésicos de la cadena simpática, carbógenoterapia, vasodilatadores por vía intraarterial, oral o intramuscular, hormonas andrógenas y simpatectomía.

3) Aumentar la circulación mecánicamente : por medio de la presión venosa intermitente, ionizaciones, lecho oscilante.

4) Aliviar los dolores : con extractos pancreáticos desinsulizados ; derivados de la aspirina ; antiespasmódicos ; anestesia de los troncos nerviosos ; tromboendarteriectomía.

5) Tratamiento de las lesiones frías : por la posición adecuada del miembro ; control de las micosis ; control de las infecciones secundarias, por los antibióticos ; estimular la cicatrización de las úlceras y heridas atónicas ; resección de las partes necrosadas a nivel de los surcos de delimitación ; amputaciones económicas.

*Ronicol intraarterial en las enfermedades vasculares periféricas.* — FERNANDO BRUM y RUBENS MAYALL. Río.

Los autores se extienden en consideraciones sobre las cualidades que los vasodilatadores deben poseer para ser usados en las enfermedades vasculares periféricas, señalando el peligro de la acción hipotensora sobre los procesos isquémicos. Describen a continuación los hechos observados en 100 inyecciones intraarteriales, referentes a oscilometría, termometría cutánea y evolución de las lesiones isquémicas.

*Tratamiento quirúrgico de las secuelas de los accidentes cerebrales.* — JOSIAS DE FREITAS y RUBENS MAYALL. Río.

Los autores destacan el gran valor de los estudios del Prof. Souza Pereira ideando la nueva técnica de la simpatectomía pericarotidiana, ligadura de la carótida externa, asociadas a resección del ganglio estrellado e intermediario, bajo anestesia local. Considerando la operación de carácter ambulatorio dada su benignidad. Presentan en diapositivas en color todos los detalles de la operación y hacen consideraciones en torno a los 7 casos operados, destacando su valor en la recuperación de los miembros paralizados, causalgias y perturbaciones cerebrales.

*Anticoagulantes (Heparina, Dicumarol y Tromexan) en las enfermedades vasculares periféricas.* — ANTONIO CARLOS GIGLIOTTI, PINA DOMINGUES y RUBENS MAYALL. Río.

Los autores describen las técnicas usadas en el control de los anticoagulantes, resaltando la importancia del perfecto enlazamiento entre la clínica, el laboratorio y el paciente. Destacan la posibilidad de los tratamientos ambulatorios y de larga duración (hasta 7 años en un caso) y sus ventajas en los casos crónicos de trombosis arteriales y venosas, permitiendo la recanalización de los vasos más precozmente.

*Gangrena de los dedos de la mano después de inyecciones intramusculares, intravenosas o intraarteriales.* — RUBENS MAYALL. Río.

El autor describe 8 casos de accidentes graves con gangrena de parte de la mano,

evolución rápida a la necrosis, tratados con relativo éxito por medio de antiespasmódicos, anticoagulantes y vasodilatadores.

*Tratamiento crónico de algunas arteriopatías con el Tromexan.* — CARLOS M. CASTRO y GERMÁN STRISLER. Buenos Aires.

Se estudia la acción terapéutica del tromexan en un grupo de 33 sujetos que padecían: arteriosclerosis obliterante, enfermedad de Leo Buerger y Síndrome de Leriche, algunos de ellos con úlceras necróticas. Ninguno de estos casos padecía trombosis o embolia arterial aguda. A estos enfermos se les efectuó un estudio clínico completo y análisis de rutina. El estudio angiológico incluyó: oscilografía con registro directo, temperatura cutánea con termocuplas, pruebas posicionales, etc. El control del tiempo de protrombina se efectuaba cada 3 a 6 días. El control clínico del enfermo se realizaba cada 15 días, repitiéndose en esos intervalos las pruebas angiológicas fundamentales. El tiempo de duración del tratamiento osciló entre 2 a 10 meses.

Los resultados obtenidos fueron muy buenos para las arteriosclerosis obliterantes, buenos para el Síndrome de Leriche lento, y poco satisfactorios para el Leo-Buerger. Las úlceras de origen arteriosclerótico evolucionaron favorablemente con el tratamiento instituido, no habiendo recibido ninguna otra medicación a la cual pudiera imputarse dicha evolución.

*Importancia de la arteriografía en el tratamiento quirúrgico de la arteriosclerosis obliterante.* — DAVID GRINFELD. Buenos Aires.

Señala la importancia que la arteriografía tiene en el diagnóstico de las afecciones obliterantes de las arterias y puntualiza los datos que suministra para la elección del tratamiento quirúrgico.

La arteriografía establece como ningún otro método exploratorio: a) el grado, extensión y topografía de la obliteración; b) el estado de la vía colateral y la capacidad de relleno del sistema arterial más allá de la obliteración. Todos estos datos indicarán la conveniencia o no de recurrir a métodos que actúen sobre el sistema simpático o directamente sobre la obliteración.

En el caso de amputación por isquemia, la arteriografía será útil para establecer su altura.

*Dos casos de aneurisma arterial traumático (hematoma pulsátil) tratados con distintos procedimientos quirúrgicos.* — DAVID GRINFELD. Buenos Aires.

Primer caso: Aneurisma traumático de la arteria femoral superficial con pequeña comunicación venosa, que fué tratado con cuádruple ligadura de los vasos femorales, con muy buen resultado. La elección del procedimiento se basó especialmente en la arteriografía, que mostró una gruesa femoral profunda con anastomosis con ramas de la superficial por debajo del aneurisma, en que la lesión arterial era amplia.

Segundo caso: Se trata de una lesión traumática de la arteria humeral con gran hematoma pulsátil. La arteriografía demuestra buenas arterias por debajo de la obliteración, pero sin vía colateral establecida. Se prefiere para este caso la sutura de la herida arterial que era, por otra parte, menor.

*Prótesis orgánicas y artificiales en cirugía cardiovascular.* — ABEL A. LAZZARINI. New York.

El incremento de la cirugía cardiovascular y la ampliación constante de sus indicaciones clínicas ha hecho necesario contar con mayor número de segmentos arteriales y venosos, artificiales u orgánicos, viables, para reemplazar segmentos vasculares resacados por muy diferentes afecciones.

Se resume la experiencia adquirida con banco de vasos en funcionamiento en centros quirúrgicos importantes, así como el estado actual de la utilización de homo y heteroinjertos o prótesis plásticas y observaciones postoperatorias.

Presenta nuevas técnicas para esterilización y conservación de injertos obtenidos en condiciones sépticas y las facilidades que brindan para su manipulación.

Las posibilidades de creación de nuevos centros de este tipo, en lugares que aún

no cuentan con su beneficio, serán de eminente valor práctico y aumentarán nuestros conocimientos sobre tan vital problema.

*Hipertensión portal. Estudio comparativo entre ligadura arterial y derivación venosa* — SAVINO GASPARINI FILHO. Sao Paulo.

El autor presenta un estudio clínicoterapéutico de la hipertensión portal.

Pasa revista a la anatomía y fisiología del sistema hepatportal.

Presenta los más actualizados conceptos sobre la fisiopatología, juzgando que tal afección debe denominarse insuficiencia hepatportal.

Acepta terapéuticas diametralmente opuestas para las formas visceral y vascular del bloqueo .

Admite una única terapéutica para el bloqueo intrahepático, la ligadura arterial

Demuestra su convicción de que las derivaciones venosas sólo están permitidas en el bloqueo extrahepático.

*Coartación de la aorta abdominal.* — JORGE DE CASTRO BARBOSA y CHEKIB ANTHUM. Río.

Los autores presentan un caso de hipertensión generalizada en una criatura de 6 años, por causa diagnosticada como coartación de la aorta. Se practicó una tóracotomía exploradora en blanco. El paciente falleció 72 horas después, habiendo revelado la autopsia una coartación de la aorta abdominal debajo de las renales y obstrucción de la arteria renal izquierda.

*Importancia de la colaboración entre traumatólogos y especialistas vasculares.* — PAULO SAMUEL SANTOS. Río.

El trabajo representa el estudio sobre las relaciones entre los traumato-ortopedistas y cirujanos vasculares, en que se basa la experiencia del autor. Habiendo tenido oportunidad de atender más de un centenar de traumatismos vasculares en general, varias veces lo hizo en colaboración con traumatólogos. En este trabajo el autor se esfuerza en demostrar claramente el papel de ambos especialistas en el tratamiento, presentando varias sugerencias sobre múltiples problemas relacionados con el asunto.

*Conducta en las oclusiones arteriales agudas.* — PAULO SAMUEL SANTOS, SYDNEY ARRUDA y GEORGE LEMOS CORDEIRO. Río.

Los autores analizan sucintamente las principales eventualidades con que el médico se enfrenta en los accidentes de oclusión arterial aguda. Se presentan cuatro casos, mostrando la conducta médica y quirúrgica seguida en los mismos. El trabajo representa la suma de las experiencias de los autores y los principales puntos referentes a la conducta en los pacientes, subrayándose, aparte la táctica y técnica quirúrgicas, el pre y postoperatorio, incluyendo la medicación anticoagulante. En el capítulo referente a las embolias, defienden la indicación quirúrgica de acuerdo con varios postulados que son minuciosamente descritos.

*Conducta quirúrgica en los falsos aneurismas.* — PAULO S. SANTOS, RUBENS MAYALL, ANTONIO L. MEDINA y GENARO M. GONÇALVES. Río.

En este trabajo se estudian los puntos más importantes relativos a los falsos aneurismas y su tratamiento. Son presentados algunos casos de falsos aneurismas de etiología varia, explicando la conducta que han ido empleando, incluso el empleo del injerto arterial. En los falsos aneurismas de origen traumático defienden una conducta diferente de la que generalmente es admitida, siendo este problema minuciosamente examinado.

*Traumatismos vasculares.* — PAULO SAMUEL SANTOS, Río.

El autor, cirujano de los «Hospitais do Distrito Federal», presenta su experiencia referente a los traumatismos vasculares en la práctica corriente. Se hacen breves comentarios, como la incidencia, etiopatogenia, sintomatología y diagnóstico, tratamiento y problemas técnicos y tácticos relacionados con las lesiones vasculares de origen traumático. Son sucintamente analizados sesenta y seis casos de heridas arteriales,

resaltando los puntos más importantes relativos al tratamiento, incluyendo el empleo del injerto arterial y venoso.

*Embolias pulmonares.* — OCTAVIO DREUX. Río.

El autor presenta 6 casos de embolias pulmonares postoperatorias, siendo 4 personales, en los que el diagnóstico pudo establecerse en vista de los síntomas típicos, comprobaciones radiológicas, pruebas terapéuticas por medio de anticoagulantes. La edad de los pacientes variaba entre 42 y 69; las manifestaciones de infarto pulmonar aparecen 10 días (por término medio) después de la operación. Hubo repetición de embolia en 1 de ellos mientras existían signos de tromboflebitis pélvica y femoral, precursora del accidente pulmonar. Además de la medicación coadyuvante el tratamiento se basó en heparina en aplicaciones rápidas y excepcionalmente heparina más dicumarol, registrándose 100 por ciento de éxitos terapéuticos. Por equivocación, uno de los pacientes recibió una dosis masiva de heparina pura en la vena (500 mg.), aplicada de una sola vez, sin que hubiese habido mayores consecuencias, aparte de la mejoría rápida. El autor concluye: 1) que la posibilidad de fenómenos embólicos pulmonares en el postoperatorio, exige vigilancia médica permanente; 2) que en cada enfermo quirúrgico sobrepésese el peligro potencial representado por tales complicaciones; 3) que el éxito del tratamiento depende de la precocidad de su diagnóstico y de la inmediata aplicación de anticoagulantes; y 4) que la dosis óptima de heparina, al ser administrada de una sola vez, parece ser muy superior a las dosis actualmente preconizadas.

*Tendencia familiar a la trombosis* — SYDNEY ARRUDA. Río.

Según Wright, es más que una simple coincidencia el hecho de encontrarse en diversos miembros de una misma familia uno o más episodios tromboembólicos. Muchos de estos pacientes fallecen como consecuencia de los mismos.

El autor describe el caso de un paciente portador de arteriosclerosis ocluyente de los miembros inferiores, que presentó infarto de miocardio y trombosis cerebral, en cuya familia se señalan numerosos episodios de infarto de miocardio, tromboflebitis, trombosis de las extremidades, etc.

Un diagrama muestra las relaciones de parentesco entre los miembros de la familia y los respectivos procesos trombogénicos.

*Algunos casos de embolia arterial periférica tratados quirúrgicamente (embolectomía).* — SYDNEY ARRUDA y PAULO S. SANTOS. Río.

Son descritos y comentados cuatro casos de embolia arterial periférica tratados quirúrgicamente (embolectomía) con buen resultado.

Dos de ellos presentaban particularidades que merecen destacarse.

Uno de embolia repetida de la poplítea izquierda, complicada en el segundo postoperatorio por hemorragia retroperitoneal grave después del bloqueo del simpático lumbar durante la heparinización y síndrome de «nefrón inferior».

El otro, también de embolia repetida: en el primer episodio se localizó el émbolo en la ilíaca externa izquierda (no se hizo tratamiento quirúrgico, llegando a la gangrena y amputación); en el segundo el émbolo se localizó en la bifurcación de las ilíacas derechas (fué practicada una embolectomía con pleno éxito).

*Necrosis isquémica distal por arteriosclerosis ocluyente.* — SYDNEY ARRUDA, GEORGES C. LEMOS CORDEIRO y ORLANDO F. BRUM. Río.

Los autores presentan algunos casos de gangrena distal o de regiones circunscritas de la piel de las extremidades en pacientes en general hipertensos, en los cuales los pulsos periféricos y las oscilaciones están presentes.

Se confrontan con la «gangrena por endarteriitis distal primaria» de Martorell, la «endarteritis ocluyente» de Kramer, la «forma distal de la tromboangiitis ocluyente», y la «arteriosclerosis ocluyente» y la «úlcera isquémica hipertensiva». Son revisados los casos de «gangrenas limitadas de los dedos de los pies» de Fontaine y colaboradores.

Se destaca el papel de la hipertensión arterial y de la arteriosclerosis. Cortes histológicos muestran, en dos casos autopsiados, lesiones arteriolares estenosante u obliterantes.

Para los autores se trata de una forma especial de gangrena limitada, consiguiente a fenómenos espásticos y trombóticos que se desarrollan en las arteriolas escleróticas de individuos hipertensos.

*Hipoplasia arterial del miembro superior izquierdo. Insuficiencia aórtica con danza unilateral de las arterias.* — ALOYSIO DE CASTRO, SYDNEY ARRUDA, RUBENS C. MAYALL y JOAO DE ALBUQUERQUE. Río.

Los autores presentan el caso de una paciente de 26 años de edad, de color negro, portadora de insuficiencia aórtica luética, con danza unilateral de las arterias e hipoplasia arterial del miembro superior izquierdo, comprobada por la arteriografía.

Los autores señalan la rareza del fenómeno observado, haciendo la confrontación diagnóstica con las arteriopatías obliterantes.

*Aneurisma arteriovenoso de la arteria del cuádriceps y vena femoral superficial.* — PAULO SAMUEL SANTOS y SYDNEY ARRUDA. Río.

Un individuo joven del sexo masculino, que sufría herida penetrante por arma blanca, a nivel de la región superior interna del muslo, presentó un año después, en el mismo lugar, tumor pulsátil con frémito y soplo. Operado, se comprobó una comunicación arteriovenosa y formación aneurismática. Se procedió al cierre de la fístula, resección del saco y ligadura de las arterias aferente y eferente. Extremidad en buen estado circulatorio diez meses después.

*Indicación y técnica de la gangliectomía lumbar en las enfermedades vasculares periféricas.* — PAULO S. SANTOS, SYDNEY ARRUDA, GENARO M. GONÇALVES y ANTONIO L. MEDINA. Río.

Son comentados los principales puntos referentes a las indicaciones, técnica y resultados de la gangliectomía lumbar en las enfermedades vasculares periféricas.

Los autores se muestran partidarios de la ampliación de las indicaciones de la gangliectomía lumbar en las enfermedades vasculares periféricas y dan preferencia a la vía anterior extraperitoneal que, entre otras ventajas, permite la operación bilateral en un sólo tiempo y la reducción del postoperatorio, con gran beneficio para el paciente.

Señalan, finalmente, los buenos resultados obtenidos con esta orientación.

*Fístula arteriovenosa entre los vasos esplénicos.* — LUIZ EDMUNDO RIBEIRO DE MENDONÇA. Sao Paulo.

Presentación de un caso de aneurisma arteriovenoso entre los vasos esplénicos.

Consideraciones sobre la fisiopatología de esta fístula, que por sí no acarrea lesiones o perturbaciones hepáticas ni circulatorias.

*Hipertensión portal.* — MARY ANN PAYNE. New Yor.

A pesar que la cirrosis hepática con sus frecuentes secuelas de varices sangrantes y ascitis ha sido reconocida desde hace muchos años, la hipertensión portal, como entidad clínica importante, es de origen muy reciente. La hipertensión portal es una frecuente complicación de la cirrosis, pero no queda, en modo alguno, limitada a pacientes con enfermedades hepáticas. Se discute sobre el reconocimiento de este síndrome en diferentes condiciones clínicas: Los enfermos con hipertensión portal pueden ser divididos en dos grupos clínicos: aquellos con bloqueo intrahepático y los con obstrucción extrahepática. En ninguno de los grupos está claro el exacto mecanismo de la hipertensión. Estas teorías son revisadas y valoradas. El tratamiento de la hipertensión portal es un problema práctico dado que es hoy posible decomprimir la circulación porta. Se presenta una revisión crítica de la terapéutica médica y quirúrgica en esta afección.

*Reserpina, tensión arterial y electrocardiograma.* — ANTONIO PERRETTA, ELIAS J. SALES y JUAN J. DUMAS. Buenos Aires.

Se estudia la acción de un nuevo alcaloide aislado de la Rauwolfia Serpentina — la reserpina — cuando se administra, por vía endovenosa, a enfermos hipertensos de diversas etiopatogenias.

Se analizan: a) las dosis utilizadas en cada caso, b) sus efectos sobre las cifras tensionales sistólica y diastólica, c) el ritmo y duración de su influencia sobre la frecuencia cardíaca y el electrocardiograma.

*Consideraciones clínicas sobre la cirugía de la estenosis mitral.* — ANTONIO PERRETTA, ELIAS J. SALES y RAFAEL ZAMBRANO. Buenos Aires.

Se presentan varios casos de pacientes portadores de estenosis mitral sometidos a la intervención quirúrgica correctora. Se analizan los puntos de vista sustentados por los autores, en lo que concierne a: 1.º el criterio de selección de los candidatos para la cirugía, 2.º los cuidados preoperatorios y las precauciones observadas para prevenir las complicaciones postoperatorias, 3.º la conducta seguida durante el acto quirúrgico y en los días subsiguientes, 4.º las modificaciones funcionales y físicas inmediatas y lejanas.

Los autores resaltan la importancia de diversos factores anatómicos (en especial el factor valvular) para explicar el desigual beneficio obtenido por los operados, e insisten en algunos puntos, que consideran de interés, referentes a la profilaxis de las complicaciones infecciosas del postoperatorio.

*Embolectomía de la aorta abdominal.* — HUMBERTO BARRETO y WALDEMAR DECA-CHE. Río.

Estudio clínico y quirúrgico de la embolia aórtica, con presentación de un caso operado con éxito.

*Contribución a la semiología de las venas de los miembros inferiores.* — HUMBERTO BARRETO. Río.

Presentación de casos con orientación terapéutica diversa y resultados semejantes.

Análisis de las condiciones anatómicas y patológicas de la arteria poplítea y discusión de la terapéutica directa e indirecta, con bases clínicas y quirúrgicas.

*Contribución a la semiología de las venas de los miembros inferiores.* — HUMBERTO BARRETO y N. E. ALMEIDA AGUIAR. Río.

Presentación de nueva semiotécnica para el diagnóstico de las insuficiencias venosas de los miembros inferiores, determinación de las comunicantes y de las obstrucciones profundas.

Se observaron más de 200 casos, comprobándose el valor de la técnica.

*Contribución al tratamiento de las varices de los miembros inferiores.* — HUMBERTO BARRETO. Río.

Presentación de su larga experiencia con el tratamiento quirúrgico y esclerosante, combinados, adoptando el morrhuate de sodio al 5 por ciento. Preconiza el tratamiento ambulatorio, adopta un punto topográfico original para descubrir la safena y aplica puntos percutáneos para el bloqueo, en ciertos casos.

Indica la ligadura de los troncos insuficientes como tratamiento inicial de los procesos angiodérmicos, lo mismo infectados.

*Tratamiento quirúrgico de la arteriosclerosis obliterante.* — ALFONSO ALBANESE. Buenos Aires.

(Publicado el original en ANGIOLOGÍA, vol. VI, núm. 6, pág. 263; noviembre-diciembre 1954).

*Tratamiento quirúrgico de la arteriosclerosis obliterante basado en la arteriografía.* — E. VASCONCELOS y FUAD AL ASSAL. Sao Paulo.

Los autores estudian inicialmente el criterio de selección de los pacientes portadores de arteriosclerosis obliterante en las diferentes fases clínicas, desde la claudicación intermitente hasta la gangrena. Por otro lado hacen consideraciones sobre la endarteriectomía, injertos arteriales y venosos, simpatectomía lumbar y amputación. Opinan sobre la aplicación de estos diferentes procedimientos aislada o asociadamente, según el

caso, basados en la propedéutica clínica y arteriográfica. En lo que se refiere a la simpatectomía exponen la técnica que les parece más apropiada y de mejores resultados. Concluyen presentando sus resultados y realzando la importancia del tratamiento quirúrgico moderno de esta afección.

*Simpatectomía lumbar. — Exposición de la conducta técnica personal y consideraciones sobre 82 simpatectomías.* — FUAD AL ASSAL y E. VASCONCELOS. Sao Paulo.

Los autores estudian las técnicas de la simpatectomía lumbar en sus varias modalidades y exponen su conducta personal. Pasan a hacer consideraciones sobre la importancia de esta cirugía en las diferentes molestias vasculares, arteriales y venosas, haciendo referencias a las consecuencias de la simpatectomía lumbar bilateral sobre las funciones sexuales. Hacen especial consideración al 1.er ganglio lumbar y su importancia en el mecanismo de la eyaculación. Finalmente presentan sus resultados.

*Arteriografía. — Técnica e indicaciones. Consideraciones sobre 260 arteriografías.* — FUAD AL ASSAL y E. VASCONCELOS. Sao Paulo

Los autores inicialmente discuten las varias modalidades técnicas, para en seguida presentar su conducta técnica personal. Exponen las complicaciones y riesgos de la arteriografía, así como las diferentes aplicaciones por ellos realizadas. Los autores estudian, bajo el punto de vista arteriográfico, miembros de individuos normales, arteritis obliterantes, aneurismas arteriales, aneurismas arteriovenosos congénitos y traumáticos, arteria carótida y arterias cerebrales, tumores de las partes blandas y de los miembros, y tumores óseos.

*Síndrome de Raynaud. — Diagnóstico y tratamiento.* — FUAD AL ASSAL, E. VASCONCELOS y JOSÉ CARLOS DA ROSA. Sao Paulo.

Los autores estudian los aspectos clínicos y arteriográficos de la molestia, y a continuación pasan a considerar el tratamiento quirúrgico por la simpatectomía cervico-dorsal. Aclaran que el estudio arteriográfico fué realizado sólo con finalidad de investigación, pues no es imprescindible para el diagnóstico. Presentan sus resultados, en casos ya adelantados con gangrena, donde hubo cura temporal con desaparición de los signos y síntomas, y un caso de Síndrome de Raynaud unilateral de miembro superior derecho.

*Flebografía de los miembros. Modalidades técnicas y aplicaciones. Consideraciones sobre 300 flebografías.* — FUAD AL ASSAL, E. VASCONCELOS y ERMETE ABBONDANZA. Sao Paulo.

Los autores estudian las varias modalidades técnicas de la flebografía, haciendo apreciaciones críticas sobre las mismas. Describen las técnicas que han empleado en su práctica. Discuten las varias aplicaciones de la flebografía en la patología venosa de los miembros, presentando varias radiografías de su colección. Exponen las complicaciones y riesgos de la flebografía. Finalmente concluyen, basados en su experiencia, la gran importancia de este nuevo método propedéutico que viene a aclarar puntos oscuros en el estudio de las molestias venosas.

*Radiomanometría en las insuficiencias venosas crónicas.* — FUAD AL ASSAL, E. VASCONCELOS, ERMETE ABBONDANZA y LUIZ GERALDO DE CARVALHO. Sao Paulo.

Los autores estudian las presiones venosas y concomitantemente la flebografía retrógrada en las venas femorales de los pacientes portadores de tromboflebitis crónicas y de insuficiencias venosas esenciales. Establecen una relación entre las presiones venosas obtenidas y los aspectos flebográficos, presentando los datos de su experiencia, con radiografías realizadas en más de 100 casos.

*Diagnóstico y tratamiento de los síndromes posttrombóticos.* — FUAD AL ASSAL, E. VASCONCELOS y LUIZ GERALDO DE CARVALHO. Sao Paulo.

Los autores estudian los aspectos clínicos y los aspectos flebográficos de este síndrome. Discuten el valor de los diferentes síntomas y signos, analizan varios aspectos flebográficos, concluyendo el mejor diagnóstico a través de estos últimos datos.

Exponen la orientación quirúrgica que han seguido en su práctica clínica. Analizan

los diversos procedimientos empleados, tales como la ligadura de la vena poplítea, ligadura de las venas superficiales insuficientes, como las safenas o las comunicantes, y las simpatectomías periarteriales y lumbares. Después del estudio crítico de estos procedimientos presentan sus conclusiones.

*Modificación de la prueba de Heyerdale y Anderson.* — FUAD AL ASSAL. Sao Paulo.

El autor estudia las varices de la safena externa bajo el aspecto clínico, presentando una modificación de la prueba de Heyerdale y Anderson, basado en los datos anatómicos, fisiopatológicos y flebográficos. Concluye la mayor comodidad y facilidad de aplicación de aquella prueba modificada.

*Infiltración paravertebral del simpático lumbar y cérico dorsal.* — FUAD AL ASSAL, E. VASCONCELOS y ERMETE ABBONDANZA, JOSÉ CARLOS DA ROSA. Sao Paulo.

Los autores estudian la técnica de la infiltración paravertebral, su importancia en la selección de pacientes para la cirugía del simpático, así como su valor terapéutico. Después refieren haber aplicado la infiltración paravertebral en varias molestias vasculares, tales como arteritis obliterantes, aneurismas arteriales, síndrome de Raynaud, embolias arteriales y síndromes posttrombóticos, presentando sus resultados y conclusiones.

*Flebografía intraósea.* — FUAD AL ASSAL, E. VASCONCELOS y ERMETE ABBONDANZA. Sao Paulo

Los autores estudian la técnica, riesgos, complicaciones e indicaciones de la flebografía intraósea. Presentan los resultados obtenidos en casos de varices esenciales y síndromes postflebiticos. Concluyen haciendo apreciaciones críticas sobre la oportunidad y valor de su aplicación en los trastornos venosos.

*Algunos aspectos de la circulación portal.* — E. VASCONCELOS. Sao Paulo.

El autor presenta investigaciones hechas en individuos normales bajo el punto de vista de la circulación total en portadores de lesiones portales, estudiando los aspectos anatómicos y fisiológicos de este territorio venoso.

*Radiografía contrastada del sistema venoso portal normal y patológico.* — E. VASCONCELOS. Sao Paulo.

El autor estudia los aspectos de la radiografía normal de los sistemas porta. Presenta, además, los aspectos radiológicos en diferentes alteraciones de la fisiología y anatomía del sistema porta, procurando deducir conclusiones fisiopatológicas y diagnósticas de la radiología del sistema portal, obtenidas por punción e inyección en el bazo o por inyección en los troncos venosos durante la laparatomía.

*Tratamiento clínico de la arteriosclerosis obliterante.* — LUIZ CARLOS DE BARROS. Sao Paulo.

El autor estudia los varios métodos de tratamiento clínico, haciendo referencias especiales a las inyecciones intraarteriales de Prisco y similares. Presenta sus resultados con «fallow-up».

*Tratamiento clínico de la tromboangietis obliterante.* — LUIZ CARLOS DE BARROS y FUAD AL ASSAL, Sao Paulo.

Los autores estudian las varias modalidades de tratamiento clínico empleado, y más detalladamente el método del éter endovenoso y el de las inyecciones intraarteriales de Prisco y similares. Concluyen presentando sus resultados con «fellow-up».

*Adherencias, septos y válvulas de la vena iliaca primitiva izquierda y los trastornos de la circulación de retorno del miembro inferior izquierdo.* — L. J. A. DI DIO. Bello Horizonte.

El autor presenta el estudio anatómico de las particularidades normales y patológicas que hay en la vena iliaca primitiva izquierda (adherencias, septos y válvulas) relacionándolas con las perturbaciones unilaterales de la circulación venosa del miembro inferior izquierdo, así como con la eventual dificultad que puede presentarse en la obtención de flebografías de la iliaca primitiva por falta de relleno por la substancia de contraste de la luz venosa del respectivo territorio.