

INFORMACIÓN

SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE ANGIOLOGÍA

Resumen de algunas Comunicaciones

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA. — George H. HUMPHREYS y Ralph A. DETERLING.

La constricción crónica del corazón a consecuencia del engrosamiento y retracción del saco pericárdico es un síndrome clínico bien conocido. El tratamiento quirúrgico mediante la extirpación del envoltorio constrictivo puede tener un éxito dramático. No obstante, los factores que intervienen en esta enfermedad permanecen en la obscuridad en muchos casos, y el diagnóstico puede pasar inadvertido durante bastante tiempo. En algunos casos esta enfermedad se encuentra como una sorpresa de autopsia, siendo sólo entonces cuando se comprueba que al paciente le había sido negada una terapéutica posiblemente eficaz.

A causa de la experiencia de los autores en cuatro casos en los que un hemotórax crónico a consecuencia de un trauma parecía ser el único agente etiológico y a causa de la pobreza de comunicaciones sobre esta enfermedad, se ha hecho un estudio de todos los casos de pericarditis constrictiva admitidos en el Presbyterian Hospital de la ciudad de Nueva York durante los últimos veinte años. Solamente se han incluido los casos demostrados por la intervención o la autopsia. Se ha determinado en lo posible los distintos factores etiológicos y se han revisado todos los casos de pericarditis aguda para determinar en cada uno si alguno de ellos evoluciona con subsiguiente constricción del corazón.

En nuestra experiencia, se ha hallado que la pericarditis supurada piógena no ha ido seguida de constricción cardíaca significativa por fibrosis pericárdica o epicárdica. El infarto a consecuencia de enfermedad coronaria, aunque produce adherencias, tampoco ha sido asociado con la constricción. Es infrecuente, aunque de ningún modo rara, a consecuencia de pericarditis reumática; puede pasar con facilidad inadvertida cuando existe también una valvulopatía reumática. En la mayoría de los casos está asociada a la pericarditis tuberculosa y puede acompañar a un proceso tuberculoso activo o aparecer bastante después de haber desaparecido toda evidencia de actividad. Los casos de origen oscuro o indeterminado son en general atribuidos, probablemente con razón, a un proceso tuberculoso antiguo, pero también es probable que algunos de este grupo no estén relacionados con esta enfermedad. En un grupo pequeño, pero definido, la enfermedad aparece a consecuencia de un trauma, por lo general un golpe con aplastamiento sobre el esternón. Se citan demostrativas historias de casos.

ETIOLOGIC FACTORS IN CONSTRICTIVE PERICARDITIS. — George H. HUMPHREYS and Ralph A. DETERLING

Chronic cardiac constriction following thickening and contraction of the pericardial sac is a well recognized clinical syndrome. Surgical treatment, by removal of the constricting envelope, may be dramatically successful. Yet the factors which result in this condition remain obscure in many cases, and the diagnosis may be overlooked

for considerable periods. In some cases the condition is found as a surprise at autopsy, and it is only then realized that the patient has been denied possible effective therapy.

Because of the author's experience in four cases in which chronic hemothorax following trauma appeared to be the only etiologic agent and because of the paucity of reports of this condition, a study of all cases of constrictive pericarditis admitted to the Presbyterian Hospital in New York City for the last twenty years has been made. Only cases proved by operation or autopsy have been included. The varying possible etiologic factors have been determined where possible, and all cases of acute pericarditis have been reviewed in an effort to determine which, if any result in subsequent constriction of the heart.

It has been found that significant cardiac constriction due to pericardial or epicardial fibrosis or both has not followed pyogenic suppurative pericarditis in our experience. Infarction following coronary disease, though producing adhesions, has also not been associated with cardiac constriction. It is infrequent, but by no means rare, following rheumatic pericarditis and is most likely to be overlooked when rheumatic valvular disease is also present. It is most commonly associated with tuberculous pericarditis, and may accompany an active tuberculous process, or appear long after evidence of activity has subsided. Cases of obscure or undetermined origin are usually and probably correctly, attributed to an old tuberculous process, but it is also probable that some in this group are not related to this disease. In a small but definite group, the condition appears following trauma, usually a crushing blow over the sternum. Illustrative case histories are cited.

TROMBOENDARTERIECTOMIA. VALORACIÓN CLÍNICA. — Edwin J. WYLIE

Sobre una base de 50 pacientes tratados quirúrgicamente, se exponen las indicaciones de la tromboendarteriectomía en el tratamiento de la arteriosclerosis obliterante.

Los segmentos arteriales ocluidos estaban comprendidos entre la arteria renal, por arriba, y la arteria poplítea, por abajo. La trombosis de la aorta y de la ilíaca tiende a ser más circunscrita que la de la femoral y por tanto más apta para obtener un éxito con la tromboendarteriectomía. Como datos característicos del nivel alto de la oclusión se cuentan la juventud relativa de los pacientes, la vaguedad de los síntomas y la frecuencia de una fase preoclusiva con síntomas de estenosis arterial.

Se efectuó la endarteriectomía en 12 pacientes para tratar los síntomas isquémicos debidos a la estenosis arterial arteriosclerosa. Los síntomas de estenosis arterial son parecidos a los de la oclusión arterial completa; los signos varían con respecto a la presencia de un pulso arterial más fuerte acompañado de soplo sistólico audible distalmente al segmento de arteria estenosada. Se cree que la estenosis arterial de suficiente grado para producir síntomas es el paso intermediario hacia una obliteración arterial completa, y por lo tanto constituye una indicación para la endarteriectomía, cuando afecta sólo un segmento corto de una arteria de calibre.

En la selección preoperatoria de los pacientes deben obtenerse arteriografías completas de la aorta abdominal, con sus ramas, y de los vasos de las extremidades. Lo hacemos habitualmente por inyección translumbar de 50 c. c. de Urokon, obteniéndose films seriados. La estenosis arterial difusa o la oclusión arterial múltiple a diferentes niveles constituye una contraindicación para la tromboendarteriectomía.

En 34 pacientes fué efectuada con éxito la operación, desapareciendo los síntomas de isquemia y restableciéndose la pulsatilidad peritérica. Se discuten los factores que se cree han contribuido al fracaso en 16 casos de tromboendarterectomía.

THROMBO-ENDARTERECTOMY. A CLINICAL APPRAISAL — Edwin J. WYLIE

The indications for thrombo-endarterectomy in the management of arteriosclerotic arterial occlusive disease are presented on the basis of surgical experiences with 50 patients. In all cases, the occluded arterial segments were between the levels of the renal branch of the aorta superiorly and the popliteal arteries inferiorly. Thrombosis involving the aorta or iliac arteries tended to be more segmental than thrombosis in the femoral arteries and was, as a result, more amenable to successful thrombo-endarterectomy. Additional differentiating characteristics of the high level occlusions were found in the relative youth of the patients, the vagueness of the symptoms, and the frequent symptomatic pre-occlusive phase of arterial stenosis.

Endarterectomy was performed in 12 patients for the relief of ischemic symptoms due to arteriosclerotic arterial stenosis. The symptoms of arterial stenosis were observed to be similar to those of complete arterial occlusion; the signs varied in respect to the presence of a stronger arterial pulse accompanied by an audible systolic murmur distal to the narrowed arterial segment. Arterial stenosis of sufficient degree to produce symptoms is believed to be the intermediary stage in the development of total arterial occlusion and therefore constitutes an indication for endarterectomy in those cases in which the lesion involves only a short segment of a major artery.

Thorough arteriographic visualization of the abdominal aorta, its major branches, and the vessels of the lower legs is necessary in the selection of patients for operation. This has been best accomplished by the translumbar injection of 50 c. c. of Urokon and the serial exposure of 36" films. Diffuse arterial narrowing or the presence of occluded arterial segments at separated levels is believed to be a relative contra-indication to thrombo-endarterectomy.

Successful operation, as determined by the relief of ischemic symptoms and the restoration of peripheral pulses, has been performed in 34 patients. The factors believed to contribute to the failure of thrombo-endarterectomy in 16 patients are discussed.

TROMBOSIS ARTERIAL ESTENOSANTE EXPERIMENTAL. CONSIDERACIONES FISIOPATOLÓGICAS. — Henry HAIMOVICI.

Se describen los procedimientos para obtener trombosis arterial crónica estenosante y estenosis aórtica progresiva en perros, y se exponen los resultados clínicos, angiográficos, manométricos y anatomopatológicos.

La trombosis estenosante de la aorta abdominal con el trombo localizado centralmente no presenta manifestaciones remarcables excepto una sombra densa en el aortograma que revela la presencia del trombo.

La trombosis estenosante de la aorta y de una arteria ilíaca con el trombo situado periféricamente produce una disminución de la pulsatilidad, defectos de repleción en la silueta del vaso trombosado y alteraciones manométricas pronunciadas. En los casos de estenosis pronunciada aparece como característico el trazado de la curva del pulso que tiene un contorno típico en «diente de sierra».

El grado de estenosis producido por el trombo siempre es más pronunciado que lo que podrían hacer suponer los hallazgos clínicos, angiográficos y manométricos.

La estenosis arterial aguda progresiva demuestra que es necesario una reducción de un 70 por ciento de la luz arterial para que se produzca una disminución apreciable de la presión. Este grado de estenosis arterial parece ser la «límite estenosante crítico», pasada la cual se produce una reducción rápida de la misma.

Se discute la aplicación de estos hallazgos al estudio de las enfermedades arteriales en el hombre.

EXPERIMENTAL STENOSING ARTERIAL THROMBOSIS. PHYSIOPATHOLOGIC CONSIDERATIONS. — Henry HAIMOVICI.

Methods for producing chronic stenosing arterial thrombosis and acute graduated aortic stenosis in dogs are described. The resulting clinical, angiographic, manometric and pathologic data are presented.

Stenosing thrombosis of the abdominal aorta, with the thrombus centrally located, exhibit no remarkable manifestations, except for a dense shadow in the aortogram, suggesting the presence of the thrombus.

Stenosing thrombosis of the aorta and one iliac artery, with the thrombus located laterally, results in reduced pulsations, filling defects in the outline of the thrombosed vessels and pronounced manometric alterations. In the cases of pronounced stenosis, the pulse curve tracing consisting of a «sawtooth» contour appears characteristic.

The degree of stenosis induced by the thrombus is always more pronounced than the clinical, angiographic and manometric findings indicate.

Graduated acute arterial stenosis demonstrates that a reduction of the arterial lumen of about 70 % is necessary before significant reduction in pressure occurs. This degree of arterial stenosis appears to be the critical stenosing zone, beyond which sharp reductions occur.

Application of these findings to the study of arterial diseases in man is discussed.

RESECCIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL CON INJERTO ARTERIAL HOMÓLOGO. — Ormand C. JULIAN; William, S. DYE y William, J. GROVE.

La resección e injerto de la aorta abdominal es superior a los otros métodos de tratamiento de los aneurismas arteriosclerosos y de las oclusiones trombóticas de la bifurcación aórtica. Debe tomarse en consideración el factor desconocido de la evolución a largo plazo del injerto homólogo arterial. Se exponen los datos relativos a seis pacientes operados con este procedimiento y se hacen consideraciones sobre los detalles técnicos destinados a asegurar el resultado satisfactorio. En particular la forma de la anastomosis y de la manera de aplicar y retirar los «clamps» hemostáticos.

RESECTION OF THE ABDOMINAL AORTA WITH HOMOLOGOUS ARTERY GRAFT REPLACEMENT. — Ormand C. JULIAN, William S. DYE, and William J. GROVE.

Resection and grafting in major disease of the abdominal aorta is proving it's superiority to other methods of managing both arteriosclerotic aneurysm and thrombotic occlusion of the aortic bifurcation. The indications which are presented must take into

consideration the unknown factor of very long term behavior of homologous artery grafts. Data pertaining to six patients is whom this procedure has been carried out is presented, and these are considered from the standpoint of technical details, which have been developed to increase the satisfactory results. In particular, the form of anastomosis and the sequence of application and removal of the obstructing clamps are considered.

SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS INTRAABDOMINALES ESENCIALES POR OTRAS ASEQUIBLES. — E. S. HURWIT.

La propagación neoplásica a arterias intraabdominales esenciales limita a veces el intento de una adecuada cirugía del cáncer. Además, durante la operación ocurren traumatismos de tales vasos o embolias con fatales consecuencias. En tal situación emplear una arteria intraabdominal significa establecer un injerto arterial autógeno, ya sujeto a la aorta por su punto de origen. En unos cuantos perros se llevó a cabo la esplenectomía utilizando la arteria esplénica para reemplazar la hepática; la mesentérica superior, y la renal izquierda (nefrectomía derecha concomitante). Se ha utilizado la arteria renal izquierda para reemplazar la mesentérica superior, y la renal derecha para la hepática. La sobrevivencia ha demostrado en el Laboratorio la posibilidad de estos y otros procedimientos.

Se examina su aplicación a los problemas de la cirugía humana.

REPLACEMENT OF ESSENTIAL INTRA-ABDOMINAL ARTERIES BY EXPENDABLE ARTERIES. — E. S. HURWIT.

Direct involvement by neoplasm of essential intra-abdominal arteries at times limits the scope of adequate cancer surgery. In addition, trauma to such vessels at the time of operation or embolic involvement have occurred, with fatal consequences.

The use of an expendable intra-abdominal artery in such a situation constitutes utilizing an autogenous arterial graft that is already attached to the aorta at its site of origin. In a series of dogs, splenectomy has been performed with use of the splenic artery to replace the hepatic artery; the superior mesenteric artery; and the left renal artery (with concomitant right nephrectomy). The left renal artery has been used to replace the superior mesenteric, and the right renal artery to replace the hepatic. Survival studies have demonstrated the feasibility of these and other procedures in the laboratory. Their potential application to problems in human surgery is discussed.

AORTOARTERIOGRAFÍA CONSECUTIVAS. — Antonio CORRO.

Se subrayan las ventajas de la aortoarteriografía consecutivas y se describe su técnica.

Empleando un solo tubo de rayos X de ánado rotatorio se puede obtener una exposición de la aorta abdominal y cuatro o más de las extremidades inferiores completas.

Los momentos para realizar las exposiciones del abdomen y de los miembros inferiores hay que escogerlos de acuerdo con la velocidad de la sangre en las arterias y en las venas.

SERIAL AORTO-ARTERIOGRAPHY. — Antonio COITO.

The advantages of the serial aorto-arteriography are emphasized and its technique is described.

Using only one X-ray rotating anode tube it is possible to obtain one exposure of the abdominal aorta and four or more exposures of the whole lower limbs.

The moments for the exposures of the abdomen and lower limbs, as far as we are concerned, must be chosen in accordance to the speed of the blood flow in the arteries and the veins.

ESTUDIO COMPARATIVO MEDIANTE MÉTODO ELECTRÓNICO DEL EFECTO VASODILATADOR DE VARIOS MEDICAMENTOS. — Saúl S. SAMUELS

Con el pletismógrafo de Winsor se estudiaron 7 enfermos afectados de arteriosclerosis obliterante. Se emplearon los medicamentos siguientes: Hydergina, Ronicol, Ilidar y Peritrate con cubierta de nitroglicerina.

En la serie de pruebas hechas con estos medicamentos se halló un considerable aumento del volumen sanguíneo en los dedos del pie, aproximadamente media hora después de administrados. También en cada caso se apreció en los dedos de los pies elevación de la temperatura cutánea. El ensayo revela la prueba objetiva del aumento de la circulación periférica después de la administración de estos medicamentos en los enfermos arterioscleróticos. Se prosiguen los estudios con todos los preparados conocidos empleados para mejorar la circulación de las extremidades.

A COMPARATIVE STUDY BY AN ELECTRONIC METHOD OF THE VASODILATING EFFECT OF VARIOUS DRUGS. — Saul S. SAMUELS.

Plethysmographic studies of seven patients with arteriosclerosis obliterans were made with the Winsor plethysmograph. The following drugs were used: Hydergine, Ronicol, Ilidar, Peritrate with a nitroglycerine coating.

In a series of tests with these drugs it was found that a considerable increase in the blood volume in the toes was observed about one-half hour after administration of the drug. There was also a rise in skin temperature of the toes in each instance. The study shows that there is objective evidence of increased peripheral circulation following the administration of these drugs in arteriosclerotic patients. Further studies are being made with all known modalities being employed to improve circulation in the extremities.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTFLEBÍTICO, CON ULCERACIÓN, DE LA EXTREMIDAD INFERIOR. — Robert R. LINTON.

El síndrome postflebítico de la extremidad inferior, con ulceración, es una entidad nosológica reconocida desde hace muchos años. Los resultados de la terapéutica, desde el punto de vista de la curación, en general no ha mejorado mucho en las últimas dos centurias y media. Esto se debe, en parte, a la falta de comprensión de la fisiopatología básica del proceso. Se han recomendado muchas formas de tratamiento, pero

la gran mayoría sólo ha proporcionado una curación temporal de la úlcera, en el mejor de los casos. El propósito de este trabajo es describir y discutir la fisiopatología de la enfermedad y relacionarla con la patología morfológica de las venas en las extremidades inferiores.

El método de tratamiento que va a describirse consta de tres partes: la preoperatoria, la operatoria y la postoperatoria. La primera consiste en preparar la extremidad y curar la úlcera de forma que la operación pueda efectuarse con el mínimo de riesgo posible. Se describe la técnica quirúrgica, que consiste en la extirpación de las venas superficiales, interrupción del sistema venoso profundo por ligadura en la parte alta del muslo y asimismo ligadura de las venas comunicantes de la pierna por debajo de la rodilla.

Puesto que es imposible restablecer la extremidad al estado normal pretrombótico, es necesario que el paciente siga un cuidadoso régimen postoperatorio.

Finalmente se presentan los resultados obtenidos en un grupo de casos seguidos durante 3 a 5 años, con fotografías antes de la operación y al final del período de observación postoperatorio.

THE SURGICAL TREATMENT OF THE POSTPHLEBITIC SYNDROME WITH ULCERATION OF THE LOWER EXTREMITY. — Robert R. LINTON.

The postphlebitic syndrome with ulceration of the lower extremity is a disease entity which has been recognized for many years. The results of therapy in general, from the viewpoint of a cure, have not improved greatly during the last two and one half centuries. This is due in part to a lack of understanding of the basic pathological physiology of the condition. Many forms of treatment have been advocated, but the great majority, at best, have only yielded temporary improvement and healing of the ulceration. It is the purpose of this paper to describe and discuss the pathological physiology of the condition, and also to correlate it with the morphologic pathology of the veins of the lower extremity. The method of treatment, which is to be described, consists of the three parts: the preoperative, operative and postoperative. The former is to prepare the extremity and heal the ulcer so that surgery may be done with the least risk possible. The technique of the surgical procedure will be described, which consists of removing all the superficial veins of the lower leg and interruption of the deep venous circulation in the upper thigh, and also the ligation and division of the communicating veins of the lower leg below the knee. Since it is impossible to restore the extremity to its prethrombotic normal state it is necessary to outline for the patient a careful postoperative regime. This will also be described. Finally the results obtained in a group of cases followed for three to five years will be presented, with photographs before treatment was instituted and again at the end of the follow-up period.

LA CIRCULACIÓN LINFÁTICA EN EL LINFEDEMA. — J. B. KINMONTH.

Se ha estudiado de distintas formas la circulación linfática en enfermos con edema linfático.

La linfangiografía visual con colorantes y la roentgenlinfangiografía con Diodone instruyen acerca de la anatomía y fisiología. Éstas, junto con la bioquímica, se estudian en relación con el tratamiento quirúrgico.

THE LYMPHATIC CIRCULATION IN LYMPHOEDEMA. — J. B. KINMONTH

The lymphatic circulation has been studied in patients with lymphatic oedema in several ways.

Visual lymphangiography with coloured dyes and X-ray lymphangiography with diodone has given information about the anatomy and physiology. These, together with biochemical data are discussed in relation to surgical treatment.

SEGUNDO CONGRESO SUDAMERICANO DE ANGIOLOGÍA

La Sociedad Brasileña de Angiología, filial del Capítulo Sudamericano de la Sociedad Internacional de Angiología, comunica que en el mes de julio de 1954 se celebrará en S. Paulo el *Segundo Congreso Sudamericano de Angiología*.

La comisión Organizadora está compuesta por :

Presidente : RUBENS MAYALL.

Vicepresidente : MARIO DEGNI.

Primer Secretario-Tesorero : HAROLDO RODRIGUES.

Segundo Secretario-Tesorero : ARLINDO POLIZZI.

Los temas oficiales escogidos son :

1.º *Etiopatogenia de la arteriosclerosis obliterante.*

2.º *Tratamiento médico de la arteriosclerosis obliterante.*

3.º *Tratamiento quirúrgico de la arteriosclerosis.*

Los trabajos sobre temas libres deberán ser enviados a la Comisión Organizadora hasta el mes de mayo de 1954, acompañados de un resumen conteniendo un máximo de cien palabras, a fin de facilitar la elaboración y permitir la impresión del programa.

Para mayor información, solicitarla a las direcciones siguientes :

—Prof. Mario Degni, rua Dona Veridiana, 661, S. Paulo, tel. 34-4444.

—Dr. Arlindo Polizzi, rua Tupinambás, 631, 6.º, Belo Horizonte, teléfono 4-3263.

—Dr. Rubens Mayall, rua Senador Vergueiro, 73, Rio, tel. 25-4557.