

INFORMACION

IV.º CONGRESO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CIRUGÍA CARDIO-VASCULAR. Copenhague, 1955.

Presidido por sir JAMES LEARMONTH, de Edinburg, el Congreso consagró su primera jornada al tratamiento de las pericarditis crónicas. Esta cuestión fué puesta a punto por los mejores especialistas de Europa.

La segunda jornada fué consagrada a un *forum cardio-vascular*, en común con la Sociedad Internacional de Cirugía, bajo la presidencia del Profesor EVANTS A. GRAHAM, Presidente del Congreso Internacional de Cirugía.

La acogida danesa estuvo por encima de todo elogio, tanto por la organización como por la amplitud de las recepciones. Debemos agradecerla en nombre de nuestra Sociedad, en especial a los Secretarios Generales, doctores HASNER y GAMELTOFF, cuya actividad y abnegación han permitido el éxito del Congreso.

PRIMERA JORNADA, 28 JULIO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PERICARDITIS CRÓNICAS

1.) *Introducción al tratamiento de las sínfisis del pericardio.* Prof. SANTY (Lyon).

Debemos a PICK, en 1896, la descripción del síndrome clínico, y a EDMOND WEILL, en 1895, la idea de la resección quirúrgica del pericardio. Se rinde homenaje a la obra de los innovadores como DELORME, HALLOPEAU, BRAUER, promotores de la toracectomía precardiaca. El éxito de esta operación fué, no obstante, efímero. La pericardiólisis realizada por REHN y SCHMIDEN, por contra, demostró con rapidez su eficacia. En la actualidad es la operación de rutina practicada en todos los centros.

2.) *Etiología y anatomopatología de la sínfisis del pericardio.* H. MEESSEN (Düsseldorf).

Se estudia la etiología: a) sobre piezas de autopsia, 5804 autopsias entre 1950 y 1954, 369 pericarditis de las cuales 15 constrictivas; b) sobre 144 sujetos operados, 50 con pericarditis tuberculosas, 25 reumáticas, 3 traumáticas y 39 indeterminadas.

En las formas reumáticas señala no haber hallado nódulos de Aschoff en la hoja pericárdica y sí en cambio en algunos casos en el miocardio.

Bajo el punto de vista anatomopatológico, la lesión esencial es la estrechición a nivel de los ventrículos, que es menos importante a nivel de las aurículas y de los vasos aferentes.

El miocardio subyacente está esclerosado, atrófico y no presenta más que movimientos restringidos. La circulación se hace posible gracias al juego valvular.

3.) *Fisiopatología de las pericarditis crónicas.* B. KARAGEORGIS y I. PAPACOLIS (Atenas).

El síndrome de Pick tiene por causas: La adiestolia de los dos ventrículos; durante la diástole la repleción está alterada, pues ellos no pueden alcanzar un volumen suficiente. Una disminución del débito sistólico. La elevación de las presiones venosas y auricular derechas. La alta presión telediastólica del ventrículo derecho y de la arteria pulmonar, sobreviniendo aquélla sin que exista obstáculo en los ventrículos.

Estas nociones vienen confirmadas por la producción de la hernia miocárdica en el curso de la operación y la desaparición de los trastornos tras la decorticación.

Otros factores menos importantes juegan también su papel.

La constricción del corazón dificulta la contracción sistólica. Ésta no recuperará su valor más que lentamente después de la operación.

Los trastornos nutricios del miocardio debidos a la compresión de las coronarias tienen un importante papel. La desaparición de los trastornos será larga tras la operación.

Los autores rechazan el papel de un anillo indurado en la desembocadura de la vena cava. Esto será discutido por otros autores.

Los trastornos miocárdicos se siguen por el electrocardiograma. Su existencia justifica el empleo de la digitalina en la fase preoperatoria.

Teniendo en cuenta estos datos, la intervención quirúrgica debe liberar sólo los ventrículos, primero el izquierdo, para evitar el edema pulmonar. La liberación de las aurículas y de los orificios de las cavas no solamente es inútil sino peligrosa.

Segunda relación: P. H. ROSSIER y A. BUHLMANN (Zürich).

El mecanismo esencial de la asistolia consecutiva a la pericarditis se debe a la limitación de la extensión de la contracción y de la dilatación de las cavidades cardíacas. Este trastorno es en particular claro después de la diástole ventricular. La reducción de la amplitud de los movimientos cardíacos altera la relación entre el volumen de sangre residual de los ventrículos y la cantidad de sangre que los penetra en el curso de la diástole.

El cateterismo cardíaco da signos característicos de la pericarditis adhesiva: aumento de la presión en las venas cavas, en la aurícula y ventrículo derechos, elevación de la presión media en la arteria pulmonar y de la presión pulmonar capilar. La presión arterial general permanece normal.

La curva de tensión a nivel del ventrículo derecho tiene una importancia particular. Después de la pericardiectomía las curvas tensionales se normalizan.

4.) *Estudio clínico.*

Primera relación: A. CARALPS (Barcelona).

Se relacionan las diferentes causas de pericarditis crónica: Piemia, tuberculosis, reumatismo, traumatismo, tumor del pulmón, leucemia mielógena. Señala el papel jugado por la supresión de la corriente linfática pericárdica y miocárdica que obraría normalmente como lubricante.

Se revisan como mucho detalle todos los síntomas y signos electrocardiográficos.

El balistocardiograma muestra grandes ondas de principio y final de diástole.

Las formas clínicas son divididas en: edematosas, quillosas, abdominales, agudas, subagudas y prolongadas. Pueden asociarse lesiones valvulares. La insuficiencia aórtica queda compensada por la constricción.

Se analizan luego los signos radiológicos, la electroquimografía y las medidas de las presiones intracardíacas.

El diagnóstico diferencial se estudia con detalle, lo mismo que la evolución y el pronóstico. La pericarditis es una enfermedad irreversible y su pronóstico operatorio es tanto más grave si existen calcificaciones y trastornos anatómicos secundarios del pulmón, hígado y bazo.

Segunda relación: J. A. LAMELAS (Santander).

Las pericarditis con adherencias intra y extra pericárdicas se traducen por signos clínicos distintos. Se estudian igualmente las consecuencias fisiopatológicas diferentes de cada una de estas formas anatómicas.

El autor insiste sobre el valor relativo de la disminución de la pulsatilidad cardíaca: una hiperactividad pulsátil es también posible.

Al lado de los síntomas clásicos señala sensaciones dolorosas, la presencia de

cianosis, distensión de las venas del cuello, percepción de un pulso pequeño y blando y la posibilidad de arritmia completa por fibrilación auricular en un tercio de los casos.

En todos los casos ha hallado una hepatomegalia acompañada de ascitis, mientras que el edema de las extremidades inferiores era moderado. El examen cardíaco clínico y radiológico tradujo un aumento de tamaño en la mayoría de los casos.

Estudia el valor de las calcificaciones.

Sigue un amplio estudio del electrocardiograma, presiones intracardiacas y batiocardiograma.

5.) *Métodos terapéuticos.* CH. DUBOST y CL. D'ALLAINES (París).

Los autores revisan el tratamiento de las formas fibrosas y calcificadas.

Se estudian todas las vías de penetración: extrapleural izquierda, transpleural izquierda, transesternal vertical y transesternal horizontal.

Se expone a continuación las modalidades de decorticación y sus complicaciones.

La técnica operatoria escogida por los autores se basa en 62 intervenciones. Han adquirido las convicciones siguientes: Los resultados son mejores con la esternotomía, lo cual se debe a que por esta vía las cavidades derechas quedan mejor expuestas y mejor liberadas. Debe pues adoptarse esta vía. La resección de la totalidad de las lesiones permite obtener un resultado perfecto; pero la resección parcial es suficiente para obtener la curación.

En caso de *pericarditis difusa* la resección debe liberar los dos ventrículos y los surcos aurículoventriculares. La liberación de las aurículas y de las dos venas cavas no es indispensable.

Para la pericarditis constrictiva segmentaria la resección del anillo de estrangulación puede ser suficiente.

En la calidad del resultado entran en juego otros factores: el estado del miocardio, del hígado, del riñón y el general.

Salvo algunas excepciones es preciso operar pericarditis *estabilizadas*.

6.) *Indicaciones operatorias.*

Primera relación: G. CECCARELLI (Padua).

Los cuidados preoperatorios, los antibióticos y los perfeccionamientos de la técnica han extendido las limitaciones.

Las contraindicaciones esenciales son: las graves lesiones del aparato cardiovascular, del hígado, de los riñones y la tuberculosis pulmonar o de las serosas.

Es de las indicaciones *urgentes* en casos de amenaza de comprensión cardíaca, y en la mayoría de los casos la indicación quirúrgica se establece después del tratamiento de la tuberculosis durante seis a ocho meses. Para evitar la difusión, utilizar estreptomicina y P. A. S.

El autor opina que es mejor operar en fase precoz que intervenir en fase demasiado tardía.

Los resultados de 30 casos comprende: 50 % de curaciones definitas, 20 % de mejorías importantes y 30 % de mortalidad inmediata o tardía.

Segunda relación: V. STOJANOVICH (Belgrado).

Las indicaciones de tratamiento médico son raras en las pericarditis adhesivas. No deben ser examinadas más que en sujetos muy jóvenes o demasiado ancianos; sino el tratamiento médico sólo tiene un valor preoperatorio.

Se estudia con detalle la acción de los antibióticos.

Las indicaciones se examinan en función de: la etiología (todas las causas se revisan con minuciosidad en las formas adhesivas de causa desconocida); la *evolución*, insistiendo mucho sobre el valor del tratamiento preventivo y, en este aspecto, se examina el tratamiento de las pericarditis agudas con derrame. Se subraya que pueden

curarse por la intervención quirúrgica, que evita la formación de pericarditis constrictivas; y el *estado* objetivo del enfermo.

Estas indicaciones se examinan en las diferentes formas clínicas y según los signos clínicos. Una película demuestra la técnica del autor.

7.) *Resultados.*

Primera relación: H. SELLORS (Londres).

La tuberculosis es la causa, en la mayoría de los casos, de las pericarditis constrictivas. Algunas revelan afecciones piógenas crónicas.

En las consideraciones clínicas, se estudia el papel de la obstrucción de la vena cava a través de los datos del cateterismo y la angiocardiografía.

La evolución es siempre larga. La constricción apenas aparece antes de los seis meses. La organización de una cáscara fibrosa necesita de uno a dos años. La cirugía no está indicada durante este período.

El autor no tiene pruebas de la eficacia de la estreptomycinina sobre las lesiones tuberculosas del pericardio.

Aconseja la vía transpleural o la esternotomía. Los ventrículos, en especial el izquierdo, deben ser decorticados: la pericardiectomía muy limitada es capaz de proporcionar mejorías. Las operaciones iterativas se han hecho necesarias en los casos operados demasiado pronto, antes de que se haya constituido un plano de despegamiento.

El autor aporta una estadística de 67 enfermos; 13 no son tributarios de tratamiento quirúrgico (tuberculosis avanzada, metástasis pericárdicas malignas, ausencia de signos graves o edad muy avanzada); 54 enfermos han sido operados (de los que 4 necesitaron una reintervención); 6 muertes postoperatorias (insuficiencia cardíaca); señala además 3 muertes el inicio de la anestesia, una muerte por desgarró de una aurícula; 30 enfermos han tenido buen resultado; los otros se han beneficiado de ciertas mejorías.

Los buenos resultados inmediatos se traducen por una caída inmediata de la presión venosa; el hígado disminuye. El retorno a lo normal requiere algunos meses.

Los resultados lejanos están en función de la extensión de la excisión. Con la excisión completa del pericardio a nivel de los ventrículos, los resultados son satisfactorios.

La reactivación de la tuberculosis después de la intervención es rara (2 casos).

En los enfermos con calcificación es preciso temer la insuficiencia cardíaca.

En los casos buenos los resultados son espectaculares.

Segunda relación: P. SANTY, P. MARION, J. GRAVIER (Lyon).

Los autores aportan una estadística de 78 enfermos: 16 muertes postoperatorias, 5 por fibrilación, 6 por complicaciones respiratorias, 3 por supuración, uno por infarto mesentérico y otro por diarrea aguda; 6 fallecimientos ulteriores, 4 por tuberculosis, 2 por pericarditis purulentas.

La mortalidad operatoria es del 22 %, y la mortalidad global del 28,4 %. Se estudia la mortalidad en función de las formas anatómicas, de la edad, de las vías de penetración, de la etiología y del estado infeccioso.

Han sido seguidos con minuciosidad 56 supervivientes, comprendiendo: 40 curaciones, 8 mejorías definitivas y una transitoria, 4 resultados demasiado recientes y 3 enfermos sin más noticias. La curación supone el retorno a la vida activa.

De los considerados como curados, 3 han necesitado una reintervención por toracotomía derecha. Siempre se ha hallado una sínfisis residual total pero sin estricción de los orificios de las cavas.

Tercera relación: R. ZENKER (Marburg, Lahn).

Entre 69 enfermos han sido practicadas 72 resecciones del pericardio (15 por

vía extrapleural, 21 por la transpleural izquierda, 36 por la transesternal). La vía transpleural izquierda se ha mostrado la menos grave.

Es siempre muy importante liberar los dos ventrículos. También lo es liberar la aurícula derecha y la desembocadura de las venas cavas si a su nivel existe una zona callosa.

El restablecimiento de la circulación siempre es largo, pues precisa que el miocardio atrófico recupere su fuerza.

Los resultados funcionales han sido buenos en la mayoría de los casos. En los niños hay que anotar tras la operación una acción favorable sobre el desarrollo de la pubertad.

Las recidivas son raras.

En estos últimos años, las indicaciones han quedado modificadas por la aparición de los tuberculostáticos, en particular la estreptomycin.

La indicación operatoria debe tener en cuenta sobre todo los trastornos de la circulación.

La operación no se hace necesaria a pesar de calcificaciones extensas si no existen trastornos circulatorios.

Las «congestiones de abocamiento» son indicación mayor.

COMUNICACIONES

V. CICALA y colaboradores (Nápoles). *Cavografía en las pericarditis constrictivas con afectación de la vena cava inferior.*

Los autores han practicado la flebografía de la vena cava inferior demostrativa del estrechamiento selectivo de este vaso en su segmento supradiafrágmatico. La intervención confirma el diagnóstico.

A. GONIN, R. BRETTE, H. DOVON y R. FROMENT. *Evolución de las pericarditis tuberculosas en 58 observaciones personales.*

Han acudido 35 casos en el primer estadio de la afección tuberculosa. Propagación directa por ganglios en la fase primaria o propagación sanguínea en la fase de difusión hematógena.

En la mayoría de los otros casos se trataba de reviviscencias tuberculosas de ganglio mediastínico o de un foco periférico. En 6 casos se trataba de pericarditis terciaria con lesiones pulmonares.

Los antibióticos han transformado por completo el diagnóstico. Han favorecido el tratamiento de la pericarditis sinfisaria precoz. Gracias a este tratamiento la cifra de 85 % de curaciones ha sustituido a la de 80 % de mortalidad antigua en el tratamiento de la pericarditis precoces.

I. PAPO y colaboradores (Belgrado). *Experiencia sobre 45 pericardiectomías.*

Se han realizado 38 operaciones por pericarditis constrictiva, tuberculosas en el 90 % de los casos.

Los autores consideran que en toda pericarditis constrictiva con insuficiencia hemodinámica está justificada la intervención quirúrgica, debiendo realizarse en la fase inicial de constricción. En la fase aguda exudativa no es preciso intervenir más que por indicación vital.

Han utilizado sucesivamente la esternotomía media, transversal y la toracotomía izquierda.

Resultados: 3 muertes. Los demás resultados son muy buenos.

Hay que señalar que la estreptomycin de adherencias masivas intensas.

H. E. HAXTON (Manchester). *Indicación de la pericardiectomía unilateral.*

El autor cree que la resección limitada da tan buenos resultados como las más extensas. En todo caso la mortalidad es menor.

G. A. MASSON. Aporta una *estadística de 40 casos operados*. Insiste sobre el valor del cateterismo cardíaco y de la quimografía para establecer la indicación operatoria.

SEGUNDA JORNADA, 29 JULIO

SYMPOSIUM DE CIRUGÍA EN COMÚN CON LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Se efectuaron una serie de comunicaciones de actualidad referentes a la cirugía vascular periférica y cardíaca.

COMUNICACIONES SOBRE ARTERITIS.

M. URSINI (Nápoles). Aporta documentación sobre *los trastornos coronarios en las arteritis crónicas*. Señala la afectación coronaria en el 52 % de arteriosclerosis y en el 44 % de tromboangeítis.

R. MARTINO y colaboradores (Pavía). Presentan un importante trabajo sobre las *modificaciones electroencefalográficas en 50 casos de arteritis de los miembros*. De ellos 19 se mostraban normales, 8 anormales y 23 subnormales. Los casos anormales presentaban anomalías de localización unilateral.

J. GINSBURG y R. DUFF. Tratan de *los efectos circulatorios en el hombre de la clorpromazina y de la dibenzilina*. Estas drogas presentan efectos vasculares considerables de aplicación terapéutica.

P. STRICKER y colaboradores. Presentan una observación de *aneurisma de la raíz del miembro superior tratado por hemostasia temporal de la subclavia* en su origen. Una incisión entre los dos haces del esternocleidomastoideo permite la hemostasia.

R. GOTLOB. Presenta documentación sobre *la técnica y el estudio de los tiempos de circulación en la arteriografía*.

B. KIRILOV (U. R. S. S.) Presenta una *contribución importante al problema de la creación de una circulación colateral artificial*.

F. DERIU (Bari). Presenta una *película sobre el tratamiento periférico de las arteritis seniles*.

G. LEJEUNE-LEDANT, M. PETERS y F. ALBERT (Lieja). Presentan un *nuevo procedimiento simple para facilitar las suturas de los vasos*, en especial de la aorta, para evitar los accidentes por «clamping». Así han podido practicar injertos de aorta bajo circulación continua. Además aportan una comunicación sobre los *riesgos de la aortografía*.

CL. BOLLACK y L. G. HERMANN (Cincinnati). *Sustitución arterial por tubos de materias plásticas*.

A. HENDRI (Budapest). *Nuevo procedimiento para poner en evidencia la circulación colateral*.

COMUNICACIONES SOBRE CIRUGÍA VENOSA.

G. ARNULF (Lyon). Aporta un *alegato en favor de la trombectomía* en los casos de flebitis de los miembros no modificadas por el tratamiento anticoagulante.

A 9 intervenciones correspondieron 9 éxitos. La trombectomía le parece la intervención de elección en las flebitis rebeldes en el período precoz.

A. BERTELSEN y colaboradores (Copenhague). *Resultados funcional y clínico de las resecciones venosas profundas*.

I. BERGER (Arlöv). Relata su experiencia sobre el *tratamiento de las úlceras varicosas*. Son la consecuencia directa de la existencia de una vena subyacente a la úlcera con válvulas insuficientes. Preconiza la resección, así como la de las varices superficiales.

CIRUGÍA DEL CORAZÓN.

W. ARTHUR MACKEY. *Estadística de 250 valvulotomías mitrales con 14 muertes*, de las que estudia la causa. La indicación debe ser establecida con mucha minuciosidad, pues la mortalidad es tanto más importante cuando la intervención no modifica la estenosis.

F. HENNING OLESSEN (Copenhague). *Estadística sobre la evolución de 271 casos de estenosis mitral seguidos médicamente*. El tiempo de observación se extiende por término medio a unos 12 años. Se ha seguido el 100 por ciento de los enfermos: el 70 por ciento han muerto. Estudia la mortalidad en función del tipo.

Esta estadística puede servir de base para las indicaciones del tratamiento quirúrgico.

H. BADEN. *Estudio sobre la medida semicontinua de la presión en la aurícula izquierda durante la valvulotomía*. Esta presión varía constantemente durante los períodos pre y postoperatorios. El descenso de la presión tras la intervención sólo acompaña a las operaciones perfectas.

Numerosos factores pueden influir la presión de la aurícula izquierda durante la operación, pero aun queda mucho por conocer.

A. TYBJERG HENSEN y H. BADEN (Copenhague). *Miden la presión durante la operación por estenosis pulmonar en 17 adultos*. La presión ventricular queda inmodificada cuando existe intercomunicación ventricular (12 casos). En los otros casos, hay una caída de la presión en el ventrículo.

J. FABRICIUS y colaboradores. *Estudio de los resultados lejanos de 50 valvulotomías pulmonares*. Resultados excelentes, 12; mejorías, 22; y sin modificación, 16.

CIRUGÍA DE LAS COMUNICACIONES INTRACARDÍACAS.

H. G. DAVIDSEN y E. HUSFELDT. *Comunican los resultados de 27 operaciones por comunicaciones intraauriculares*. Se operaron 16 por el método de Sondergaard. Entre los operados, 3 murieron en el curso de la operación, 2 más tarde. El cateterismo postoperatorio de 9 casos no señaló efecto alguno de la operación. Otros 5 pacientes fueron operados por el método de Sondergaard modificado por Björk. El primer cateterismo demostró oclusión completa de la comunicación. En 6 operaciones efectuadas según el método de Bailey se encontró: oclusión completa, oclusión parcial o persistencia de la comunicación.

F. THERKELSEN y colaboradores. *Operaron 6 niños con comunicaciones inter-ventriculares*. Antes de la intervención los niños estaban muy enfermos. En 5 casos se efectuó la operación paliativa de Damman. Dos niños han abandonado el hospital en condiciones satisfactorias.

En un caso de 7 meses de edad, cerraron la comunicación bajo hipotermia. Tras la última sutura, el niño murió de detención cardíaca.

G. S. DONATTI, L. PERRUZZO, G. VERGA (Pavía). *Resultados experimentales sobre evolución de las transplantaciones de pericardio en las cavidades cardíacas*. El objeto es crear válvulas artificiales. En todos los casos los fragmentos de pericardio conservan la vitalidad y no constituyen causa de trombosis.

Y. OZAXA (Osaka). *Presenta una muy interesante e importante documentación sobre la cardiotoromía*.

K. DIETMANN (Bonn). *Película sobre las operaciones experimentales en el corazón abierto*.

M. BATTEZZATI y colaboradores (Turín). *Han realizado 25 experimentos de circulación extracorporal total con exclusión del corazón y pulmones* de duración entre 13 y 50 minutos en perros normotérmicos y en perros bajo los efectos de neuropléjicos.

Estas últimas experiencias han sido las más interesantes desde el punto de vista práctico, pues el 90 % de estos animales están vivos aún.

También han practicado otras experiencias durante las cuales se colocó en serie

sobre un circuito de oxigenación un sistema de refrigeración de la sangre por serpientes.

Han alcanzado una temperatura corporal extremadamente baja y una fibrilación cardíaca, pues circulación y oxigenación sanguíneas se hallaban aseguradas artificialmente.

Exponen la técnica de sus experiencias, sus resultados y algunas observaciones sobre las relaciones entre la saturación de oxígeno sanguíneo y el grado de hipotermia.

B. O. BJÖRK. Presenta una muy buena película sobre la *cateterización del corazón izquierdo por un método personal*. Así puede mostrar la forma y la fusión del orificio mitral.

V. DEMIKHOV (U. R. S. S.) Exposición sobre la *transplantación del corazón al laboratorio*.

CIRUGÍA DE LA COARTACIÓN AÓRTICA.

A. GALGAARD y H. BADEN. Han operado a dos niños de 9 y 8 meses. El primero con éxito. En el segundo existía una lesión completa.

DIVERSOS.

J. CANO-IVORA (Valence). *"Shunt" renal en cirugía experimental*.

V. CICALA y colaboradores (Nápoles). *El pulso capilar hepático en las cirrosis ascíticas*. Los autores han determinado la tensión de las venas suprahepáticas por cateterismo venoso. Las presiones se tomaron a catéter «libre» o «bloqueado».

Lo más notorio es el haber hallado relación entre la evolución y la cifra de presiones.

A. DE SOUZA-PEREIRA y colaboradores (Porto). Investigaciones sobre la *arterialización de la vena porta*. La mejoría de la circulación hepática por arterialización del sistema portal se obtiene haciendo llegar al hígado por el sistema portal una corriente de sangre arterial y determinando a nivel del órgano un régimen de vasodilatación.

Los enfermos que se han beneficiado de esta terapéutica se hallan en observación; no obstante, los resultados inmediatos son alentadores.

I. EL TORAEI. *Tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal debida a la cirrosis hepática por Bilharziosis*.

R. WANCKE. *Indicaciones y técnica de la ligadura de las arterias celiacas*.

Durante esta reunión, en Copenhague, esta Sociedad acordó nombrar Miembros titulares a los siguientes médicos españoles:

Prof. RAFAEL VARA-LÓPEZ.

Dr. MATEO GALLEGO.

Dr. FRANCISCO J. GOYANES.

Dr. JOSÉ A. LAMELAS.

G. ARNULF.

*Secretario General de la Sociedad
Europea de Cirugía Cardio-Vascular.*

«SANGRE», Nueva Revista

Bajo la dirección de los doctores C. ELÓSEGUI, de Madrid, y J. GUASCH, de Barcelona, junto a un Consejo de Redacción representativo de España, Portugal y países iberoamericanos, el 1.º de enero de este año ha hecho su aparición la nueva revista trimestral «SANGRE», única actual redactada en español dedicada en exclusiva a la biología y patología sanguíneas y a la hemoterapia.

La Redacción se halla situada en la calle Copérnico, 68, Barcelona (España).

DEPARTAMENTO DE ANGIOLOGÍA DEL INSTITUTO POLICLÍNICO

Director: Dr. Fernando Martorell

CURSO DE ANGIOLOGÍA Y ANGIOCIRUGÍA 1955-1956

Programa

1. Enfermedades de las arterias. Fisiopatología. Interrogatorio. Exploración.
2. Los principales síndromes arteriales. Síndrome isquémico agudo. (Síndrome isquémico crónico. Síndrome de Raynaud. Síndromes hiperémicos.
3. Síndrome de obliteración de la bifurcación aórtica (Síndrome de Leriche).
4. Síndrome de obliteración de los troncos supraaórticos (Síndrome de Martorell-Fabré).
5. Arteriosclerosis. Etiopatogenia.
6. Arteriosclerosis. Clínica. Arteriosclerosis obliterante. Arteriosclerosis ectasiante. Arteriosclerosis y diabetes. Calcinosis de Moenckeberg.
7. Tratamiento médico de la arteriosclerosis. Tratamiento operatorio.
8. Tromboangeítis obliterante.
9. Endarteriolitis primaria distal. Arteritis temporal. Arteritis sífilítica. Arteritis reumática. Arteritis infecciosas agudas. Periarteritis nudosa.
10. Trombosis arterial aguda. Trombosis arterial aguda en los arteriosclerosos. Trombosis arteriales primarias. Trombosis arteriales traumáticas. Trombofilia esencial.
11. Necrosis isquémica espontánea del músculo tibial anterior. Necrosis muscular isquémica por aplastamiento.
12. Embolia arterial.
13. Espasmos arteriales. Arteriospasma tromboflebítico. Arteriospasmos troncular por embolia colateral. Arteriospasma troncular por microembolias. Arteriospasma ergotínico. Arteriospasma segmentario traumático.
14. Enfermedad de Raynaud. Enfermedad de las máquinas vibratorias. Esclerodermia, esclerodactilia yacroesclerosis.
15. Acrocianosis. Livedo reticularis. Acrodinia infantil. Hiperhidrosis esencial.
16. Angiocriopatías. Perniosis aguda. Perniosis crónica. Isquemias por crioaglutininas sanguíneas. Isquemias por hipercrioglobulinemia. Edema angiocrioneurótico.
17. Acroparestesia. Calambres nocturnos de las piernas. Eritromelalgia. Acromelalgia.
18. Causalgia. Síndrome hiperémico postraumático. Distrofia simpática refleja. Síndrome hombro-mano.
19. Síndrome del escaleno anterior y costilla cervical. Síndrome de hiperabducción. Arteritis por muletas.
20. Enfermedades vasculares nodulares de las piernas. Eritema indurado de Bazin. Vasculitis nodular. Eritrocianosis supramaleolar. Perniosis crónica. Paniculitis recidivante febril no supurada. Eritema nudoso.
21. Síndrome de seno carotídeo. Carotidinia.
22. Tumores vasculares. Hemangiomas. Hemangioma simple. Hemangioma cavernoso. Hemangioma racemoso. Hemangioendotelioma. Hemangiosarcoma. Angioendotelioma óseo.
23. Hemangioma venoso. Angioma comunicante extracraneal. Flebectasia yugular genuina. Quiste sanguíneo del cuello.
24. Hemangiomatosis. Hemangiomatosis hemorrágica familiar. Hemangiomatosis neurocutáneas. Angiomatosis de Kaposi. Hemangiomatosis braquial osteolítica.
25. Linfangiomas. Hemolinfangiomas. Linfangiosarcomas postmastectomía. Linfadenocle.

26. Glomangiomas. Angioleiomiomas. Tumores de la pared de los grandes vasos. Angioma hiperplásico. Angiokeratoma.
27. Aneurismas. Aneurisma arterial. Aneurismas micóticos. Aneurismas de la aorta torácica. Aneurisma de la aorta abdominal. Aneurismas poplíteos.
28. Aneurisma disecante de la aorta.
29. Fístulas arteriovenosas.
30. Traumatología arterial. Contusión arterial. Compresión arterial. Sección completa. Sección incompleta. Abertura arteriovenosa.
31. La parálisis isquémica de Volkman. El Volkman de los hemofílicos.
32. Congelación. Pie de inmersión. Pie de trinchera.
33. Los accidentes vasculares de la endocarditis.
34. Acronecrosis simétrica aguda (Gangrena simétrica de los miembros, poligangrena aguda simétrica). Gangrenas masivas de los miembros en el lactante.
35. Enfermedades de las venas. Generalidades sobre circulación venosa.
36. Varices. Varices esenciales. Varices por comunicaciones arteriovenosas. Varices postflebiticas. Varices postligadura.
37. Klippel-Trenaunay. Síndrome de Maffucci.
38. Trombosis venosa. Conceptos generales.
39. Tromboflebitis del sistema superficial. Tromboflebitis migratoria. Tromboflebitis del sistema profundo de la pantorrilla. Tromboflebitis fémoro-ilíaca.
40. Trombosis de la pierna consecutiva a la rotura espontánea de las venas musculares de la pantorrilla.
41. Trombosis de la vena cava inferior.
42. Síndrome posttrombótico.
43. Síndrome de la vena cava superior.
44. La trombosis de los asistólicos. Trombosis primaria axilosubclavia. Trombosis de las venas superficiales de la pared torácica (Enfermedad de Mondor).
45. Trombosis postoperatoria. Trombosis obstétrica. Trombosis médicas. Trombosis de los cancerosos. Trombosis espontáneas.
46. Tromboflebitis sépticas. Tromboflebitis gangrenantes. Trombosis de los amputados.
47. Accidentes vasculares de las cardiopatías descompensadas.
48. Accidentes vasculares de la poliglobulia.
49. Enfermedades de los linfáticos. Fisiopatología de la circulación linfática. Linfoparaganglio.
50. Linfangitis aguda. Linfangitis y erisipelas recurrente.
51. Linfedema. Linfedema congénito. Linfedema esencial. Linfedemas secundarios. Elefantiasis.
52. Ulceras flebotómicas de las piernas.
53. Ulceras isquémicas de las piernas.
54. Ulceras neurotróficas de las piernas.
55. Edema crónico de las piernas. Flebedema. Linfedema. Fibredema. Mixedema. Lipedema.
56. Alteraciones de la circulación venosa en las vísceras del abdomen.
57. Alteraciones de la circulación arterial en las vísceras del abdomen.
58. Hipertensión portal.
59. Hipertensión arterial. Hipertensión arterial sistomática.
60. Hipertensión arterial esencial.
61. Síndrome hipertensión-arteriosclerosis.
62. Accidentes vasculares cerebrales. Hemorragia. Trombosis. Embolia.
63. Secuelas de los accidentes vasculares cerebrales. Trastornos vasomotores.
64. Los anticoagulantes en terapéutica vascular.

65. Angiografía. Aortografía. Cavografía. Varicografía. Flebografía. Linfocromía y Linfografía.
66. Cirugía de las arterias. Ligadura. Sutura arterial. Anastomosis arteriovenosas. Embolectomía. Arteriectomía. Endarteriectomía. Injertos arteriales.
67. Cirugía del simpático. Infiltraciones novocaínicas. Simpatectomía. Simpatectomía lumbar. Simpatectomía tóraco-lumbar.
68. Cirugía de las venas. Tratamiento operatorio de las varices. Tratamiento operatorio de la trombosis venosa.
69. Técnica de los injertos cutáneos.
70. Tratamiento quirúrgico de la angina de pecho.



SERVICIO DE EXTRACTOS MÉDICOS INTERNACIONALES

EXCERPTA MEDICA

Diecisiete fascículos mensuales conteniendo en forma de revistas de cada especialidad los extractos en inglés de cada periódico médico del mundo, abarcando todo lo que se publica referente a la medicina clínica y experimental

Escriba pidiendo un prospecto o un número de muestra mencionando su especialidad

LIBRERIA HERDER, CALLE BALMES, 26, BARCELONA

Unicos distribuidores para España y Zona del Protectorado