

INFORMACIÓN

VI.^a REUNION DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CIRUGIA CARDIO-VASCULAR

TORINO, 2-3 junio 1957

El *Symposium de la Sociedad Europea de Cirugía Cardio-Vascular* se celebró en Torino, los días 2 y 3 de junio de 1957, en el «Palais des Expositions», bajo la Presidencia del Profesor A. M. DOGLIOTTI.

Esta reunión tuvo lugar encuadrada en las III Reuniones Médico Quirúrgicas Internacionales de Torino, que este año han tenido una amplitud particular, puesto que comprendían 52 secciones.

La cirugía cardio-vascular ha ocupado en particular un lugar de honor. Las Jornadas se han continuado con un *Forum de Cardiocirugía* el 4 de junio y una notable exposición de aparatos de circulación extracorpórea. La demostración se efectuó sobre el animal en la Clínica Quirúrgica del Profesor DOGLIOTTI. El aparato de Ch. DUBOST ha sido uno de los más notables a causa de su eficacia y de su relativa simplicidad.

PRIMERA JORNADA.

EMBOLIAS Y OCLUSIONES ARTERIALES AGUDAS PERIFÉRICAS.

Introducción. R. FONTAINE (Strasbourg). La etiología de las embolias arteriales revela en el 80-90 % de los casos lesiones cardíacas. El resto corresponde a lesiones arteriales suprayacentes o más rara vez a embolias paradójicas en el curso de flebitis.

La estadística del autor comprende 109 embolias entre 85 enfermos. La mayoría procedían de una estenosis mitral, los otros de aneurismas o ateroma. Del 10 al 15 % la causa no era aparente. A este grupo hay que añadir algunas embolias arteriales postoperatorias.

El *diagnóstico* se establece: 1.º con trombosis agudas de los arteríticos de mal pronóstico; 2.º con las embolias surgidas «in loco» en el curso de enfermedades infecciosas de evolución rápida y muy sombría; 3.º con las obliteraciones de tipo alérgico; 4.º en cuanto a las embolias «in situ» descritas por ISELIN y HEIM DE BALSAC corresponden a las obliteraciones bruscas por trombo, pero de causa desconocida.

La *arteriografía* es un elemento capital para el diagnóstico. La imagen de interrupción en cúpula en arterias sanas es característica (FONTAINE, 1934) Por el contrario, las trombosis dan una imagen en «colada» acompañada de afectación de los vasos por debajo de la zona obliterada.

Manifestaciones clínicas: Fuera de los casos típicos no existen siempre signos completos de obliteración. Estos signos pueden estar atenuados.

Tratamiento: Las bases del tratamiento ya fueron fijadas antes de la guerra por FUNCK-BRENTANO y FIOLE, quienes llegaron a la conclusión de la necesidad de la embolectomía precoz. Hoy día este principio ha sido discutido a causa del empleo de heparina.

La estadística del autor comprende 26 casos tratados médicamente, de los cuales 9 antes de las diez horas y 17 después. Hubo 20 miembros conservados, 2 amputaciones secundarias y 4 muertos, pero ninguna repermeabilización. La mayor parte de estos enfermos presentaban al principio un síndrome de obliteración parcial con una isquemia atenuada.

La embolectomía se ha practicado en el grupo más grave. En 34 operados antes de las diez horas: 4 muertos por cardiopatías; sólo 7 quedaron sin permeabilización. En 32 operados después de las diez horas: 7 no permeables y 15 amputaciones; 4 muertos por cardiopatías.

Han sido vistos muy tardíamente 13 enfermos. En estos enfermos se practicaron simpatectomías o anastomosis arteriovenosas.

Conclusión: La indicación de elección es la embolectomía antes de las diez horas, sobre todo si existen signos de isquemia aguda. El tratamiento médico no puede intentarse más que si los signos de isquemia son atenuados. Por último, en la actualidad, podemos actuar sobre la causa de la trombosis tratando la estenosis mitral y extrayendo los coágulos auriculares (se practicaron 8 comisurotomías) o tratando el aneurisma.

Fisiopatología general de las embolias arteriales de los miembros. L. LANGERON (Lille). Tras un recuerdo histórico revisa los medios para estudiar la embolia: trastornos isquémicos, arteriografía y evolución. La experimentación animal es muy difícil. En el perro, en particular, las gangrenas postembólicas son raras, lo mismo que los fenómenos espasmódicos.

Origen de la embolia: Fuera de casos excepcionales de parásitos y cuerpos extraños, el coágulo nace en el corazón izquierdo, sea de una lesión valvular sea de una endocarditis parietal. No existen signos premonitorios evidentes, pero debe temerse la embolia en presencia insuficiencia cardíaca y endocarditis.

Lugar de detención: La embolia se detiene por lo habitual en un lugar determinado, sobre todo en las bifurcaciones. Los desplazamientos sucesivos son excepcionales. El lugar de detención corresponde con frecuencia a una zona de espasmo, a una placa de ateroma o a una lesión parietal.

Terapéutica: Antes de las diez horas, cuando no existe lesión arterial, la indicación operatoria es formal. El diagnóstico debe establecerse con la isquemia aguda por espasmo. Pasadas las diez horas, la pared está afectada y la trombosis se ha extendido. Ocurre una arteritis secundaria, la íntima se exfolia, la limitante elástica interna se rompe, la adventicia se infiltra. Después la zona obstruida se esclerosa, originando una irritación simpática. La trombosis evoluciona por debajo de la embolia, pero a veces lo hace por encima. Bloqueando así las colaterales.

La extensión de la trombosis desencadena trastornos hemodinámicos, espasmos, alteraciones parietales y puede acompañarse de lesiones venosas de vecindad. Así, pues, transcurridas diez horas, la embolectomía casi apenas

está indicada. Hay que actuar en especial sobre la circulación colateral. En ciertos casos el émbolo puede presentar un determinado grado de recanalización.

El autor concluye que existen dos fases en la evolución de la embolia: la primera, mecánica, antes de las diez horas, cuando la embolectomía lo puede todo; y una segunda, transcurridas las diez horas, donde a causa de la trombosis, alteraciones parietales y reflejos vasoconstrictores, la embolectomía ya no es posible.

Fisiopatología. H. HAXTON (Manchester). Rechaza la teoría del espasmo reflejo como explicación de la isquemia inicial que sigue a la obliteración de una arteria principal. Según él los hechos la hacen insostenible. La isquemia más bien es el reflejo de la estrechez de los vasos colaterales y de la débil tensión arterial que existe.

A continuación estudia el mecanismo de la dilatación de los vasos colaterales. De las explicaciones distintas emitidas con anterioridad, la más aceptable parece ser la de THOMAS. Los vasos al principio se dilatan y luego aumentan su volumen por el incremento del flujo sanguíneo.

Las simpatectomías provocan la dilatación de los vasos colaterales, suprimiendo aparentemente el tono vasoconstrictor normal. El beneficio conseguido por la simpatectomía precoz se pierde transcurridos varios meses.

Parece racional relajar el tono vasoconstrictor por el calor en los primeros estadios con un bloqueo arterial, y retardar la simpatectomía aproximadamente tres meses.

Estudia el mecanismo del espasmo arterial traumático, llegando a la evidencia de una contracción muscular autónoma sin intervención alguna de fibras nerviosas. Estudia el papel de las glándulas suprarrenales en el espasmo causal y no parece que tengan importancia en el espasmo arterial.

Estudio clínico. A. DIMITZA (Zürich). Recuerda que el 95 % de las embolias tienen un principio agudo. Su evolución viene dominada por la presencia de la embolia y de la trombosis. Insiste sobre el diagnóstico entre embolia y trombosis aguda.

Existen embolias sin sintomatología característica, debido ya a una obliteración incompleta, ya a reflejos limitados, ya a microembolias. Su estudio se basa sobre una estadística personal que comprende 137 isquemias agudas, de ellas 31 embolias, 60 arteriosclerosis, 33 endangeítis y 4 postoperatorias. Localización: del 30-40 % de los casos afecta la femoral, del 17-18 % las arterias de la pelvis y del 10-11 % la poplítea.

El diagnóstico de localización puede hacerse clínicamente por la ausencia del pulso y de oscilaciones, por arteriografía que muestra la imagen en cúpula; luego, los clisés son más difíciles de interpretar. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la tromboflebitis y el arteriospasma.

El pronóstico depende de la localización, de los trastornos vasomotores y del estado anterior de las arterias. La evolución es, con frecuencia, imprevisible debido a la extensión de la trombosis, y el pronóstico vital depende del estado cardíaco. El autor insiste en que las embolias sean remitidas

precozmente a un cirujano, antes de las diez horas. En su práctica personal, solamente 8 entre 31 han sido vistas en este plazo.

Tratamiento médico y quirúrgico: F. CARCASSONNE (Marsella). El tratamiento médico se basa en el hecho de que la recuperación espontánea es posible en ciertos casos. Se utiliza bajo el punto de vista médico las infiltraciones simpáticas, los antiespasmódicos y los anticoagulantes.

El tratamiento médico debe reservarse para los casos muy graves o para las obliteraciones periféricas bien toleradas. Para las obliteraciones de la bifurcación aórtica propone tratamiento médico durante unas horas: si mejora, esperar; sino, intervenir. Como el estado general es con frecuencia muy grave, puede intentarse el tratamiento médico. Su estadística, con 6 embolias de la bifurcación, comprende 2 operados con 2 muertes y 4 no operados con supervivencias. El tratamiento médico es además un tratamiento de gran valor para ensayar en las primeras horas o se reserva para las embolias atendidas tardíamente.

Fuera de estas excepciones el tratamiento quirúrgico es la regla. El método es la embolectomía. Debe practicarse por una vía amplia. Para la bifurcación aórtica o ilíaca el autor preconiza la vía transperitoneal que permite un acceso fácil y, eventualmente, una acción sobre el simpático.

En cuanto a la arteriotomía, debe hacerse habitualmente sobre la embolia, pero a veces a distancia puede ser menos chocante.

La heparinización es muy peligrosa en las primeras horas.

La endarteriectomía puede ser provechosa en período avanzado y debe reservarse sólo para los grandes vasos, pues el peligro de trombosis secundaria es evidente.

La arteriectomía de Leriche se dirige a los casos en que el endotelio está alterado, sobre todo transcurridas diez horas. Por otra parte puede completarse con un injerto.

Los «shunts» arteriovenosos carecen de valor.

La simpatectomía lumbar siempre es una valiosa ayuda, en especial en el período tardío.

La indicación de elección es la embolectomía, la mejor si las condiciones generales y locales lo permiten.

COMUNICACIONES Y DISCUSIONES.

L. SOLTESZ, L. BOEROCZ, E. SZABO y A. ALMOS (Budapest). Proponen una nueva técnica para la embolectomía. Resultados entre 7 casos: 6 curaciones y 1 amputación, en embolias de la femoral operadas de dicho modo. Consiste en aislar una arteria colateral y practicar la embolectomía a distancia por aspiración e hiperpresión. La intervención va seguida de una perfusión intraarterial heparinada y de infiltraciones simpáticas prolongadas.

A. PASANISI y G. A. RICCI (Roma). Exponen 6 casos de embolia de aorta postcomisurotomía mitral. Han obtenido resultados perfectos con la embolectomía, gracias a la precocidad del diagnóstico y de la intervención.

R. GOTTLIEB (Viena). Da sus resultados experimentales y clínicos del tratamiento repetido de inyecciones arteriales de estreptoquinasa en las trombosis venosas y arteriales y en las embolias arteriales. Consigue una buena fibrinólisis local que permite, sobre todo, prevenir una nueva obliteración después de la intervención.

E. TANTINI y G. BESA (Verona). Presentan sus resultados con embolectomías: 6 femoral, uno poplítea y uno aorta. Resaltan los detalles técnicos y discuten las indicaciones de la embolectomía en función del tiempo.

G. ARNULF (Lyon). Llama la atención sobre ciertos aspectos atípicos de la arteriografía: imágenes lineares, aspectos particulares de la bifurcación de la femoral superficial en su origen.

Estudio arteriográfico del restablecimiento de la circulación arterial con documentación sobre la evolución de la trombosis hacia arriba y hacia abajo. Puede ser muy precoz en las primeras horas. La embolectomía es el tratamiento de elección. Por desgracia las embolias son remitidas con frecuencia tardíamente; sin embargo, pueden obtenerse los buenos resultados de la embolectomía si se han utilizado anticoagulantes de modo regular. En el período secundario, la endarteriectomía permite extirpar el émbolo con el endotelio lesionado.

P. WERTHEIMER y J. SAUTOT (Lyon). Aportan consideraciones clínicas y terapéuticas sobre las obliteraciones arteriales agudas (35 casos con intervenciones directas sobre la arteria). El diagnóstico de embolia puede hacerse incluso en ausencia de causas evidentes. Preconizan la embolectomía retrógrada que es más cómoda y menos traumatizante, y sobre todo porque permite atacar directamente la trombosis secundaria, lo que tiene mucha importancia para la calidad del resultado.

S. CURRO, A. VALENTE y G. PARANO (Catania). Estudio electroforético de las proteínas plasmáticas en las arteriopatías periféricas crónicas. Resultados de las investigaciones efectuadas en 76 arteriopatías.

W. RICHTER (Bonn). Aporta observaciones de aneurismas aórticos tratados por exéresis e injerto (3 casos operados sin dificultad): uno de la aorta ascendente con sutura lateral, otro de la bifurcación aórtica con resección y sutura, y otro de la bifurcación aórtica con injerto aortoiliaco.

A. ASCIONE, A. CONTI y G. NIGRO (Nápoles). Aportan y discuten los resultados terapéuticos obtenidos por la teofilinización en 15 arteriopatías.

L. LISCHT (Münich). Presenta 4 arteriografías de embolia del antebrazo. La aparición de signos clínicos de embolia es rara en este sector, a causa de la importante red colateral y de numerosas anastomosis.

R. MIMRAN y M. PÉLISSIER (Montpellier). Efectúan una revisión de los métodos de cateterismo aórtico por vía femoral y discuten el método percutáneo de Seldinger. Exponen sus resultados, con las ventajas e inconvenientes del método. Presentación de material arteriográfico interesante.

V. STOYANOVITCH y VISILIGEVITCH (Belgrado). Aportan una estadística de 22 casos de trombosis aguda con 12 embolias, 8 trombosis agudas y 2 flebitis cerúleas. El diagnóstico clínico es con gran frecuencia insuficiente. La arteriografía no aporta más que documentación complementaria.

T. HIERTONN (Estocolmo) Relata 3 casos de obliteración de la poplítea tratados por resección seguida de injerto.

A. ACTIS DATO (Torino). Expone los resultados de trabajos experimentales sobre embolias postoperatorias de comisurotomías mitrales. Entre 1000 operados: 10 embolias cerebrales, 4 periféricas, 3 renales o mesentéricas. 2 oclusiones del ostium mitral, con 6 muertes. Sin embolias tardías en los operados (3 a 6 años de control).

M. PRATESI (Italia). Aconseja la acetilcolina en inyecciones masivas.

CONCLUSIÓN. — R. FONTAINE (Strasbourg). En la fisiopatología el autor discute las ideas de HAXTON y no acepta su concepto puramente hemodinámico de la isquemia en las embolias. Con L. LANGERON admite el concepto de LERICHE que hace intervenir una acción refleja local.

Insiste sobre el papel del espasmo vascular y señala un reciente descubrimiento realizado en su servicio de una red de conducción a lo largo del endotelio. En las trombosis antiguas, existen nervios neoformados de donde puede partir el espasmo.

Estas ideas «lerichianas» vienen subrayadas por el hecho de que una simple ligadura no provoca trastornos reflejos mientras que una embolia en el mismo lugar se acompaña de isquemia aguda.

Desde el punto de vista físico-químico, asigna una gran importancia al aspecto electroforético de la sangre cuya imagen es diferente en el curso de las trombosis arteriales y venosas por ejemplo.

Desde el punto de vista anatomopatológico, subraya el común acuerdo sobre el papel capital de la trombosis secundaria y sobre el aspecto particular de las isquemias agudas de las arteritis.

Desde el punto de vista terapéutico, la embolectomía precoz sigue siendo el procedimiento de elección.

El tratamiento médico sólo se reservará para los enfermos con estado general demasiado grave («intocables»).

El dogma continúa siendo, pues, operar sin retraso incluso las embolias de la bifurcación aórtica.

En cuanto al tratamiento de las trombosis agudas de las arteritis debe disociarse con claridad del de las embolias. Las trombosis tienen una evolución mucho más grave.

Entre 287 casos vistos en 10 años 45 % han terminado con la amputación a pesar de las terapéuticas empleadas: desobliteraciones, arteriectomías, injertos, y sólo el 21 % han conservado una arteria permeable; mientras en las embolias la embolectomía ha dado un 75 % de arterias permeables.

G. ARNULF

SEGUNDA JORNADA.

FISIOPATOLOGÍA Y ASPECTOS QUIRÚRGICOS DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR.

Introducción. P. SANTY (Lyon). El hecho de dedicar toda una aportación a un síndrome «puramente manométrico» demuestra con claridad la evolución de las modalidades de estudio de las enfermedades. Clara expresión

del paso de la fase «anatomopatológica» a la fase «fisiopatológica». Exposición de las causas principales y de los diferentes tipos de hipertensión pulmonar.

La hipertensión pulmonar en las malformaciones cardíacas congénitas. L. CONDORELLI (Roma). Sobre bases esenciales que demuestran el conocimiento aún mínimo del tema, aborda la cuestión fisiopatológica que él personalmente ha estudiado a fondo.

Después trata por separado la hipertensión pulmonar con las persistencias de comunicaciones arteriales y ventriculares y de los casos de persistencia del canal arterial, discutiendo las bases fisiopatológicas. Por último, muestra algunos elementos patológicos secundarios, tal la poliglobulia, etc.

Clínica de la hipertensión pulmonar en las malformaciones cardíacas congénitas. E. HUSFELDT (Copenhague). Tras una breve nota de fisiología y embriología divide en dos grandes grupos las malformaciones asociadas a la hipertensión pulmonar:

—comunicaciones anormales (hipertensión pulmonar arterial, presión venosa y capilar normales).

—obstrucciones del ciclo pulmonar (hipertensión arterial, venosa y capilar).

Bajo el punto de vista funcional los enfermos pueden dividirse en tres grupos: «shunts» arteriovenosos; amplias comunicaciones entre los grandes vasos y los ventrículos; lesiones del corazón izquierdo.

Expone los signos clínicos, afronta la cuestión fisiopatológica pre y postoperatoria de los diferentes grupos y concluye afirmando que es sólo considerando cada intervención quirúrgica como una experiencia de fisiopatología y analizándola clínicamente y con los medios de laboratorio que se llega a comprender mejor el problema de la hipertensión pulmonar.

La hipertensión pulmonar en la estenosis mitral. A. ENJALBERT (Toulouse). Expone un importante estudio basado en investigaciones clínicas, electrocardiográficas, radiográficas y manométricas. Según su experiencia el estudio radiológico es el método clínico que mejor permite poner en evidencia y valorizar la hipertensión pulmonar del mitral. En la mayoría de los casos la exploración es suficiente. El cateterismo se torna indispensable cuando hay una clara discordancia entre la radiografía y el electrocardiograma y entre la radiografía y los signos funcionales.

Bases de la terapéutica quirúrgica de la hipertensión pulmonar. V. VALDONI (Roma). La cirugía de la hipertensión pulmonar se propone lo siguiente: 1º, regresión de un estado hipertensivo agudo; 2º, eliminación preventiva de las causas favorecedoras.

La terapéutica quirúrgica de la hipertensión pulmonar se basa:

- 1.º Sobre el reconocimiento preciso de las causas y su valoración.
- 2.º Sobre la reversibilidad de la condición hipertensiva.
- 3.º Sobre la elección de las técnicas operatorias.

Presenta una clasificación de las causas de la hipertensión pulmonar, ilustra y discute las pruebas funcionales propias para establecer la reversibilidad del estado hipertensivo. Examina las ventajas de diferentes técnicas operatorias aplicables a los diferentes cuadros de la enfermedad y

considera los problemas inherentes a las intervenciones en corazón abierto bajo hipotermia o con ayuda del aparato de circulación extracorpórea.

Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas de la hipertensión pulmonar. T. HOLMES SELLORS (Londres). Actualización de la hipertensión pulmonar desde el punto de vista fisiopatológico y subdivisión en:

Hipertensión pasiva;
Hipertensión por sobreflujo;
Hipertensión por vasoconstricción;
Hipertensión por obliteración.

La intervención juega un gran papel en el tratamiento de la hipertensión pasiva, en tanto que en la hipertensión activa puede detener la progresión pero no se halla en condiciones de tornar reversibles las modificaciones ocurridas en la resistencia vascular. Examina los medios de estudio y de investigación. Por último, considera las posibilidades quirúrgicas de las diferentes afecciones o malformaciones capaces de provocar la hipertensión pulmonar.

COMUNICACIONES.

J. KUDASZ (Budapest). Presenta un catéter cardíaco de su invención provisto de una lengüeta radioopaca flexible que guía el catéter según la corriente sanguínea, muy útil para la localización y el diagnóstico de los «shunts».

S. TAGLIACCOZZO y A. PASANISI (Roma). Comunican una parte de las investigaciones emprendidas desde hace tiempo sobre hipertensión pulmonar. Han observado, experimentalmente, una clara acción hipotensora ocasionada por los gangliopléjicos en el caso de hipertensión pulmonar por embolia pulmonar. Ponen también en evidencia la clara acción preventiva de los medicamentos sobre la hipertensión pulmonar del mismo tipo.

F. C. SALAMONE y R. CACCIOLA (Catania). Aportan las investigaciones clínicas efectuadas durante el cateterismo de la arteria pulmonar en tórax abierto o durante una operación con o sin bloqueo del vago.

P. MARION y G. GRAVIER (Lyon). La hipertensión pulmonar venosa es la mejor indicación de la comisurotomía mitral, mientras que la hipertensión pulmonar arterial crea problemas particulares y puede ser responsable de un cierto número de fracasos de la comisurotomía. Discuten las causas y luego la importancia de la «serotonina» en la génesis de las lesiones arteriales de la pequeña circulación.

C. CECCARELLI y C. A. CARLON (Padova). Discuten la posibilidad e incidencia de la estenosis asociada de dos válvulas (3 casos entre 100 en la estadística de la Clínica Chirúrgica di Padova), y después el diagnóstico y las indicaciones operatorias. Describen la técnica empleada y exponen el tratamiento pre y postoperatorio.

J. C. DA COSTA y A. DE SOUSA (Lisboa). Después de demostrar con evidencia el gran valor de la esplenoportografía en el estudio de la semio-

logía portal, actualizan un método de estudio que explota la quimografía efectuada al final de la portografía. Por este método han obtenido datos de gran interés en el estudio de la dinámica portal.

W. BROSS, A. KLISIECKI, P. NOWACKI, S. KOCZOROWSKY, S. TOPINSKI y A. ARÓNSKI (Wrocław, Varsovia). Sus investigaciones experimentales ponen en evidencia que la fibrilación se ve acompañada de un descenso de la temperatura intracardiaca, mientras que las corrientes de defibrilación demuestran un aumento gradual y proporcional de aquélla.

W. BROSS, H. y Z. KOWARZYKOWIE y A. KUSTRZYCKI (Wrocław). Describen un nuevo método de investigación vectocardiográfico actualizado por ellos y basado en los principios de la geometría descriptiva.

L. MANTEUFFEL-SZOEGE y T. GONTA (Varsovia). Exponen los resultados de las investigaciones de fisiología cardíaca destinadas a poner en evidencia y a coordinar la acción de las diferentes funciones mecánicas del corazón. Comparan la función cardíaca a la de una bomba hidráulica.

R. DE MARTINI (Génova). Por el estudio sistemático de las angiografías y por su relación con los datos de presiones pulmonares obtenidos por cateterismo ha podido establecer una clasificación de datos angiográficos coestimulación a diversos niveles de presión en condiciones basales y bajo estimulación medicamentosa. Describe sus observaciones con una cuidada documentación.

P. SANTY

III CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE ANGIOLOGIA

Durante los días 18 al 21 de octubre de 1957 tuvo lugar en Atlantic City, Estados Unidos, el III Congreso Internacional de la Sociedad Internacional de Angiología, bajo la Presidencia del Profesor A. MARIO DOGLIOTTI.

Las Sesiones Científicas comprendieron cuatro Symposiums y un Forum de Angiología.

Los temas tratados fueron los siguientes:

SYMPOSIUM SOBRE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

1. — MARCEL VASTESAEGER, de Bruselas (Bélgica), discutió la fisiopatología de las anastomosis coronarias. Según su experiencia, basada en 250 casos, la frecuencia de los canales de comunicación no es mucho mayor en los individuos que mueren de enfermedad coronaria que en aquellos con corazón normal. Pero el calibre de las anastomosis parece ser mayor en los individuos enfermos. En los casos de estrechamiento progresivo de un gran tronco, la circulación colateral se ha mostrado a menudo suficiente para prevenir el infarto de miocardio

2. — ARTHUR M. MASTER y HARRY L. JAFFE, Nueva York (Estados Unidos), presentan un estudio sobre la evolución clínica de la enfermedad coronaria. Este estudio está basado en el análisis de 150 pacientes con angina de pecho debida a enfermedad coronaria y 600 enfermos con oclusión coronaria. En un pequeño porcentaje con pacientes con angina de pecho, el dolor cede espontáneamente, mientras en la mayoría persiste indefinidamente. En enfermos con trombosis coronaria aguda hay recuperación funcional completa en un 40 % y en otro 10 %, la recuperación es incompleta y el paciente aqueja distintos grados de dolor anginoso. La duración media de la vida después de la trombosis coronaria es de 8 a 10 años.

3. — ANDRÉ GONIN, Lyon (Francia), revisó el tratamiento médico de las oclusiones coronarias, basado en el estudio de 2 160 casos observados por el autor y R. FROMENT de Lyon. El autor señala que bajo tratamiento médico el promedio de supervivencia de pacientes con enfermedad coronaria es alto.

4. — GEORGES ARNULF, Lyon (Francia), presentó su experiencia con la cirugía del sistema nervioso simpático en la enfermedad coronaria. Después de una extensa revisión de los tipos corrientes de cirugía simpática, el autor analiza una serie de 76 pacientes tratados con su método personal de resección de los plexos pre y subaórticos o con la infiltración procainica de los mismos. El autor es partidario del último procedimiento dada su simplicidad y su eficacia.

5. — SAMUEL A. THOMPSON, Nueva York (Estados Unidos), revisó los resultados del tratamiento de la enfermedad coronaria mediante la producción de una irritación permanente de la superficie del miocardio. Su análisis se basó en 350 pacientes, ninguno de los cuales padecía cualquier disfunción miocárdica o evidencia de pericarditis constrictiva como resultado de la cardiopexia durante un período de 19 años. El 50 % de ellos mejoraron y fueron considerados como fracasos del tratamiento médico antes de la intervención.

6. — ARTHUR VINEBERG, Montreal (Canadá), revisó el problema de las anastomosis vasculares basado en su experiencia personal de 12 años. De sus datos concluye que la implantación de la arteria mamaria interna protege contra la isquemia artificial del corazón en animales. En la implantación de la arteria mamaria en el hombre, un 82 % de los enfermos volvieron al trabajo y un 78 %, mostraron una marcada mejoría de sus síntomas.

7. — CHARLES P. BAILEY, Filadelfia (Estados Unidos), presentó su experiencia con la endoarteriectomia coronaria. Citó los resultados de una pequeña serie de pacientes elegidos que se beneficiaron del procedimiento.

8. — ROBERT P. GLOVER y JULIO C. DAVILA, Filadelfia (Estados Unidos), aportaron su experiencia con la ligadura bilateral de la arteria mamaria interna. Se obtuvo mejoría subjetiva en un 73 % y objetiva en un 65 % de los enfermos tratados.

9. — W. G. ANLYAN, Durham (Estados Unidos), presentó el estudio de las arterias coronarias mediante la angiocardiógrafía coronaria. La técnica presentada fué utilizada para valorar los distintos procedimientos quirúrgicos de revascularización del miocardio.

10. — I. FAGARASANU, Bucarest (Rumania), presentó su experiencia del tratamiento de la angina de pecho y de la técnica de la cardiopericardioplexia. Los resultados parecen alentadores.

A. MARIO DOGLIOTTI, en la discusión aportó 300 casos de ligadura bilateral de la mamaria practicadas por sí mismo y sus colaboradores, en Italia, con resultados satisfactorios.

II. SYMPOSIUM SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA Y DE LAS ARTERIAS PRINCIPALES DE LAS EXTREMIDADES

1. — MICHAEL E. DEBAKEY, E. STANLEY CRAWFORD y DENTON A. COOLEY, Houston (Estados Unidos), revisaron los problemas relacionados con la terapéutica de resección aplicada a los aneurismas de la aorta torácica (circulación extracorpórea o derivada). Analizan su experiencia basada sobre 150 casos de aneurismas torácicos mostrando que cerca de dos tercios de los mismos fueron afortunados.

2. — ROBERT R. LINTON, Boston (Estados Unidos), revisó los problemas de diagnóstico, estudio preoperatorio y el método de homoinjertos de la bifurcación aórtica en el tratamiento de los aneurismas de la aorta abdominal. Su experiencia se basó fundamentalmente en la resección de aneurismas y substitución con homoinjertos arteriales.

3. — CHARLES A. ROB, Londres (Inglaterra), aportó sus resultados en el tratamiento quirúrgico de los aneurismas periféricos en 145 casos, excluyendo los vasos intracraneales. El procedimiento con más frecuencia utilizado fué la ligadura proximal y distal seguida de la implantación de un injerto venoso autógeno o un trasplante arterial homólogo como cortocircuito. Los resultados fueron uniformemente buenos.

4. — N. HORTOLOMEI y I. GHITZEBU, Bucarest (Rumania), discutió el valor de la angiografía por cateterismo en el diagnóstico de los aneurismas de la aorta y grandes vasos.

5. — W. RICHTER, Bonn (Alemania), revisó el tratamiento operatorio de los aneurismas de la aorta ascendente mostrando que pueden extirparse en muchos casos dado que son habitualmente saculares.

6. — JOHN ERSKINE y FRANK GERBODE, San Francisco de California (Estados Unidos), presentaron un estudio de los peligros, mortalidad y resultados del tratamiento quirúrgico de los aneurismas de aorta abdominal con resección e injerto, sugiriendo método para evitar muchas dificultades.

El domingo 20 de octubre el Prof. A. MARIO DOGLIOTTI pronunció su discurso presidencial a la memoria de LERICHE en el cual revisó su trabajo de pionero y el importante papel jugado por LERICHE en la moderna cirugía vascular.

III. SYMPOSIUM SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS OCCLUSIONES ARTERIOESCLERÓTICAS DE LA AORTA Y ARTERIAS PRINCIPALES DE LAS EXTREMIDADES

1. — EDMONDO MALAN, Génova (Italia), presentó la clasificación clínica y valoración de la enfermedad arterioesclerótica oclusiva de las extremi-

dades. Señaló la importancia de la localización y extensión de la oclusión, la valoración de la circulación colateral y los factores funcionales asociados a las alteraciones orgánicas de las arterias.

2. — K. E. LOOSE, Itzehoe (Alemania), presentó los resultados de su angiografía seriada de la aorta y arterias periféricas.

3. — RUBENS MAYALL, Río de Janeiro (Brasil), revisó su trabajo sobre aortografía torácica basado en 40 aortogramas. El autor señaló la simplicidad, rapidez, economía y buena tolerancia del procedimiento.

4. — BERNARDO MILANÉS LÓPEZ, Habana (Cuba), revisó detalladamente el tratamiento médico de la arteriosclerosis. Estudio basado en 319 casos. Entre las técnicas propuestas por el autor merecen especial atención la vasodilatación regional a través de un catéter intraarterial.

5. — GEZA DE TAKATS, Chicago (Estados Unidos), discutió el papel de la sympatectomía en el tratamiento de las enfermedades vasculares oclusivas. Señaló que los datos estadísticos sobre el valor de esta operación son de imposible interpretación a menos que el tipo y el grado de la enfermedad vascular oclusiva y el objetivo a obtener sean considerados. Con este espíritu, el autor revisó los resultados de un gran número de sympatectomías practicadas por el mismo y sus colaboradores.

6. — EDWIN J. WYLIE, San Francisco (Estados Unidos), revisó el valor de la tromboendarteriectomía por oclusión arteriosclerótica a la luz de una revisión a los seis años. Su experiencia se basó en 155 pacientes con lesiones arteriosclerosas obstructivas de las grandes arterias. Los resultados obtenidos pueden compararse favorablemente con los alcanzados mediante la derivación por homoinjerto.

7. — CHARLES A. ROB, Londres (Inglaterra), presentó sus resultados sobre el tratamiento por cirugía directa de las trombosis de la arteria carótida interna. Los resultados operatorios se basan sobre 28 casos. Los pacientes más beneficiados por la cirugía son aquellos con oclusiones incompletas. En conjunto, los resultados son agradecidos.

8. — FRANK SEVENS, Gante (Bélgica), presentó una técnica original de aortoarteriografía combinada.

9. — EDUARDO C. PALMA, Montevideo (Uruguay), revisó su concepto de arteriopatía femoral hemodinámica iniciada en el canal de Hunter; concepto basado en evidencias experimentales clínicas.

IV. SYMPOSIUM SOBRE SUSTITUCIONES ARTERIALES

Las substituciones arteriales en el tratamiento de las enfermedades arteriales oclusivas y aneurismas representan el más espectacular avance de la Cirugía en la pasada década. Los investigadores que participaron en este Symposium revisaron los fundamentos de este problema, incluyendo resultados experimentales, biología de los injertos y resultados clínicos.

1. — RALPH A. DETERLING, JR., Nueva York (Estados Unidos), discutió la conducta y el destino de los tejidos injertados en el sistema arterial. En opinión del autor, los tejidos más aptos para su uso en la práctica clínica en

la aorta y las grandes arterias parecen ser los homoinjertos arteriales conservados.

2. — TOR HIERTON, Estocolmo (Suecia), discutió la función de los homoinjertos arteriales. Revisó los métodos empleados en el estudio de la evolución morfológica y funcional del trasplante homólogo con referencia particular a la distensión del injerto, la línea de anastomosis y la aorta como huésped.

3. — HARRIS B. SHUMACKER, Indianápolis (Estados Unidos) analizó sus observaciones experimentales con substitutos plásticos. Algunos de los hechos definitivos en el campo de los injertos arteriales de plástico fueron revisados y mencionado alguno de los problemas residuales. Señaló la necesidad de una mayor perfección en los injertos plásticos y opina que puede esperarse de ellos un futuro más brillante que de los homoinjertos.

4. — CHARLES A. HUFNAGEL, Washington (Estados Unidos), discutió las condiciones ideales de las substituciones arteriales, comparando las prótesis rígidas y las flexibles. Discutió las propiedades físicas del nylon, orlon, teflon, dacron y las mezclas de teflon-dacron según varios tipos de tejido. El autor se mostró partidario del uso del orlon y comunicó sus resultados en 150 casos.

5. — JEAN KUNLIN, París (Francia) revisó sus resultados clínicos con injertos venosos en 50 casos de enfermedad oclusiva de las arterias periféricas. Desde 1948, introdujo la anastomosis terminolateral que luego ha sido adoptada por muchos cirujanos. Revisó sus últimos resultados y comunicó una mortalidad de un 10% en estas series. En conjunto comprueba excelentes resultados después de hasta 9 años de practicada la intervención.

6. — ORMAND C. JETTAN, Chicago (Estados Unidos), analizó un total de 272 casos de substituciones arteriales practicadas desde enero de 1951. En su opinión el homoinjerto o la prótesis son igualmente satisfactorios para reemplazar con éxito la bifurcación aórtica. En las arterias periféricas el autoinjerto venoso fué superior a los materiales protésicos.

7. — ALFRED W. HUMPHRIES, Cleveland (Estados Unidos) discutió los resultados clínicos con homoinjertos arteriales en las enfermedades arteriales oclusivas con excepción de los aneurismas, abortando más de 250 enfermos o 280 injertos. El autor discutió la indicación por substitución directa o por procedimiento de derivación tanto en el abdomen como en la extremidad inferior. Los resultados tardíos indicaron un mayor porcentaje de oclusiones en injertos practicados con anastomosis terminoterminal.

8. — M. OECONOMOS, Atenas (Grecia), presentó su experiencia en tres casos de prótesis con dacron por coartación de aorta, un aneurisma postrauemático de la arteria femoral y otro caso de tetralogía de Fallot en la que practicó una anastomosis terminoterminal entre la arteria subclavia izquierda y la arteria pulmonar.

9. — PETER MARTIN, Londres (Inglaterra), presentó su experiencia con injertos de derivación para la obstrucción de las arterias periféricas. Insistió en que el injerto debería ser anastomosado en terminolateral a segmentos del árbol arterial menos afectados por la arteriosclerosis.

10. — D. E. SZILAGYI y Colaboradores, Detroit (Estados Unidos), revisaron el uso clínico de «Helanca», una prótesis arterial plástica con cualidades elásticas. Comunicaron la observación de 40 casos clínicos y el promedio de éxitos fué por lo menos igual al de los homoinjertos habiéndose convertido en el sustituto arterial de elección.

11. — ELLIOTT S. HURWITT y Colaboradores, Nueva York (Estados Unidos), presentaron un estudio sobre la substitución de la arteria pulmonar principal y su bifurcación por un homoinjerto aórtico. Describieron dos técnicas presentando alguno de los problemas corrientemente estudiados. Se discutió la eventual aplicación de estas técnicas en los problemas clínicos.

12. — ANDRE ENJALBERT, Toulouse (Francia), se ocupó de los cambios degenerativos sufridos por un homoinjerto utilizado en una coartación de aorta. Un año y medio después de su implantación se desarrollaron dos aneurismas a nivel de la línea de sutura que terminaron por una hemorragia fatal.

13. — KARAGEORGIS, Atenas (Grecia), presentó su experiencia personal con sustituciones de las arterias periféricas con tubos de nylon tratados químicamente. Los resultados obtenidos en 2 casos fueron excelentes.

14. — V. V. KOVANOV, Moscú (U. R. S. S.), comunicó un trabajo sobre trasplatación de un segundo corazón en el perro, ilustrándolo con una película.

15. — P. I. ANDROSOV, Moscú (U. R. S. S.), presentó un trabajo sobre sutura mecánica en la cirugía de los vasos sanguíneos con una sutura circular de 1,5 a 15 milímetros de diámetro. También mostró el uso de un aparato de un solo «clip» para la sutura longitudinal de los vasos. Las suturas vasculares se efectúan con «clips» de tantalio.

16. — B. A. DOLGO-SABUROV, Leningrado (U. R. S. S.), presentó un trabajo sobre la adaptación estructural y funcional de los vasos colaterales en relación con los trastornos de la circulación en animales y en el hombre.

III CONGRESO MUNDIAL DE CARDIOLOGIA

El III Congreso Mundial de Cardiología se celebrará en Bruselas del 14 al 21 de septiembre de 1958, en los locales de la «Université Libre de Bruxelles», Avenida Franklin Roosevelt 50.

Presidente: Prof. P. RIJLANT - Secretario: Fr. VAN DOOREN - Tesorero: M. REGNIER.

Comité Organizador: Prof. P. BASTENIE, Prof. J. J. BOUCKAERT, Prof. J. P. BOUCKAERT, H. DENOLIN, Prof. H. FREDERICQ, Prof. J. GOVAERTS, Prof. P. GOVAERTS, Prof. C. HEYMANS, J. LAMBERT, Prof. P. LAMBIN, Prof. F. LAVENNE, Prof. J. LEQUIME, P. MARCHANDISE, Prof. R. PANNIER, Prof. J. ROSKAM, Prof. M. SEGERS, A. VAN BOGAERT, J. VAN HEERSWYNGHEL, M. VASTESAEGER, M. WYBAUW.

Todos los cardiólogos miembros de las Sociedades Nacionales de Cardiología podrán presentar Comunicaciones.

En el curso del Congreso se otorgará el Premio de la «Société Belge de Cardiologie».

Concurrirán al mismo las principales autoridades cardiológicas internacionales.

Durante este Congreso tendrá lugar una discusión en tabla redonda consagrada a la Patología Vascular Periférica. Han sido designados para esta discusión:

Dr. LAMBERT, Bruselas (Bélgica)
Dr. KAINDL, Viena (Austria)
Dr. VAN DER STRICHT, Bruselas (Bélgica)
Prof. MARTORELL, Barcelona (España)
Prof. MARTIN, Chelmsford (Inglaterra)
Prof. MALAN, Génova (Italia)
Prof. WERTHEIMER, Lyon (Francia)
Dr. HOLMAN, San Francisco (Estados Unidos)
Prof. RATSCHOW, Darmstadt (Alemania)

Para información dirigirse al Secretario: Dr. Fr. VAN DOOREN, 80 rue Mercelis, Bruxelles.

PREMIO DE LA "SOCIÉTÉ BELGE DE CARDIOLOGIE" REGLAMENTO

1. Se ha concedido la suma de 100.000 francos belgas a la «Société Belge de Cardiologie par l'Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances» al objeto de constituir un Premio de Cardiología.

2. Este Premio será otorgado en 1958 en ocasión del III Congreso Mundial de Cardiología que tendrá lugar en Bruselas.

3. El Premio se atribuirá a un médico de menos de cincuenta años de edad en el momento de depositar el trabajo, de nacionalidad belga o extranjera. En igualdad de méritos, se concederá preferencia al más joven que haya presentado al concurso un trabajo inédito consagrado a la cardiología, considerado en su más amplio sentido. Será particularmente apreciado el trabajo que se consagre al diagnóstico, a la profilaxia y al tratamiento, sin que no obstante se descarte cualquier trabajo que trate de otra cuestión en relación con el tema de la cardiología.

4. El trabajo será expedido por correo, bajo pliego recomendado, al Secretario del Consejo de Administración, antes del 1.º de mayo de 1958. Deberá ser transmitido necesariamente por el Secretario de la Sociedad de Cardiología del país donde trabaje el candidato. Se remitirá al expedidor un acuse de recibo.

5. El pliego contendrá un sobre cerrado sin nombre ni señal alguna susceptible de identificar al autor. Su contenido constará de: a) el texto redactado en tres ejemplares, no firmado. Llevará como subtítulo una divisa.

sin otra inscripción permitiendo identificar al autor; b) un sobre cerrado en cuyo exterior figurará la divisa y que en su interior contendrá el «curriculum vitae» del autor, la relación de su divisa, con la mención «certifié sincère», la fecha del envío y la firma. El autor testificará que el trabajo presentado es inédito y que acepta —si el trabajo es aceptado— su publicación por las *Acta Cardiológica* como artículo original

6. Un Consejo de Administración, compuesto por el Presidente del III Congreso Mundial de Cardiología, el Secretario General de la «Société Belge de Cardiologie», un representante de la «Union Professionnelle des Assurances» y de un Secretario, se ocupará de toda la organización de la atribución del Premio y en particular de la designación del Jurado internacional.

7. El Jurado estará compuesto por cinco miembros; tomará sus decisiones por mayoría de votos; el miembro de mayor edad será Presidente de Oficio y tendrá voto preponderante. La decisión del Jurado se transmitirá al Consejo de Administración quien procederá sin apelación a la atribución del Premio.

8. Los trabajos no aceptados serán devueltos a los autores por el Secretario.

9. El Premio es indivisible.

10. En el caso de que ningún trabajo sea aceptado por el Jurado, la suma de 100.000 francos belgas se pondrá a disposición de la «Société Belge de Cardiologie» para ser otorgado, en las mismas condiciones señaladas en el presente Reglamento, en 1962.

11. La redacción del trabajo no podrá exceder de 50 páginas de papel comercial, texto dactilografiado a doble espacio; no podrá llevar consigo más de diez clisés de 70 cm.

12. El trabajo estará redactado en uno de los idiomas admitidos por las *Acta Cardiológica*, o sea el francés y el inglés.

13. El Premio será entregado en el curso de un acto oficial que tendrá lugar durante el III Congreso Mundial de Cardiología.

Para información dirigirse al Secretario del Consejo de Administración: Dr. VAN DOOREN, 80 rue Marcelis, Bruxelles.

IV.^a JORNADAS ANGIOLOGICAS ESPAÑOLAS

Las IV Jornadas Angiológicas Españolas se celebrarán durante las fiestas de Semana Santa en Santiago de Compostela, bajo la presidencia del Prof. JOSÉ PUENTE DOMÍNGUEZ. La primera sesión tendrá lugar el día 5, sábado, en la Facultad de Medicina. La segunda sesión tendrá lugar el día 6, domingo, en la Academia de Medicina de Vigo. Para mayor información sobre estas Jornadas dirigirse al Dr. OSCAR LÓPEZ F. BOADO; General Mola 8; Lugo.