

EDITORIAL

EL INJERTO ARTERIAL EN LA ARTERIOSCLEROSIS OBLITERANTE

La introducción del injerto arterial en el tratamiento operatorio de las oclusiones arteriales crónicas ha dado la sensación de que con ellos quedaba resuelto uno de los problemas terapéuticos de más difícil solución. Sin embargo, un estudio prolongado de los casos operados ha hecho decrecer mucho este optimismo. En primer lugar el injerto sólo puede aplicarse a las oclusiones segmentarias. Entre éstas las más frecuentes son debidas a la arteriosclerosis.

Es cierto que en muchos casos el resultado inmediato del injerto es espectacular, recuperando el enfermo la pulsatilidad y las oscilaciones. También puede desaparecer la claudicación intermitente. Pero también es cierto que este resultado lo pagan algunos enfermos a un precio muy alto. Los cirujanos más acreditados publican casos de hemorragia, amputación y hasta muertes por accidentes derivados de la propia ejecución del injerto. Quizá valdría la pena este sacrificio de unos pocos si en los demás el resultado fuera permanente. Sin embargo, suele ser sólo transitorio.

En la llamada arteriosclerosis segmentaria, lo que es segmentario es la oclusión no la arteriosclerosis. Por esta razón los injertos de cualquier naturaleza suelen obliterarse, y si así ocurre la obliteración es siempre más extensa de lo que era antes. Aun en los raros casos en que se conserva la permeabilidad puede obliterarse la arteria principal más arriba o más abajo ya que la arteriosclerosis no es nunca una enfermedad circunscrita.

Por otra parte, mientras la oclusión es segmentaria el enfermo tiene sólo claudicación intermitente. En esta fase un tratamiento médico bien conducido va bien, puede evitar la gangrena y la amputación. La claudicación intermitente, incluso sin tratar puede mejorar con el tiempo. Un prolongado estudio de los arteriosclerosos de nuestra Clínica Vascular nos ha llevado a examinar la causa de muerte lejana. Entre 43 muertos que al acudir por primera vez tenían sólo claudicación intermitente, 10 fallecieron de enfermedad no arteriosclerosa, 32 de arteriosclerosis fuera de los miembros (19 infarto miocardio) y uno se ignora; ninguno presentó gangrena ni fué amputado. Así resulta que mientras la oclusión es segmentaria no es necesario el injerto.

La terapéutica médica fracasa cuando la obliteración es extensa, cuando la vía principal no puede rellenarse. En este caso el enfermo debe operarse, pero desgraciadamente al llegar a este estado el injerto no es eficaz.

Así resulta que en la arteriosclerosis obliterante cuando el injerto va bien no es necesario y cuando es necesario no va bien.

F. MARTORELL

(ENGLISH TEXT)

ARTERIAL GRAFTS IN ARTERIOSCLEROSIS OBLITERANS

The introduction of vascular grafts in the operative treatment of chronic arterial occlusions has given the impression that this has resolved one of the most difficult therapeutic problems. However, a prolonged study of the operated cases has greatly lessened this optimism. First of all, the graft can be applied only in cases of segmental occlusion (usually associated with arteriosclerosis).

It is true that in many cases the immediate results of the graft are spectacular, with immediate restoration of the pulses and oscillations. In some cases intermittent claudication is temporarily relieved. However, it is also true that these results were obtained at a high price to the patient. The most accredited surgeons have published cases of postoperative hemorrhage, subsequent amputations and even deaths following some grafting operations. Perhaps it pays to sacrifice a few if in the others the results would be permanent. However, the results are usually only transitory.

In the so-called segmental arteriosclerosis, only the occlusion is segmental, not the arteriosclerosis. For this reason the grafts soon obliterate themselves and thus give rise to more extensive occlusion than before the operation. Even in the rare cases in which the permeability is conserved, the main artery above and below the graft can eventually become blocked since arteriosclerosis is never a circumscribed disease.

On the other hand, in some cases of segmental occlusion, the only complaint is intermittent claudication. This can usually be relieved by a well conducted plan of medical treatment, which may also prevent gangrene and amputation. Intermittent claudication, even though untreated, may improve with time alone. A prolonged study of arteriosclerosis obliterans in our Clinic has brought to light some of the causes of delayed deaths. Among 43 deaths that intermittent claudication was the only symptom, 10 died of a non-arteriosclerotic cause, 32 of arteriosclerosis in other locations than the limbs (19 of myocardial infarct) and 1 of an unknown cause. None of these developed gangrene or came to amputation. This proves that while the occlusion is segmental, the graft is not necessary.

Medical treatment is usually unsuccessful when the obliteration is extensive or when the main vessel cannot refill itself. In this type of case the graft operation is performed, but proves useless. Therefore it is evident that in arteriosclerosis obliterans when the graft succeeds it is not necessary and when it is necessary it does not succeed.

F. MARTORELL

NUESTROS METODOS DE EXPLORACION Y TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES ORGANICAS DE LAS ARTERIAS PELVICAS Y DE LAS EXTREMIDADES

H. W. PÄSSLER

Director del Hospital Municipal de Leverkusen (Alemania)

La *angiografía* representa en la actualidad la *base para el diagnóstico* y en consecuencia, para *el tratamiento* de la mayoría de los trastornos circulatorios periféricos de cualquier naturaleza. Sin embargo, antes de proceder al empleo de los medios de contraste es necesario aclarar clínicamente, en lo posible, si se trata de un trastorno predominantemente orgánico o funcional, arterial o venoso, o de ambos a la vez. Además de una anamnesis exacta, sirve para ello el *reconocimiento clínico general*, incluidas la palpación y auscultación de los pulsos en los puntos típicos, de lo que en la actualidad no puede prescindirse. De sospechar un trastorno de la circulación arterial, la *oscilografía* efectuada con el aparato de Gesenius y Keller nos ahorra casi todas las exploraciones y pruebas indicadas antes, que con frecuencia nos proporcionan sólo un cuadro relativamente inseguro y para cuya realización suele faltar en muchos casos tiempo en relación al gran número de enfermos. La exploración previa incluye, además, al menos cuando el oscilograma acusa alteraciones poco marcadas, el examen de *síntomas neurológicos* a fin de comprobar en lo posible influencias funcionales como causa total o parcial de la disminución del pulso.

Para la *visualización radiológica* de los vasos hemos instalado un *dispositivo especial*, que ahora se designa como «cambiachasis para la angiografía seriada de las extremidades y el abdomen», fabricado por Siemens Reiniger, de Erlangen. Pretendemos conseguir así un diagnóstico óptimo suficiente para la práctica general, al objeto de ahorrar molestias al enfermo y reducir los gastos al mínimo. En ello hay que tener en cuenta las *cuatro exigencias siguientes*:

1.^a — Para no sobrecargar al paciente debe inyectarse sólo la cantidad mínima precisa de medio de contraste; es decir, en lugar de llenar a la vez todo el árbol vascular por debajo del lugar de inyección, se pretende *seguir el curso del contraste* a través de los vasos.

2.^a — Para proteger al paciente se reducirá en lo posible la frecuencia de exposición a los rayos X, *intercalando* entre las diferentes radiografías los *intervalos* que creamos conveniente de acuerdo con el estado de cada enfermo.

3.^a — Por razones de economía las radiografías no deben tomarse de un modo automático, obtenidas según un ritmo constante y lo más rápido posible, sino que se realizarán en intervalos variables de acuerdo con los hallazgos clínicos.

Dicha instalación puede emplearse también, sin modificaciones notables, para todas las demás radiografías rutinarias de la clínica (huesos, columna vertebral, riñones, etc.). Se compone de un *dispositivo cambiachasis para cuatro clisés* de noventa y seis por veinte centímetros, *para las extremidades*, y otro *para tres clisés* de treinta por cuarenta centímetros, *para los vasos abdominales*.

Ambos aparatos son apropiados para arteriografía seriada, arterioflebografía seriada y flebografía seriada. El cambiachasis para las extremidades puede ir provisto de clisés completos y medianos, y realizar cuatro radiografías con intervalos a elección a partir de un segundo. A pesar del diferente grosor de la extremidad en el muslo y en la pierna, la uniforme calidad de la exposición se logra mediante un *filtro compensador* acoplado delante del tubo Röntgen.

Para las arteriografías del brazo utilizamos los mismos aparatos, obteniendo así también verdaderas visualizaciones seriadas.

La *ventaja* de la aortografía *seriada*, lo mismo que de la arterio, flebo y arterioflebografía seriadas se basa en la segura *visualización de los diversos estadios de repleción*, es decir, de los estados funcionales de los sectores vasculares a explorar.

Para la aortografía seriada damos preferencia a la inyección alta del medio de contraste, la llamada subdiafragmática.

En el *tratamiento* de los trastornos orgánicos de la circulación arterial, tanto en la endangeítis obliterante como en la aterosclerosis, *seguimos considerando todavía la simpatectomía como la primera y más importante medida quirúrgica* para mejorar la circulación local por dilatación de los vasos colaterales.

Entre 750 enfermos operados desde 1950, el 65 por ciento fueron simpatectomizados por vía lumbar extraperitoneal bilateral en una sola sesión, a partir de dos pequeñas incisiones alternas. No tenemos motivo alguno para compartir los reparos manifestados contra la operación extraperitoneal simultánea, y desde hace quince años no realizamos ninguna resección transperitoneal bilateral de la cadena simpática lumbar, por que por lo regular se presentan trastornos desagradables del tono de las paredes abdominales con abdomen péndulo.

La *mortalidad* operatoria consecutiva a la simpatectomía cervicodorsal por vía anterior es nula en nuestra clínica. Tras la simpatectomía lumbar es, desde hace años, inferior al uno por ciento, a pesar de que la indicamos con más amplitud en relación a la edad y estado general, pudiendo citarse como causas de muerte el fallo cardíaco agudo y la embolia.

Según nuestra experiencia, la resección de la cadena simpática puede ser eficiente durante varios años cuando a la vez se logra detener la progresión de las obliteraciones por un *tratamiento ulterior consecuente*, por ejemplo

con Depot-Padutina, y también en individuos jóvenes por la absoluta supresión del tabaco y un método de vida razonable. Citaremos algunos ejemplos de nuestra casuística personal para demostrar lo que es capaz de lograr la sola simpatectomía en enfermos que con anterioridad eran considerados como seguros amputados en muslo y en los que se habían agotado todos los métodos terapéuticos conservadores conocidos.

Paciente de 64 años, con *úlcera gigante* consecutiva a amputación del dedo gordo del pie. A pesar de la extensa *obliteración* arteriosclerótica *femoral y poplítea* se logró dominar la gangrena con la sola simpatectomía. Efectuada la amputación del antepié, el paciente recuperó desde hace cuatro años una buena capacidad para la marcha y el trabajo.

En las oclusiones de las grandes arterias pélvicas e incluso en caso de *oclusión aórtica* alta, la simpatectomía lumbar bilateral consigue, también, a veces, la remisión o al menos *mitigar los dolores* insoportables.

Paciente de 65 años, afecto de *oclusión completa alta de la aorta y obliteration de todas las grandes arterias pélvicas*, con *dolores nocturnos insoportables*, correspondientes al estadio cuarto. Tras la simpatectomía lumbar bilateral desaparecieron dichos dolores, viviendo todavía cuatro años y falleciendo de infarto miocárdico.

Nuestra observación —publicada ya en 1953 y basada entonces en una casuística mucho más reducida— de que *después de realizada la simpatectomía lumbar se consiguen todavía en muchos casos éxitos sorprendentes e incluso la desaparición inmediata de los dolores con la arteriectomía*, la hemos podido confirmar entre tanto en 50 pacientes arteriectomizados desde 1950. *Cuanto mayor es el intervalo entre la simpatectomía y la resección arterial, tanto más favorable es el efecto.* La simpatectomía y arteriectomía simultáneas o incluso la *arteriectomía sin simpatectomía* van seguidas de *fracasos* en la mayoría de los casos. No podemos explicar la causa de esta experiencia práctica. Sin embargo, tras una simpatectomía al parecer sin éxito no es necesario proponer enseguida la amputación de un miembro, como lo demuestra el ejemplo siguiente.

Paciente de 46 años. Ingresó en nuestro hospital, con *gangrena avanzada* del antepié, porque en otra clínica le querían amputar la pierna seis meses después de realizada la simpatectomía. Tras la resección de la arteria poplítea obliterada —en lo que no tenemos reparo alguno cuando los arteriogramas muestran buenas colaterales— se detuvo la gangrena y logramos *limitar la amputación del antepié*. Desde hace más de tres años el enfermo ha recuperado la facultad para el trabajo.

En todos los casos de gangrena o pregangrena hay que intentar *coadyuvar al tratamiento operatorio por medidas conservadoras* encaminadas a combatir la infección y a mejorar la circulación sanguínea. En primer lugar *combatiremos las infecciones* por el empleo local y general de sulfamidas y antibióticos, de forma tan enérgica que la gangrena se transforme en una

necrosis prácticamente aséptica. Nunca empleamos vendajes húmedos, acaso ungüentos. Preferimos un tratamiento al aire o vendajes secos para desecar la gangrena. Con objeto de mejorar la circulación sanguínea se recurre, además, a la perfusión intraarterial gota a gota de una mezcla de Padutina y acetilcolina por medio de una jeringa provista de motor (fabricada por la casa Braun, de Melsungen) que nos resulta muy práctica. Las *inyecciones intraarteriales de oxígeno*, dentro del cuadro general de tratamiento, están consideradas por los enfermos como agradables, si bien su mecanismo de acción sigue siendo muy oscuro y sin duda el razonamiento de una oxigenoterapia en las afecciones vasculares exagera los resultados que puedan lograrse.

También es de utilidad, según nuestra experiencia, el *tratamiento local hipotérmico adicional* de la gangrena incipiente.

Sin embargo, a pesar de todas estas medidas, al aumentar la *momicación* de algunos dedos o incluso de todo el antepié, se producen dolores muy intensos en los límites de demarcación, que ponen a prueba la paciencia de enfermos, médicos y personal sanitario, requiriendo la administración de elevadas dosis de morfina y otros *analgésicos intensos*. Procede en primer lugar, a ser posible, amputar del modo más económico los tejidos desecados, prácticamente asépticos. A este respecto, se ha demostrado que *la amputación de algunos dedos no suele ser suficiente*, siendo preferible proceder, en principio, a la amputación a nivel de la articulación de *Lisfranc* o de *Chopart*. Después de haber comprobado por arteriografía seriada previa qué arteria —tibial anterior, tibial posterior o colaterales— efectúa la circulación sanguínea residual, se forma el muñón de amputación con colgajos de partes blandas dorsales o, mejor, plantares. Es lógico que se respeten sólo los tejidos que muestran todavía circulación sanguínea en la superficie de corte. Tiene, al parecer, gran importancia *extirpar en forma cuidadosa todos los tendones y fascias* en la zona del colgajo, ya que de otro modo pueden dar lugar a prolongadas supuraciones por nutrición insuficiente. En general, se deja la *herida abierta*. Los colgajos pueden fijarse a lo sumo ligeramente por *suturas de aproximación* sin tensión, bajo drenaje.

También se logran éxitos, si bien más raras veces, con la *endarteriectomía*, tanto más favorable cuanto menos extensa es la obliteración y cuanto más alta esté situada, siendo *la localización más favorable la de la pelvis*. Uno de nuestros casos demuestra que también en la arteria femoral puede obtenerse éxito de larga duración con la endarteriectomía. En este caso pudo realizarse la operación a los cinco días de haberse producido la obliteración, que se presentaba inminente desde hacía mucho tiempo. Años antes se le había practicado una simpatectomía por grandes obliteraciones pélvicas. En la intervención pudieron extirparse considerables depósitos de calcio. Arteriografías de comprobación efectuadas dos y cuatro años después y los oscilogramas repetidos muestran, aún en la actualidad, la permeabilidad del vaso.

Mientras en las *lesiones arteriales* recientes los *trasplantes* inmediatos, a ser posible procedentes de un banco de vasos, constituyen el *método de elección*, el problema del trasplante de vasos homólogos o la sustitución por

vasos sintéticos *en la arteriosclerosis y la endangeítis obliterantes* requiere todavía *estudios ulteriores* en atención a la enfermedad básica. Los *resultados* obtenidos hasta ahora son, al parecer, *esperanzadores* tanto en cuanto a los homotrasplantes como a los vasos sintéticos, si bien el tiempo de observación es todavía demasiado corto para juzgarlos. Es obvio que en todos los trasplantes vasculares y lo mismo en los «by-pass» *deben existir por encima y por debajo de la zona de implantación vasos permeables*, a ser posible sanos y de calibre suficiente. Este requisito *limita las posibilidades de aplicación* de tales trasplantes a un número relativamente reducido de enfermos vasculares. Por ello nuestros métodos actuales de tratamiento conservan su validez en la gran mayoría de estos enfermos.

RESUMEN

Se expone la norma de actuación del autor ante las afecciones orgánicas de las arterias de los miembros.

En el aspecto exploratorio resalta la importancia de la angiografía para el diagnóstico y, en consecuencia, para el tratamiento.

En el aspecto terapéutico, a pesar de los nuevos métodos actuales, sigue considerando la simpatectomía lumbar «como la primera y más importante medida quirúrgica para mejorar la circulación local por dilatación de los vasos colaterales», si bien —añade— debe ir seguida de tratamiento médico adecuado. Expone algunos casos demostrativos.

Señala que después de la simpatectomía se consiguen todavía muchos éxitos sorprendentes con la arteriectomía, tanto mejores cuanto mayor es el intervalo entre ambas operaciones.

SUMMARY

Arteriography is recommended as the method which by itself offers the most information in cases of arterial occlusion by allowing a direct study of the circulatory alteration of the lower extremities. The author has reviewed the surgical treatment of occlusive arterial disease. Lumbar sympathectomy is a valuable adjunct in the treatment of peripheral vascular diseases of the lower extremities.

INFARTO ORGANICO DEL INTESTINO DELGADO

ORLANDO F. LONGO

Córdoba (Argentina).

En el transcurso de los años la literatura se ha enriquecido con un buen número de observaciones, publicadas o recopiladas, sobre la afección vascular del intestino delgado y que indistintamente se denomina: apoplejía intestinomesentérica, oclusión vascular, infarto de intestino, etc. Las contribuciones clínicas, estudios radiológicos, observaciones operatorias o de necropsia y la labor experimental han logrado integrar este amplio, apasionante y disperso capítulo del abdomen agudo, que debe ser tenido en cuenta cada vez que el médico se encuentra ante un paciente con sufrimiento abdominal agudo de naturaleza incierta o de difícil interpretación.

En diversos artículos, en colaboración con SOSA GALLARDO y FERRARIS, he dado cuenta de nuestra labor experimental y de las observaciones clínicas en las que nos cupo actuar a partir del año 1946 y que han sido publicadas «in extenso» desde 1950 en adelante. Ultimamente WILSON y asociados, en un enjundioso artículo, han hecho una revisión casi exhaustiva del tema con el análisis de treinta y dos casos.

Habiendo tenido oportunidad de estudiar clínica, radiológicamente y con el control de la histopatología de la pieza operatoria reseca, una enferma afectada de una obliteración arterial mesentérica, me deciden a discutir algunos aspectos de la cuestión.

En un artículo anterior reconocíamos las siguientes variedades, conforme con la alteración del intestino, su compromiso vascular y la forma de reaccionar frente a la terapéutica empleada: a) con lesiones arteriales orgánicas, b) alteraciones órgano-funcionales de los vasos mesentéricos, y c) puramente funcionales, que corresponden a los denominados por GREGOIRE y CUEVELAIRE apoplejía intestino mesentérica por «shock» de intolerancia o anafiláctico. El mérito de los susmencionados autores es haber desglosado del capítulo del infarto del intestino aquellos cuyas lesiones son reversibles y que designamos como funcionales, puesto que no prejuzga sobre su probable etiología y son en última instancia secundarios a un trastorno vasomotor reflejo condicionado por cualquier causa y que la literatura americana los denomina idiopáticos o de causa desconocida (RIVES-MUSGROVE, etc.) y los incluyen dentro del capítulo de oclusión vascular mesentérica.

Concretando el problema a los de etiología puramente orgánica, interesante es destacar los producidos por obstrucción arterial identificados macroscópicamente por el aspecto hemorrágico-morcilla del segmento intestinal comprometido (ausencia de latido arterial perceptible) que se extiende en forma de cuña hasta la raíz del mesenterio. El edema, sufusiones

hemorrágicas y aumento de consistencia hacen difícil descubrir por la palpación el latido arterial, pero puede reconocerse el nivel de la obstrucción vascular. Son sus responsables las enfermedades trombo-embolizante, cardiovascular, el hiperesplenismo, etc., aún cuando se torna difícil determinar —a veces— el punto de partida de la enfermedad y hacer macroscópicamente un distingo entre el compromiso arterial y venoso ya que en lesiones arteriales de vieja data el sistema venoso sufre su repercusión y a la postre ambos juegan un mismo papel en la evolución del infarto orgánico del intestino delgado.

En la recopilación realizada por SALLERAS se pone de manifiesto la mayor frecuencia del compromiso de la arteria mesentérica superior, habiendo por su parte KUSMAL querido establecer la topografía de la enfermedad por el tipo de dolor subjetivo, pero la experiencia ha demostrado lo falaz de esta presunción.

El dolor inicial es agudo, intenso, a veces por crisis como el obstruido intestinal con diarreas profusas y excepcionalmente con enterorragia. El valor diagnóstico de este signo en las enfermedades intestinales de etiología vasculo-funcional en el niño ha sido dilucidado en parte por DEMO, en un extenso y provechoso artículo. Hay que reconocer que no es lo común en el adulto, según los informes obtenidos de las historias clínicas que he tenido oportunidad de examinar en la bibliografía sobre el tema.

Los vómitos no faltan nunca, son abundantes, biliosos, porráceos, fecaloideos y en contados enfermos vemos «el vómito negro» sinónimo de grave repercusión orgánica y preludio de muerte inminente.

El estado general decae con precocidad; fácil es advertir el derrumbamiento a medida que transcurren los días. El pulso es pequeño, frecuente, etc.; hay palidez con hipotensión e hipotermia y cianosis periférica que acompaña al enfermo hasta su etapa final.

La observación del abdomen no descubre ondas peristálticas, la distensión es moderada, la palpación reconoce a veces una masa tumoral (MONDOR) que he tenido oportunidad de examinar en un caso de infarto funcional. Guiados por la sintomatología subjetiva y objetiva, se llega presuntivamente al diagnóstico de oclusión intestinal con que se operan la mayoría de estos enfermos.

Radiológicamente se visualiza un segmento intestinal de límites engrosados, bordes netos, fijo e inmóvil que dan validez al diagnóstico de infarto intestinal, aun cuando no son patognomónicos de la afección.

Los informes del laboratorio no tienen significación para la orientación diagnóstica, estando desde luego indicada la laparotomía para zanjar la etiología y proceder según el balance de las lesiones encontradas y su comportamiento a los fármacos o «test» de vitalidad intestinal utilizados. Particularmente hablando de los orgánicos, la resección intestinal se impone, con anastomosis laterolateral o término-terminal según la preferencia del operador; pero hay enfermos que son transportados al quirófano en malas condiciones y, en estos casos, lo prudente es exteriorizar el asa intestinal comprometida para resecar al día siguiente la porción esfacelada y una vez apuntalado el equilibrio biológico interno proceder a la anastomosis.

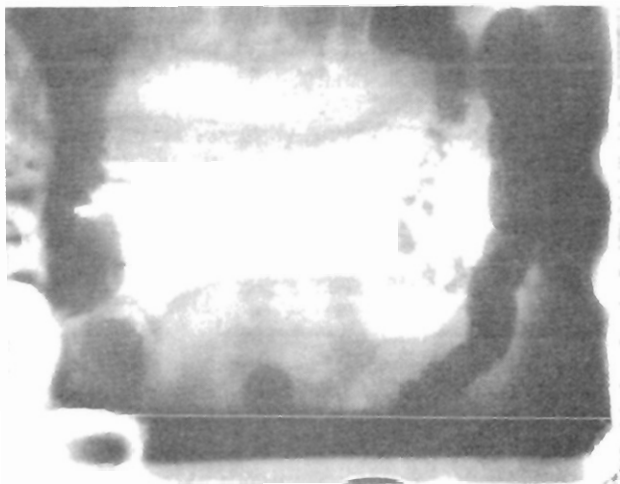


Fig. 1 — Radiografía de la enferma con infarto orgánico del intestino.

Al margen de la operación hay que recordar como recursos de primera línea: los anticoagulantes y los antiespasmódicos o la anestesia espalácica.

Nuestra *observación* corresponde a la Sra. M. de V., 65 años. (Clínica privada). En el año 1956 después de un completo estudio cardiovascular se llega a las siguientes conclusiones: hipertensión con arteriosclerosis, bloqueo de rama derecha tipo S. Wilson, extrasistolia auricular y ventricular aislada. La extrasistolia auricular

presupone en el futuro la instalación de un aleteo o fibrilación auricular.

El 1.º de mayo del corriente año refiere dolor difuso en abdomen, sin localización precisa con vómitos abundantes, diarreas profusas; al segundo día de su enfermedad enterorragia, sin temperatura, etc. Durante cinco días es tratada en la ciudad de su residencia y, ante la gravedad del cuadro, es transportada en avión a esta capital el día 5 de mayo

Examinada, se comprueba: enferma disneica, con cianosis de las extremidades, pulso pequeño y arritmia completa; obnubilada. Hipotensión arterial (máxima debajo de 100) e hipotermia. Palidez de piel y mucosas con alarmante deshidratación. Abdomen distendido, con sensibilidad difusa pero no exagerada; no se palpa tumor. Tacto rectovaginal, negativo.

Se procede a tomar dos radiografías: una direc-

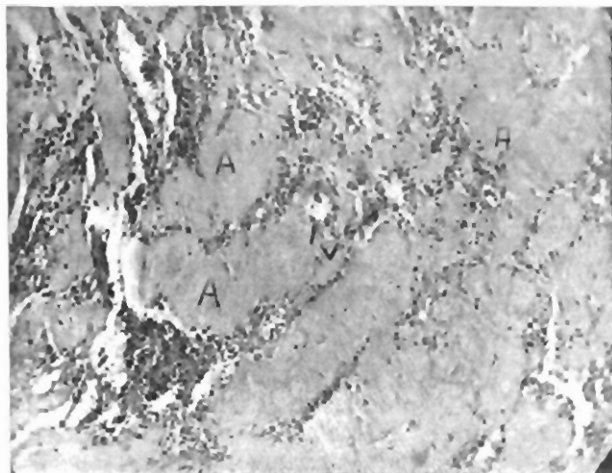


Fig. 2. — Mesenterio con acúmulo de substancia amiloidea (A) que reduce la luz vascular (V).

ta de abdomen y otra con enema de bario, que demuestran (figura 1) ausencia de obstáculo a nivel del intestino grueso, asas del delgado dispuestas horizontalmente ocupando el centro de la cavidad abdominal, aumentadas de volumen, de bordes netos, aperistálticas (control radioscópico), etc. La obesidad de la paciente y sus condiciones generales no nos permitió prolongar la observación.

Por los antecedentes de su afección cardiovascular, por la abundancia de las deposiciones diarréicas y la enterorragia, se hizo el diagnóstico presuntivo de infarto de intestino, y se decide operar con la colaboración del cardiólogo en la sala de operaciones.

Al abrir el peritoneo se produce un paro cardíaco, que pudo ser controlado con medicación intracardiaca cuando se había dispuesto la toracotomía para iniciar el masaje; en adelante la anestesia fué muy accidentada.

Examinando la cavidad, se descubrió un segmento intestinal infartado con su correspondiente compromiso mesentérico en una extensión de 40 centímetros más o menos y a una distancia de medio metro del ciego. Líquido serohemorrágico libre en peritoneo (el cultivo realizado fué negativo).

Previo «test» con novocaína y prostigmina intramesentérica y ante la ausencia de recuperación de los latidos arteriales del mesenterio y por las condiciones de la paciente, se exteriori-

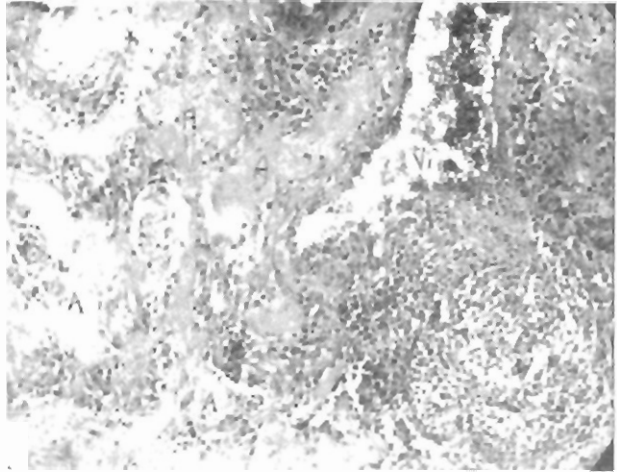


Fig. 3. — Además de la compresión de la substancia amiloidea (A) se observan fenómenos proliferativos e inflamatorios en algunos vasos (V), mientras otros (V₁) están apenas dilatados.

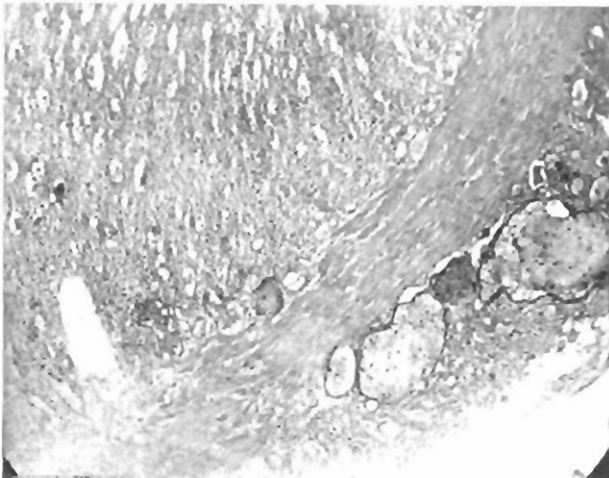


Fig. 4. — Cuadro típico de infarto hemorrágico intestinal.

zó simplemente la zona afectada según los consejos de GREGOIRE. Dos días después, extirpé la parte esfacelada, instalándose en consecuencias una fistula del delgado. Después de 9 días, ante la mejoría subjetiva y objetiva de la enferma, se resuelve efectuar la enteroanastomosis latero-lateral, que fué bien soportada. A las 48 horas deposiciones espontáneas, mejorando progresivamente; dos días después, en forma repentina, colapso cardiovascular y muerte. De más está decir que se indicó: anticoagulantes, antiespasmódicos, albúmina humana, sangre, antibióticos; en otras palabras, todo el arsenal terapéutico conocido para situaciones similares.

Estudio histopatológico (N. 16.164 Dr. A. FERRARIS). Necrosis de la mucosa y estasis capilar sanguínea, en el mesenterio lesiones de necrosis grasa y trombos recientes de los vasos.

Las microfotografías obtenidas demuestran: mesenterio con acúmulo de substancia amiloidea (fig. 2 -A) que reduce la luz vascular (V); además de la compresión de la substancia amiloidea (fig. 3-A), se observan fenómenos proliferativos e inflamatorios en algunos vasos (V) mientras otros están apenas dilatados (V₁); «cuadro típico de infarto hemorrágico de intestino» (fig. 4).

En *resumen*: se trata de una nueva observación de infarto orgánico de la mesentérica superior, en una paciente sesentona con una afección sistémica del aparato cardiovascular y que pudo sospecharse antes de la operación: por los antecedentes (enterorragia) y la radiología.

SUMMARY

A case of acute mesenteric arterial occlusion is reported.

BIBLIOGRAFÍA

- GAMBILL y asociados. — "Gastroenterology", 21:133; 1952.
LONGO y colaboradores. — "Rev. Brasileira de Gastroenterología", 5:583 1953.
LONGO y colaboradores. — "Arch. Mal. App. Dig.", 11:1126; 1955
FEBRET. — "Mem. Acad. Chirur.", 78:661; 1952.
POINOT y colaboradores. — "Mem. Acad. Chir.", 79:771; 1953.
WILSON y asociados. — "Arch. of Surg.", 73:331. 1956
DEMO, O. — "Angiología", 7:195 1955.
CÁRDENAS, M. — "Angiología" 10:127; 1958
SALLERAS, V. — "Angiología", 8:18 1956

VARICES

IMPORTANCIA QUIRURGICA DE LAS VARIACIONES POSIBLES EN LAS RAMAS DE LA ARTERIA FEMORAL EN SU TRAYECTO INGUINO-CRURAL

VICENTE F. PATARO

MANUEL A. CASAL

SERAFÍN E. RODRÍGUEZ

*Del Servicio de Clínica Quirúrgica (Vicente F. Pataro).
Policlínico Avellaneda. Buenos Aires (Argentina).*

Consideramos de interés práctico el conocimiento de las posibles variaciones, disposiciones o anomalías que pueden presentar la arteria femoral y sus ramas, en su trayecto inguino-crural, por ser este sector lugar obligado de variadas intervenciones quirúrgicas; sobre todo en el tratamiento de las varices de los miembros inferiores. Justamente, fué durante la disección del cayado de la safena interna en una enferma, cuya historia clínica y protocolo operatorio transcribimos en forma resumida, que se comprobó la anomalía arterial cuya documentación arteriográfica se agrega y que nos impulsó a efectuar una puesta al día sobre el tema.

Dos semanas después de este caso, uno de nosotros, en una enferma de la clínica privada, tuvo el mismo hallazgo operatorio. Merece señalarse lo caprichoso de las sorpresas y anomalías anatómicas vasculares. Durante años, en varios centenares de varicosos operados, no encontramos anomalías arteriales como las comentadas y, actualmente, en un intervalo de quince días, encontramos dos de análoga naturaleza.

HISTORIA CLÍNICA. N.º 25.706. R. C. de L., 45 años, mujer, casada, polaca. 17. IX. 57.

Antecedentes hereditarios y personales, sin importancia. Enfermedad actual: desde hace 25 años, varices en miembro inferior izquierdo; dilatación varicosa, dolor, edema y cansancio al caminar y estar de pie. Estado actual: Miembro inferior izquierdo: Dilataciones venosas en el trayecto de la safena interna.

Prueba de Brodie-Trendelenburg, positiva. Insuficiencia del cayado.

Análisis de sangre y orina: normales.

Operación: 7-X-57. Safenectomía interna izquierda por fleboextracción. Anestesia local. Incisión transversal paralela al pliegue inguinal. Investigación del cayado de la safena, ligadura de colaterales y ligadura de la safena a nivel de su desembocadura en la vena femoral. Al disecar la cara interna de la vena femoral se observa un grueso vaso arterial, que se disecciona hacia arriba y abajo. Hacia arriba, cruza por delante de la vena fe-

moral y se comprueba su nacimiento en la cara anterointerna de la arteria femoral, a 0,5 cm. del ligamento inguinal; hacia abajo, acompaña a la vena femoral en un trayecto de alrededor de 7 cm. y luego profundiza en las masas musculares con dirección oblicua hacia atrás, abajo y afuera. Se continúa la intervención investigando la vena safena interna a nivel del maléolo, se ligan sus tres ramas terminales y con el fleboextractor introducido de abajo hacia arriba se extrae toda la vena safena interna. Cierre de las heridas operatorias con puntos de algodón. Vendaje elástico.

Postoperatorio: sin particularidades. A los diez días: alta.

Se desprende de la lectura del protocolo operatorio que el cirujano encontró una arteria del mismo tamaño de la femoral superficial que naciendo de la cara anterior de la arteria femoral común, a 1/2 cm. por debajo del ligamento inguinal, se dirigía hacia adentro, cruzaba por delante de la vena femoral y se adosaba a su borde interno descendiendo con la misma dirección. Continuando la disección se pudo comprobar que alrededor de los 7 cm. se introducía en el espesor muscular con dirección oblicua hacia abajo y afuera, por detrás de los vasos femorales.

A los quince días la enferma fué citada para efectuarle una arteriografía con Nosylan al 35 %, por punción de la arteria femoral a nivel del

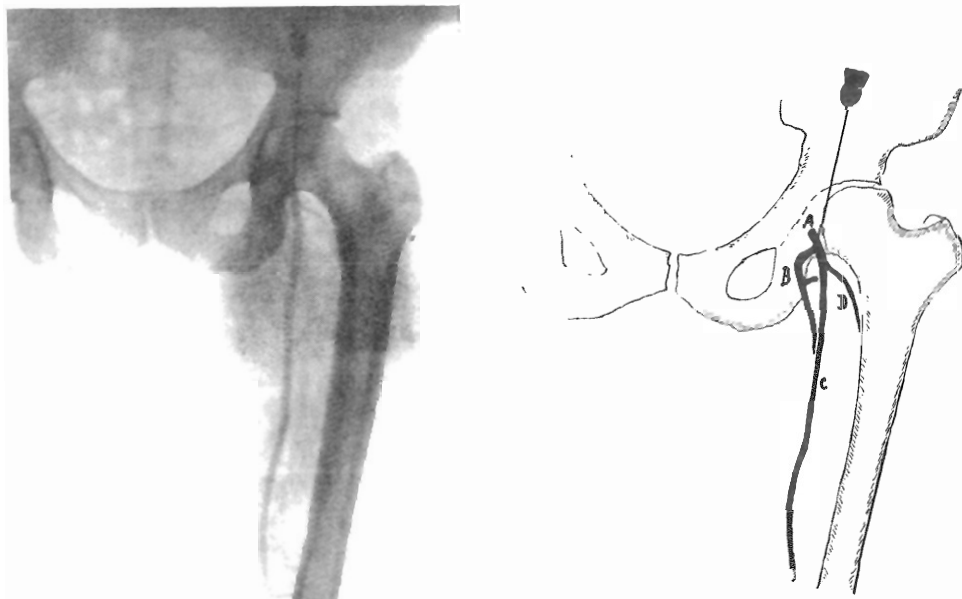


Fig. 1 a. — Arteriografía de la arteria femoral izquierda. Fig 1 b. — Esquema correspondiente a la figura 1 a.

A) Arteria femoral a nivel del ligamento. B) Femoral profunda. naciendo a 0,5 cm. del ligamento inguinal y dando una colateral, probablemente el tronco de las circunflejas. C) Femoral superficial. D) Arteria del cuádriceps.

ligamento inguinal. La documentación radiológica (fig. 1 a) y el esquema correspondiente (fig. 1 b) nos permiten interpretar la arteria anómala como femoral profunda, de nacimiento alto, con dirección interna y de calibre aumentado. Esta anomalía no es frecuente, como ya ha sido señalado por diversos anatomistas y cirujanos.

Sabemos que normalmente, la arteria femoral, continuación de la iliaca externa, es la arteria principal del muslo.

Algunos autores, GRAY (1) entre ellos, denominan femoral común a la primera porción de este vaso que termina bifurcándose en femoral profunda y femoral superficial. Otros, como TESTUT (2, 3), simplemente consideran a la femoral profunda como una de las ramas colaterales de la femoral común que, luego de haberlas emitido, continúa como femoral superficial; las restantes colaterales se denominan: subcutánea abdominal, circunfleja iliaca —inconstante—, pudendas externas, superior e inferior, y arteria del cuádriceps.

La arteria femoral profunda, considerada como colateral (TESTUT) es la más importante de las mencionadas.

Normalmente, según TESTUT (2, 3), tiene su origen alrededor de los 3,5 cm. por debajo del ligamento inguinal; sin embargo, otros anatomistas consideran su emergencia habitual más alta. MECKEL —citado por DUBREUIL-CHAMBARDEL (4)— afirma que su nacimiento no está nunca por debajo de los 2 cm. del ligamento inguinal, por su parte J. M. DUBRUEIL (5), indica los 5 cm., y POIRIER (6) da un término medio de 4 cm.

Las estadísticas de VIGUERIE (7), SRB (8), RICHET (9), RUGE (10), AUBURTIN (11), ADACHI (12), GERLACH (13) y DUBREUIL-CHAMBARDEL (4), nos señalan las cifras de la Tabla I.

QUAIN (14), citado por TESTUT (2, 3) y por DUBREUIL-CHAMBARDEL (4), sobre 543 observaciones, nos comunica haber encontrado el nacimiento de la femoral profunda:

| | | |
|---|----------|-----------|
| de 0 a 13 mm. por debajo del ligamento inguinal | | 15 veces |
| de 14 a 25 mm. por debajo del ligamento inguinal | | 146 veces |
| de 26 a 37 mm. por debajo del ligamento inguinal | | 183 veces |
| de 38 a 50 mm. por debajo del ligamento inguinal | | 109 veces |
| de 51 a 62 mm. por debajo del ligamento inguinal | | 72 veces |
| de 63 a 75 mm. por debajo del ligamento inguinal | | 19 veces |
| de 76 a 87 mm. por debajo del ligamento inguinal | | — veces |
| de 88 a 100 mm. por debajo del ligamento inguinal | | 1 vez |

De todas las cifras citadas se desprende que el nacimiento alto de la femoral profunda es raro; aunque J. M. DUBRUEIL (5) anota siete observaciones de emergencia por encima del ligamento inguinal, es decir, en la iliaca externa, y DUBREUIL-CHAMBARDEL (4), cinco casos, y *que en todos nacía por su cara externa y descendía externamente con relación a la iliaca y luego a la femoral.*

En la observación que motiva este trabajo la femoral profunda emergía a 0,5 cm. del ligamento inguinal *pero en su cara anterointerna y se dirigía*

TABLA I

| | VIGUERIL | SRB | RICHEI | RUGE | AUBOULIN | ADACHI | GERLACH | DUBRUEIL- CHAMBARDEL |
|--|--------------|--------------|--------------|------|----------|--------|---------|-------------------------|
| | 308 CASOS | 200 CASOS | 120 CASOS | | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 460 CASOS |
| Por encima del ligamento inguinal | — | — | — | — | — | — | — | 5 |
| A nivel de ligamento inguinal | — | 2 | — | — | — | — | — | 1 |
| De 0,1 a 1 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | 28 | 5 | 58 | 1 | — | 1 | 16 | 10 |
| De 1,1 a 2 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | | 15 | | 4 | — | 11 | | 43 |
| De 2,1 a 3 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | 134 | 41 | 58 | 11 | 4 | 22 | 76 | 101 |
| De 3,1 a 4 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | | 58 | | 13 | 28 | 24 | | 131 |
| De 4,1 a 5 cm. por debajo del ligamento inguinal | 136 | 45 | 59 | 13 | 32 | 23 | 8 | 103 |
| De 5,1 a 6 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | | 16 | 3 | 7 | 26 | 13 | | 40 |
| De 6,1 a 7 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | 10 | 4 | 3 | — | 5 | 3 | 8 | 14 |
| De 7,1 a 8 cm. por debajo del ligamento inguinal . . | | — | | — | 1 | 5 | | — |
| De 8,1 a 9 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | — | — | — | — | — | — | — | 2 |
| De 9,1 a 10 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| De 10,1 a 11 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| De 11,1 a 12 cm. por debajo del ligamento inguinal . . . | — | 1 | — | — | — | — | — | — |

hacia adentro pasando sobre la vena femoral; esta posibilidad es rara, negada por algunos autores, como HALLER entre otros (4), pero aceptada por otros como J. M. DUBRUEIL (5), quien insistió en la posibilidad que tiene la femoral profunda de nacer en cualquier punto de la circunferencia de la femoral común. Las investigaciones de J. M. DUBRUEIL parecen haber sido des-

conocidas por la mayoría de los autores que hacen nacer la femoral profunda en la cara posterior o externa de la femoral común; sin embargo, GEGENBAUR (15) y DEBIERRE, han afirmado que puede nacer, en forma anormal naturalmente, de la cara anterior o interna (4).

En el mismo sentido opinan anatomistas de la categoría de GRAY, CUNNINGHAM (16) y LIPSCHUTZ (17), quienes consideran que cuando nace en el borde interno de la femoral común puede cruzar la vena femoral, por encima, como ocurre en nuestro caso.

JOHNSTON (18), citado por los autores mencionados, presenta un caso de femoral profunda con emergencia interna y alta, cruzando la vena femoral por delante para luego dirigirse hacia abajo, afuera y atrás.

Consideramos de interés quirúrgico el conocimiento de estas posibles anomalías o disposiciones de las ramas de la femoral en el 1/3 superior del



Fig. 2. — A) Femoral profunda. B) Femoral superficial. C) Circunfleja externa.

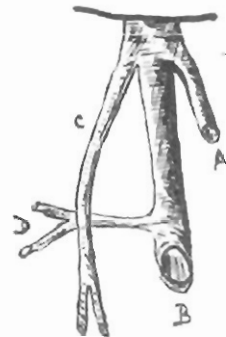


Fig. 3. — A) Femoral profunda. B) Femoral superficial. C) Arteria del cuádriceps. D) Circunfleja externa.

muslo para que puedan ser sorteadas las dificultades que su anomalía plantea; sobre todo cuando ocurren en la vecindad del cayado de la vena safena interna, que a veces requiere la sección o desbridamiento del ligamento de Allan Burns para poder realizar satisfactoriamente la ligadura de todas sus colaterales venosas y de la misma safena interna en su desembocadura en la vena femoral.

Constituye un imperativo de la ligadura del cayado de la vena safena interna, la visualización y disección del confluente safeno-femoral. En esta maniobra, lo habitual es encontrar la arteria pudenda externa inferior transcurriendo transversalmente debajo de la concavidad del cayado de la safena interna. En un porcentaje limitado de casos la presencia de la arteria pudenda externa superior se evidencia por un vaso paralelo al anterior pero que cruza el cayado de la safena interna por su cara superficial o convexa. Tal disposición de la anatomía normal, no implica dificultad en la disección del confluente safenofemoral. La anomalía que se comenta en este trabajo tampoco implica dificultad; pero un gesto o maniobra intempestiva o despreocupada del cirujano con sus instrumentos o del ayudante con su separador, confiados en la tranquilidad del conocimiento habitual de la región que enseña

la ausencia de toda relación de interés arterial de importancia a ese nivel, puede significar una sorpresa desagradable.

Con el mismo objeto transcribimos, de DUBREUIL-CHAMBARDEL (4), algunas disposiciones singulares en la división de la femoral común, ya señaladas por DUBRUEIL (5) y otros autores.

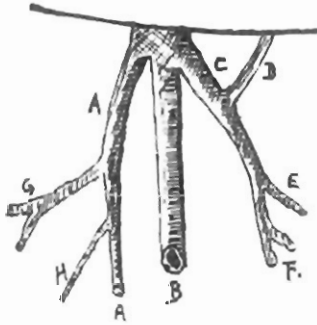


Fig. 4. — A) Femoral profunda. B) Femoral superficial. C) Tronco común para: D) Subcutánea abdominal; E) Pudendas; y F) Circunfleja externa. G) Circunfleja externa. H) Arteria del cuádriceps.

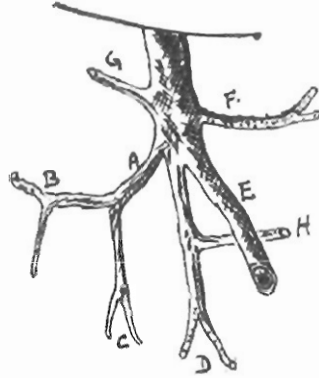


Fig. 5. — A) Tronco común para: B) Circunfleja externa; y C) Arteria del cuádriceps. D) Femoral profunda. E) Femoral superficial. F) Pudendas. G) Subcutánea abdominal. H) Circunfleja interna.

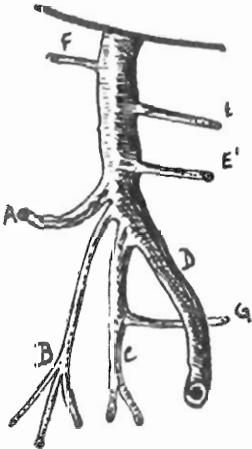


Fig. 6. — A) Circunfleja externa. B) Arteria del cuádriceps. C) Femoral profunda. D) Femoral superficial. E), E') Pudendas. F) Subcutánea abdominal. G) Circunfleja interna.

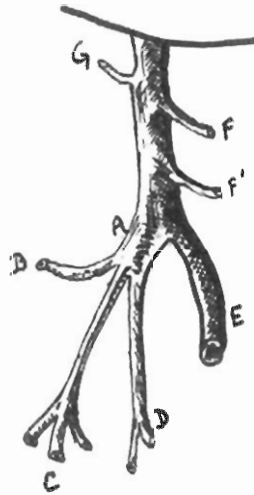


Fig. 7. — A) Tronco común para: B) Circunfleja externa; C) Arteria del cuádriceps; y D) Femoral profunda. E) Femoral superficial. F), F') Pudendas. G) Subcutánea abdominal.

Por debajo del ligamento inguinal, la arteria femoral puede dividirse en:
a) un vaso externo, la circunfleja externa; un vaso mediano, la femoral superficial; y un vaso interno, la femoral profunda (fig. 2).

b) un vaso externo, la arteria del cuádriceps; un vaso mediano, la femoral superficial; y un vaso interno, la femoral profunda (fig. 3). Esta variedad también ha sido referida por MARCELINO DUVAL (2, 3).

c) un vaso externo, la femoral profunda; un vaso mediano, la femoral superficial; y un vaso interno, tronco común para la sucutánea abdominal, pudentas y circunfleja interna (fig. 4).

d) un vaso externo, común a las circunflejas y arteria del cuádriceps; un vaso mediano, la femoral profunda; y un vaso interno, la femoral superficial (fig. 5).

e) dos vasos externos, circunfleja externa y arteria cuádriceps; y dos vasos internos, la femoral profunda y la superficial (fig. 6).

f) un vaso externo, tronco común para la circunfleja externa, arteria del cuádriceps y femoral profunda; un vaso interno, la femoral superficial (fig. 7).

RESUMEN

Basándose en la observación de un caso operado de varices, se resalta el interés quirúrgico que tiene el conocimiento de las posibles anomalías en las ramas de la arteria femoral en su tercio superior, al objeto de evitar —sobre todo en las operaciones sobre el cayado de la safena interna— cualquier maniobra intempestiva perjudicial. Se exponen las más frecuentes.

SUMMARY

Anomalies of the femoral artery branches are described. The value of this knowledge in the operative procedures at the safeno-femoral junction is emphasized.

BIBLIOGRAFÍA

1. GRAY. — "Anatomía Humana". Tomo I. 28.º Edición. Buenos Aires, 1949.
2. TESTUT. — "Anatomía Humana".
3. TESTUT-JACOB. — "Tratado de Anatomía Topográfica". Tomo II. 5.ª Edición. Salvat Editores. Barcelona, 1932.
4. DUBREUIL-CHAMBARDEL, R. — "Variations des artères du pelvis et du membre inférieur" Volumen I. Masson et Cie., Editeurs. Paris, 1925.
5. DUBRUEIL, J. M. — "Des Anomalies artérielles". Paris, 1847.
6. POIRIER. — "Angeiologie", 3.ª Edición. Paris.
7. VIGUERIE. — Thèse de Paris. 1847. Citado por DUBREUIL-CHAMBARDEL. "Variations des artères du pelvis et du membre inférieur".
8. SRB. — *Ueber d. Verhalten d. Art. fem. Oesterr.* "Zeitfür Prakt". Bd. VI. 1860.

9. RICHET. — "Traité d'Anatomic médico-chirurgicale". 1860.
10. RUGE. — *Varietäten in gebiete der Arteria femoralis*. "Morph. Jahrbuch", Bd. XXII. 1895.
11. AUBURTIN. — *Die beiden Arteria circonflexa femoralis*. "Anat. Anzeiger", Bd. XXVII. 1905.
12. ADACHI. — *Ueber die Blutgefäße der Japonen*. "Zeitschrift Med. Ges.". 1898.
13. GERLACH. — "Handbuch des special Anat." Leipzig, 1892.
14. QUAIN. — "The Anatomy of the arteries". Londres, 1844.
15. GEGENBAUR. — "Lehrbuch der Anatomic des M." 1883.
16. CUNNINGHAM, D. J. — "Anatomía Humana". Tomo II. 8.^a Edición traducida. Barcelona-Buenos Aires, 1949.
17. LIPSCHUTZ. — *A composite study of the femoral artery*. "Anat. Rec.", volumen X, 1916.
18. JOHNSTON. — *A rare Anomaly of the Artery profunda femoris*. "Anat. Anz.", volumen XLII, 1912.

EXTRACTOS

DEDUCCIONES DE LA ESTADISTICA HOMOGENEA DE 186 ARTERITIS. LUGAR DEL TRATAMIENTO MEDICO; SU ASOCIACION CON LA CIRUGIA (Enseignements a tirer de la statistique homogene de 186 arterites. La place du traitement medical; son association avec la chirurgie). — PATEL, J.; CORMIER, J. - M.; LATASTE, J. «La Presse Médicale», vol. 66, n.º 54, pág. 1245; **12 julio 1958.**

El interés de este artículo se basa en la experiencia obtenida en el tratamiento de 186 arteríticos con la asociación médico-quirúrgica.

Simpatectomía (66 veces). Los resultados según los distintos estadios de la clasificación de LERICHE y FONTAINE fueron:

En el *estadio II*: Comprende $\frac{3}{4}$ partes de los casos, con una muerte postoperatoria en un síndrome oclusivo quizá por hematoma retroperitoneal y una agravación brutal con isquemia aguda del mismo lado y amputación. El resto obtuvo mejoría inmediata o la estabilización, manteniéndose así sólo la mitad, debiendo recurrir a tratamiento médico sobreañadido en la otra mitad por empeorar su afección. Con este tratamiento mejoraron todos, menos tres que se agravaron y dos en los que fué necesario amputar.

En los *estadios III y IV a*, donde la simpatectomía se efectuó después de un tratamiento médico por brote evolutivo, se obtiene aún un 75 % de buenos resultados inmediatos: cicatrización de las lesiones. En el 25 % restante (4 de ellos diabéticos) hubo que llegar a la amputación. Con la simpatectomía sola se mantiene el 20 % sólo de los resultados iniciales, habiéndose beneficiado el resto de un tratamiento médico sobreañadido, excepto 5 en que fué necesario amputar.

Intervenciones quirúrgicas restauradoras (18 enfermos). En la arteriografía todos presentaban trombosis segmentarias.

Una *anastomosis arteriovenosa*, proximal arterial-distal venosa, llevó a la gangrena y amputación.

De 5 *homoinjertos*, 2 fueron favorables, uno se trombosó precozmente aunque mejoró, uno iliaco ocasionó un hematoma retroperitoneal mortal, y otro se trombosó llevando a la gangrena y amputación que no fué soportada por el enfermo.

De 12 *endarteriectomías*, 2 femorales obtuvieron una permeabilidad transitoria pero mejoraron; el resto fueron ilíacas (en 2 aortoiliacas) ocasionando una gangrena, dos muertes (shock operatorio, anuria), 3 buenos resultados y mejoría en el resto pero con ayuda de tratamiento médico.

Tratamiento médico. Rara vez se ha empleado solo. En 32 casos el terreno era poco favorable para la cirugía. Por lo general fué preoperatorio

durante brotes evolutivos o bien como continuación a largo plazo de la operación.

a) *Los brotes evolutivos.* — Entendemos por ello cualquier agravación de aquellos estadios. Comprende 54 casos, y han sido utilizados dos tipos de terapéutica: 1) perfusión intravenosa continua de heparina en dosis inicial de 400 mg. aumentada o disminuída para mantener un tiempo de coagulación alrededor de los veinte minutos, durante unos diez días, y a la que se añadieron con frecuencia vasodilatadores y novocaína; 2) Infiltraciones intraarteriales asociando heparina (100 mg.), novocaína (20 c. c.), peridil y nicyl, en inyecciones cotidianas y repetidas durante diez a veinte días. A veces ambas terapéuticas se han empleado a la vez. Tanto una como otra dan resultados superponibles.

En el *estadio II* detienen el brote evolutivo y permiten el tratamiento quirúrgico en una arteritis mejorada o estabilizada.

En el *estadio III* 4 veces entre 5 suprimen los dolores de decúbito y evitan la evolución hacia la gangrena.

Ante una *isquemia aguda arterítica* de igual modo es con frecuencia favorable: 3 veces entre 4 evitan la gangrena.

En el *estadio IV a*, de gangrena parcelaria, los fracasos son numerosos, no pudiendo evitar la amputación en más de un tercio de los casos: la edad es un elemento pronóstico importante, ya que casi la totalidad de los fracasos se obtienen más allá de los 70 años.

En el *estadio IV b*, los fracasos son casi constantes, lo cual no debe sorprender; pero el solo hecho de que el tratamiento haya evitado la amputación en 2 entre 16 enfermos hace pensar que no debemos limitar las indicaciones de dicho tratamiento, por otra parte sin inconvenientes.

b) *Tratamiento vasodilatador por vía general, discontinuo.* — Se ha practicado en 98 enfermos, en 18 por que determinadas circunstancias contraindicaban el tratamiento quirúrgico, en los 80 restantes fué consecutivo al tratamiento quirúrgico. Se emplearon el nicyl, el dilvasene, el peridil y la regitina. Rechazado por algunos por posibles accidentes cerebrales o isquémicos (vasodilatación de las zonas sanas a expensas de las enfermas) no hemos observado accidentes.

Rara vez tiene efectos espectaculares, pero suele mejorar o estabilizar más de un 70 % de enfermos, en especial los que han sido simpatectomizados previamente. El tratamiento debe ser repetido, pues su efecto no es perdurable.

Por tanto nos parece que esta forma de tratamiento sólo viene limitado por su duración limitada y por los mejores resultados de la cirugía en el estadio II.

Nos parece lógico, pues, proponer de entrada, si no existe contraindicación, el tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico tiene un interés complementario cierto: como tratamiento sistemático tras la intervención (antiaterógenos. anticoagulantes. a largo plazo) o para mejorar al enfermo cuando disminuyen los efectos de la intervención.

Amputación (66 veces entre 65 enfermos, cerca de un tercio de los 186). En el *estadio II*, 7 entre 61 enfermos: uno tras establecer una fístula

arteriovenosa terapéutica, otro por trombosis arterial y venosa tras un injerto, otro por isquemia grave tras simpatectomía, cuatro que no siguieron tratamiento médico a continuación de simpatectomía (3) y de endarteriectomía (1) y volvieron al cabo de años en plena gangrena.

En el *estadio III*, 6 entre 31 enfermos, 5 de ellos precozmente por fracaso de la terapéutica y uno tras mejoría de dos años.

En el *estadio IU a*, 13 entre 46 enfermos, los cuales no obtuvieron beneficio del tratamiento.

En el *estadio IU b*, entre 42 enfermos sólo escaparon 2 (citados antes como resultado sorprendente de la terapéutica médica), falleciendo 6 que se hallaban en condiciones generales muy deficientes.

Es estado de *isquemia aguda*, 3 entre 6 fueron amputados (2 de ellos sin terapéutica médica, 1951).

Este número elevado de amputaciones se explica por que más de la mitad de los 186 enfermos (88) fueron vistos por primera vez en estado de gangrena debutante o extensa, dando 50 amputaciones entre las 66.

La *mortalidad* global da la cifra de 49. Eliminando los 6 que murieron poco después de su ingreso por gangrena extensa, 21 lo hicieron a continuación de la amputación, la mayoría sobrepasaba los 70 años de edad. La amputación en los arteríticos ancianos es causa frecuente de muerte. La técnica empleada no parece en estos casos haber sido posible causa de la muerte.

En el resultado del tratamiento entra en juego aún el *tipo de enfermedad*. Se presentaron como enfermedad de Bürger 5 enfermos, en los que la medulectomía o la suprarenalectomía hallaron una indicación particular. Observamos 31 diabéticos, sin que salvo en 2 casos (coma diabético tras la amputación) quepa imputar al trastorno metabólico influencia alguna sobre la enfermedad arterial dadas las posibilidades actuales.

Los resultados globales dan cuenta del interés del tratamiento precoz.

En el *estadio II* entre 61 enfermos sólo hubo 4 agravaciones a distancia y aún sin seguir tratamiento médico después de la intervención. En este estadio el tratamiento es susceptible de devolver a los enfermos una actividad absolutamente normal.

En el *estadio III* el pronóstico es menos favorable. El 20 % de los enfermos no pudieron evitar la amputación precoz o tras una mejoría de dos o tres años. La asociación del tratamiento quirúrgico y médico devolvió al resto una actividad social.

En el *estadio IU a* el tratamiento médico y quirúrgico da todavía resultados bastante satisfactorios. Obtenida la cicatrización el enfermo pasa a la fase de claudicación intermitente durante varios años.

En el *estadio IU b*, por el contrario, el tratamiento es casi siempre inoperante, aunque debe ensayarse (véase los dos casos citados antes).

Ante un *síndrome de isquemia aguda*, la amputación podrá evitarse con frecuencia por la perfusión intravenosa continua de heparina.

Estos resultados muestran que incluso en los sujetos ancianos las intervenciones hiperemiantes y el tratamiento vasodilatador conservan una verdadera eficacia.

La mortalidad en los amputados ancianos es elevada esencialmente por complicaciones cerebrales y coronarias, que son las que de igual modo gravan la evolución a distancia de las arteritis tratadas más precozmente.

ALBERTO MARTORELL

LA VASCULARIZACION ARTERIAL DE LA MEDULA. INVESTITACIONES ANATOMICAS Y APLICACIONES A LA PATOLOGIA MEDULAR Y A LA PATOLOGIA AORTICA (La vascularization MEDULAR Y A LA PATOLOGIA AORTICA (La vascularisation pathologie médullaire et à la pathologie aortique)). — LAZORTHES, G.; POULHES, J.; BASTIDE, G.; ROULLEAU, J.; CHANCHOLLE, A. - R. — «Neuro-Chirurgie», tomo 4, n.º 1, pág. 3; 1958.

El estudio de las arterias y en particular el de las del sistema nervioso central se ha beneficiado en gran manera de los progresos técnicos de los últimos años. Gracias a la inyección de los vasos por materias plásticas (tipo resinas vinílicas) coloreadas seguido de corrosión o por sustancias radiovisibles (tipo bario coloidal) seguido de radiografías aumentadas, pueden obtenerse nuevas precisiones.

Las investigaciones efectuadas por los autores les llevaron a las siguientes conclusiones:

La vascularización arterial de la medula se divide en esencia en tres territorios: uno, superior, que corresponde a la medula cervical y a los dos o tres primeros segmentos dorsales, de vascularización muy rica y dependiente de tres a cuatro arterias; otro, inferior, que corresponde a la dilatación lumbosacra y a los dos o tres últimos segmentos dorsales, de rica vascularización pero dependiente sólo de una arteria que denominan arteria de la dilatación lumbar; y otro, intermedio, que corresponde a los segmentos dorsales medios, de vascularización relativamente pobre.

Se estudia su distribución y la de las arterias del surco medio anterior. Numerosas arterias de la red periférica penetran en corona en la medula e irrigan la substancia blanca y los cuernos posteriores. Las arterias centrales o arterias del surco medio anterior irrigan los cuernos anteriores, el centro de la medula y la base de los cuernos posteriores de la medula. Estas arterias son terminales: su compresión y su obliteración son de graves consecuencias.

Las arterias medias anteriores son más numerosas y de mayor calibre a nivel de las dilataciones cervical y lumbar (en relación con la importancia de la substancia gris y en particular de los cuernos anteriores a dichos niveles). La región dorsal media, por el contrario, tiene una pobre vascularización.

Se analiza luego el factor arterial en las compresiones medulares traumáticas y por tumores y en las mielopatías, y la preocupación arterial en las técnicas neuroquirúrgicas. El mayor conocimiento de las arterias de la

medula aclara la patogenia de las afecciones medulares y permite comprender por qué ciertas regiones se afectan con mayor frecuencia que otras, así como el que el factor vascular intervenga más de lo supuesto en las afecciones citadas antes.

En cuanto a la patología de la aorta toracoabdominal se señala que:

1.º Los *aneurismas* de la aorta torácica o abdominal, disecantes o arteriosclerosos, se complican de trastornos medulares y a veces de paraplejía, explicables dado que los segmentos dorsales inferiores, lumbares y sacros dependen de la permeabilidad de una sola arteria, la arteria de la dilatación lumbar.

2.º La *arteritis obliterante* de la aorta abdominal o de las arterias lumbares puede también ser el origen de lesiones medulares extensas.

3.º El «*clamping*» temporal del sector toracoabdominal de la aorta en una operación de aneurisma de este vaso puede determinar lesiones medulares isquémicas con paraplejía a veces importante y persistente.

4.º La *aortografía abdominal* puede ir seguida de complicaciones medulares debidas, probablemente, a la obliteración de la arteria principal del sector lumbosacro. Debe admitirse que la aortografía presenta cierto peligro en los sujetos afectos de lesiones vasculares difusas.

ALBERTO MARTORELL

APLICACION CLINICA DE UN NUEVO VASODILATADOR (Zur klinischen anwendung eines neuen vasodilatans). — KAINDL, F.; PÄRTAN, J.; POLSTERER, P. «Wiener Klinische Wochenschrift», vol. 68, n.º 11, pág. 186, 1956.

Aparte de unas determinadas normas y de los medios fisioterápicos y quirúrgicos, en el tratamiento de los trastornos circulatorios periféricos tienen un importante papel los vasodilatadores de acción directa o indirecta. Según su acción sobre las distintas regiones vasculares los vasodilatadores pueden clasificarse en tres grupos: dilatadores de los vasos cutáneos (Prisol, derivados del ácido nicotínico, etc.); dilatadores de los vasos mayores, en especial por inyección intraarterial (papaverina, Dilatol, etc.); y por último, dilatadores que aplicados en forma adecuada ejercen su efecto sobre los vasos cutáneos, los de los músculos y las arterias de mayor calibre de tipo muscular (acetilcolina y sus derivados). No obstante, en los trastornos circulatorios periféricos intensos, mediante la vasodilatación cutánea sólo se consigue una leve mejoría poco satisfactoria terapéuticamente. Con la inyección intraarterial de acetilcolina (método de SINGER) la vasodilatación puede hacerse más intensa. Y más recientemente, HANSEN ha demostrado que el trifosfato de adenosina actúa con mayor energía que la acetilcolina. Por otra parte, esta última puede ocasionar por una vasodilatación anormal un reflejo espasmódico peligroso en la extremidad afecta (SINGER). Por ello y por lo doloroso de las inyecciones intraarteriales, así como para prolon-

gar su efecto, la administramos en perfusión intraarterial continua, asociada o no a antibióticos y sulfamidas.

Aunque la vasodilatación por inyección intraarterial es la más eficaz, fracasará si la arteria está obstruída. En tales casos sólo puede recurrirse a la administración oral o parenteral de sustancias vasodilatadoras, entre las cuales el Dilatol ocupa un importante lugar. Sin embargo, este procedimiento ocasiona en la mayoría de los pacientes una taquicardia prolongada intensa muy desagradable.

Recientemente Philips-Roxane, de Wesp (Holanda), nos ha proporcionado para ensayo un producto semejante al Dilatol, el Fenoxisopropil-nor-Suprifén (Caa 40, marca de fábrica: Duvadilan). Nos sorprendió su efecto vasodilatador superior al Dilatol, a la vez que acelera menos la frecuencia cardíaca. He aquí los resultados.

Método — Se administró por vía intraarterial, intravenosa, intramuscular, hipodérmica y oral, comprobando sus efectos en individuos normales y en afectos de distintos trastornos circulatorios: 7 normales, 26 arteriosclerosos, 2 endangiéticos obliterantes y 3 Raynaud.

Se comprobó su tolerancia y su acción en variados aspectos. Se interrogó y exploró detalladamente a los enfermos, antes y después de la administración de Caa 40. Se estudió, además, su efecto sobre la circulación menor en la estenosis mitral y sobre la circulación renal.

Resultados. — Tuvo una buena tolerancia por todas las vías, tanto local como general. No dió lugar a trastornos en el cuadro hemático. El aumento de la frecuencia cardíaca, empleando la vía endovenosa (10 mg. en 10 c. c. de suero fisiológico, inyectados en 10 minutos), fué transitorio y moderado, nunca desagradable; no se observó por vía oral (20 mg.). Aparte de la vía oral, lo más efectivo ha sido la vía intramuscular. A las dosis más frecuentes (20 mg. oral ó 10 mg. intramuscular) no modificó sensiblemente las tensiones sistólicas y diastólica ni el electrocardiograma.

En una Tabla se exponen los resultados obtenidos en 23 pacientes tratados durante varias semanas con las dosis especificadas. De ella se deduce lo siguiente: Los enfermos con claudicación intermitente, sin dolores nocturnos o en reposo y en los que los trastornos tróficos cutáneos no revestían caracteres de gravedad, mejoraron notablemente. Desaparecieron las molestias de los enfermos que tenían intolerables dolores nocturnos o en reposo. Ahora bien, cuando se quiere establecer qué vasos son los que responden al Caa 40, debe tenerse en cuenta que: Los pacientes no notan sensación subjetiva termógena alguna, siendo despreciable el aumento de temperatura. Tampoco observan el menor enrojecimiento de la piel. De ello cabe pensar que los vasos cutáneos no se dilatan por el Caa 40 ó lo hacen en escasa proporción. Experimentalmente, por reografía, puede determinarse un aumento considerable de las curvas, con nivelación de la onda dícrota, inmediata en la inyección endovenosa y a los 8-10 minutos en la intramuscular.

El cambio observado en las curvas es típico de una disminución del tono parietal vascular, de una relajación vascular. En los vasos normales aparece a los 10 minutos y en los patológicos a los 30-40.

Si el Caa 40 se administra por vía endovenosa en pequeñas cantidades,

cada vez se registra un notable aumento de amplitud, desapareciendo la onda dicrota para reaparecer de medio a un minuto después. Si a continuación se inyecta de nuevo otra pequeña dosis, el efecto se repite pero la amplitud es aún mayor. El fraccionamiento de la dosis en esta forma permite a los vasos dilatarse de modo considerable. El máximo efecto se mantuvo sin disminución 60 minutos, conservando todavía a las tres horas una amplitud evidente respecto a los valores iniciales. En los casos de obstrucción o esclerosis vascular, si los vasos colaterales eran dilatables, también se observó su efecto.

Las pruebas sobre la circulación renal (por inulina y «clearance» del ácido para-amino-hipúrico) no dieron resultados uniformes. Nunca disminuyó el flujo sanguíneo, pero tampoco se demostró su aumento, si bien el número de pruebas es por ahora insuficiente. Sin embargo, la experimentación animal hace suponer que se lograrán conseguir progresos en dicha circulación. El efecto sobre los vasos coronarios es difícil de determinar subjetivamente.

Por cateterismo cardíaco hemos podido comprobar el efecto del Caa 40 sobre la presión en el sistema circulatorio menor y sobre el volumen minuto cardíaco en pacientes con estenosis mitral. Los resultados se exponen en una Tabla. El rendimiento cardíaco permaneció inalterado. Señalemos que en dos de estos pacientes con hipertensión pulmonar positiva por estenosis mitral se produjo un descenso de la presión en las arterias pulmonares, lo que no pudo comprobarse exactamente en otros 15 afectos de estenosis mitral grave. No obstante, en un caso con esclerosis pulmonar primaria que mostraba acrocianosis evidente y disnea pronunciada, creemos con firmeza que el Caa 40 logró una disminución de la presión pulmonar y mejoró el recambio de gases. Por ello recomendamos su aplicación e investigación en casos similares, en especial en los complicados de reflejos vasculares espasmódicos (asma bronquial, enfisema pulmonar, etc.).

Comparado con el Dilatol, en cuanto al tratamiento de los trastornos circulatorios, el Caa 40 tiene la ventaja de que a dosis activas no provoca aumento de la frecuencia cardíaca. Comparado con la acetilcolina, su actividad es mucho más duradera, y además su inyección no ocasiona sensaciones dolorosas ulteriores. Tampoco se observan reacciones secundarias a la medicación. El efecto vasodilatador de los preparados imidazólicos (Priscol, p. e.) y derivados del ácido nicotínico queda limitado principalmente a los vasos cutáneos, con efecto beneficioso solamente en los trastornos funcionales, provocando a veces hipotensión a dosis elevadas.

En resumen, creemos que la introducción del Caa 40 en la terapéutica de los trastornos vasculares periféricos de naturaleza orgánica y funcional constituye un positivo adelanto y una valiosa contribución al tratamiento conservador aplicable hasta la fecha.

ALBERTO MARTORELL

CAUSAS DE FRACASO TARDIO DE LA TERAPEUTICA CON INJERTOS EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA PERIFERICA (The causes of late failures in grafting therapy of peripheral occlusive arterial disease). — SZILAGYI, D. EMERICK; WHITCOMB, JOHN G.; SMITH, ROGER F. «Annals of Surgery», vol. 144, pág. 611; 1956.

La multitud de factores que llevan al éxito o al fracaso de los injertos vasculares han sido aquilatados a la luz de la experiencia. Después de observar los resultados en 120 casos, el análisis crítico merece un detenido estudio. Queda incluida la angiografía en todos los fracasos inmediatos (23), en la mayoría de los tardíos (20 de 21) y en 74 de 76 casos de éxito. Si los injertos permanecen permeables sobrepasada la fase postoperatoria y funcionan otros tres meses, existe un período de vulnerabilidad entre 7 y 12 meses después de la operación, en el cual el fracaso es relativamente frecuente. Después de 18 meses de buen funcionamiento el éxito parece asegurado.

En los vasos más pequeños del muslo hubo menos resultados satisfactorios que en los reemplazamientos de aorta o vasos de la pelvis. Las diferencias de técnica constituyeron factores de menor importancia. La anastomosis distal terminolateral fué mejor que la terminoterminal; en la proximal, ambos procedimientos fueron buenos. Sin embargo, la comparación no es ideal ya que la sutura terminoterminal fué la regla en los injertos de ilíaca y de aorta, mientras que el «by-pass» con sutura terminolateral gozó de favor en el muslo. Es muy probable que el fracaso del procedimiento fuera debido más a la progresión de las alteraciones de la íntima, inmediatamente distal a la anastomosis, que a una estenosis de la propia anastomosis.

El papel del injerto en el fracaso tardío se valoró después de extirpado y examinado en 16 de los 21 casos. En los 5 restantes, los injertos no parecían estar alterados. De los 16 examinados, aunque existían alteraciones fibróticas e inflamatorias, los injertos constituían tubos intactos en 13 pacientes. Uno quedó afectado por supuración de la herida operatoria y otros dos trombosados en las porciones estrechadas por la sutura de las ramas colaterales. Los datos obtenidos del estudio más lejano de algunos de los injertos seguidos de éxito indican que habían ocurrido o que ocurrirían en los mismos alteraciones o fracasos, puesto que los angiogramas demostraron irregularidades, dilataciones, aneurismas y trombosis murales. Estas alteraciones se han observado en 12 injertos. La tolerancia al homoinjerto es cuestión que tampoco se puede predecir.

Si dejamos de lado los factores de posición o tamaño del vaso, la técnica del procedimiento y la naturaleza del injerto, parece existir una franca correlación entre la extensión de la enfermedad oclusiva y el éxito operatorio. Si la enfermedad está localizada al segmento reemplazado o salvado por el «by pass», existen mayores posibilidades de éxito que en los casos en que la afección comprende las arterias por encima o por debajo del segmento ocluido. Esto es mucho más patente cuando se trata de la arteria poplítea y sus ramas.

LA TROMBOSIS AORTICA COMO CAUSA DE HIPERTENSION; ESTUDIO ARTERIOGRAFICO (Aortic thrombosis as a cause of hypertension; an arteriographic study). — WYATT, GEORGE M. y FELSON, BENJAMIN. «Radiology», vol. 69, pág. 676; 1957.

Los autores presentan tres casos de hipertensión grave que se desarrolló consecutivamente a la progresión de una trombosis aórtica y que comprendía la arteria renal. En los tres casos la extirpación del riñón afectado dió como resultado la pronta desaparición de la hipertensión. Cada uno de los casos se documenta con buenos aortogramas.

El diagnóstico de trombosis de la aorta abdominal baja se hizo basándose en la clínica, en una mujer normotensa de 35 años de edad. En la operación se vió que la extensión proximal de la trombosis alcanzaba hasta por debajo de las arterias renales. Se le practicó una simpatectomía lumbar bilateral. Tres años más tarde desarrolló una grave hipertensión con síntomas típicos, y la pielografía intravenosa demostró un mal funcionamiento del riñón izquierdo. Por aortografía se observó la aorta ocluída, justo distalmente a las arterias renales con oclusión parcial del orificio de la arteria renal izquierda. La arteria renal derecha era normal. La presión sanguínea se normalizó después de la nefrectomía izquierda. El riñón que se extrajo era relativamente pequeño y mostraba una atrofia difusa, pero no infarto. Dos años más tarde volvió a presentar hipertensión, encontrándose en repetidas aortografías que el orificio de la arteria renal derecha estaba estenosado.

En el segundo paciente, hombre de 45 años de edad, normotenso, observamos por aortografía una oclusión de aorta, justo debajo de la arteria renal. Se practicó una simpatectomía lumbar bilateral. En el año siguiente se desarrolló una hipertensión mostrando una serie de aortografías que el nivel de la trombosis había progresado hasta justo debajo de la arteria renal izquierda. Películas posteriores nos mostraron una débil irrigación por la arteria renal derecha. Después de una nefrectomía derecha, la hipertensión desapareció. El riñón extraído era pequeño con zonas de hemorragia e infarto.

Al tercer paciente, mujer de 35 años de edad, con una presión sanguínea de 150/90, se le practicó, debido a trombosis, una resección de la aorta abdominal baja y de las ilíacas comunes con homoinjerto en la bifurcación. Desarrolló una aguda hipertensión dos semanas más tarde, y un aortograma repetido nos mostró un defecto de irrigación por la arteria renal derecha con una circulación retardada en este vaso. Se le practicó nefrectomía derecha, y en cinco días la presión sanguínea descendió a 140/90. La presión sanguínea ha permanecido a este nivel durante ocho meses.

Estas observaciones nos sugieren que una aguda hipertensión desarrollada en un paciente con trombosis aórtica indica la afectación de uno de los orificios de las arterias renales. A pesar de que la aortografía no se recomienda como un estudio de rutina, en la valoración de los pacientes hipertensos en la situación antes mencionada puede ser de una gran ayuda.

FLEBECTASIAS YUGULARES. COMENTARIOS A RAIZ DE CUATRO OBSERVACIONES. — PATARO, V. F.; CROSBIE, J. C.; MARTÍNEZ CONDE, R. «Boletines de la Sociedad Argentina de Angiología», vol. 1, n.º 2; **junio agosto 1956.**

La flebectasia yugular como entidad pura ha sido muy poco descrita en la literatura médica. HARRIS (1928) y ZUSCHNERDT (1929) la mencionan. Luego recibe diferentes nombres: «dilatación fusiforme anormal venosa» (GRERWIG), «quiste sanguíneo» (LECENE y LERICHE), «venomas» (TICHOFF), etcétera.

Estos tumores son debidos a una deformidad de un sector del sistema venoso yugular, terminado en forma de saco o bien dilatándose formando una gruesa ampolla. Son reductibles y se distienden con el esfuerzo. Se presentan con escasa frecuencia.

Su diagnóstico, según GRERWIG, debe hacerse con los tumores como los quistes del mediastino superior, divertículo laríngeo, dilataciones venosas de estasis y comunicación anormal de los sistemas venosos del cuello. Incluso tumores sólidos, linfomas, higromas, adenitis crónicas, procesos agudos supurados, aneurismas y tumores quísticos pueden inducir a error.

Los rayos-X, laringoscopias, etc. así como su localización, su consistencia blanda, la opacidad a la luz, el buen estado general del paciente, la ausencia de pulsatilidad y «thrill», permiten descartar otras tumoraciones en nuestros 4 casos estudiados. Un carácter era evidente y constante, el aumento de tamaño y consistencia al esfuerzo o en la prueba de Valsalva y en menor grado con el decúbito dorsal.

No se efectuaron punción exploradora ni angiografía previas al acto quirúrgico.

Se presentan 4 casos de flebectasia yugular genuína, tres de ellos confirmados operatoriamente y uno sin intervenir aún. En los tres se procedió a la resección del sector afectado, en la mayor extensión posible.

Se resumen cinco observaciones más de ZUKSCHWERD (1); HARRIS (1); ROWE (1); y AUBERT, MARTIN y ROCHARD (2).

Comentario.

Las flebectasias de las venas yugulares, externa e interna, están consideradas como raras y realmente son escasas las observaciones publicadas. Sin embargo, nosotros hemos reunido cuatro pacientes con esta afección en cinco años.

Creemos que cuando la dilatación asienta en la vena yugular externa, el diagnóstico positivo no ofrece dificultad alguna.

No ocurre lo mismo cuando la afectada es la vena yugular interna. Las posibilidades diagnósticas son varias, pero debe tenerse siempre presente la flebectasia yugular y proceder en consecuencia. Hay un elemento clínico de singular valor y al que debe acreditársele el mérito del diagnóstico, es el aumento del tumor a los esfuerzos. Ha estado presente en todas nuestras observaciones y tiene analogía con el sinus pericranii. Este signo tiene para nosotros una significación casi patognomónica. Existe una anomalía

congénita, el laringocele externo que se manifiesta ostensiblemente con los esfuerzos y los movimientos respiratorios, es una tumoración elástica, blanda, reductible, pero es un tumor gaseoso y como tal timpánico a la percusión. De cualquier manera cuando se duda quedan aún dos recursos de valor, la punción y la consecutiva angiografía.

No queremos terminar estos comentarios sin agregar que los términos de quiste venoso, venomas, aneurismas venosos, utilizados por algunos autores, deben ser sustituidos por el mejor de ellos, flebectasia, que responde clínica y anatomopatológicamente a la realidad.

ALBERTO MARTORELL

INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA QUE SIMULO UNA FISTULA ARTERIOVENOSA EN EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO (COMUNICACION DE UN CASO CLINICO). — BENAVIDES DE ANDA, PATRICIO H. y GUZZY DE LA MORA, PEDRO. «Archivos del Instituto de Cardiología de Mexico», tomo 28, n.º 2, pág. 221; **marzo-abril 1958.**

La insuficiencia tricuspídea tiene entre sus signos característicos el latido venoso periférico. Nuestro caso tenía este signo, sólo que exclusivamente en el miembro inferior derecho y con una intensidad muy grande. Fueron estas dos circunstancias unidas las que llevaron a los clínicos al diagnóstico equivocado de fístula arteriovenosa, diagnóstico que fué descartado con absoluta seguridad con el auxilio del cateterismo venoso, que demostró plenamente el diagnóstico de una gran insuficiencia tricuspídea.

Caso clínico. — M. A. E., mujer de 56 años. Fecha de estudio: 22-V-57.

Antecedentes: A los 37 años cayó en un pozo de 19 metros de profundidad, se produjo un esguince de la articulación tibiotarsiana y fractura de dos costillas, ambos del lado derecho. Ningún otro antecedente traumático.

A los 43 años aparición de varices en el miembro inferior derecho que rápidamente alcanzaron un gran desarrollo, eran pulsátiles y dolorosas; al mismo tiempo apareció edema de miembros inferiores, principio en el lado derecho, pero pronto se hizo bilateral y llegó a alcanzar la mitad inferior del abdomen. Durante once años esta sintomatología quedó estacionaria.

A los 54 años empezó a padecer disnea de esfuerzo rápidamente progresiva, que en unos días se hizo de decúbito. Ha padecido con frecuencia palpitaciones arrítmicas.

En el momento de hacer la historia clínica la paciente seguía en insuficiencia cardíaca congestivo-venosa.

Tuvo seis embarazos, de los cuales uno terminó en aborto de 4 meses. Menopausia a los 52 años.

Exploración: Disnea objetiva, no tolera el decúbito. Cianosis ungueal +. Obesidad + + +. Latido arterial visible en la base del cuello; «thrill» sistólico en regiones carótidas. Carótidas endurecidas y flexuosas. Yu-

gulares ingurgitadas + + + +, con replección venosa retrógrada y pulso yugular sistólico.

Región precordial: Latido apexiano amplio en 6.º espacio intercostal izquierdo sobre línea axilar anterior. Primer ruido de intensidad disminuida, parcialmente oculto por soplo holosistólico + + a + + +, que irradia a axila, dorso y mesocardio. Retumbo + a + +. Foco tricuspídeo: soplo holosistólico + a + +, con refuerzo en la apnea postinspiratoria. Focos aórtico y accesorio aórtico: soplo holosistólico + +, rudo, que irradia a los vasos del cuello; acentuación del 2.º ruido con timbre clangoroso y pequeño soplo protodiastólico +. Foco pulmonar: soplo sistólico probablemente irradiado del foco aórtico, 2.º ruido acentuado.

Tórax: Aumento de la sonoridad a la percusión, disminución del ruido respiratorio y espiración prolongada. Abdomen globoso, red venosa más notable en el lado derecho. Borde inferior hepático a 8 cm. por abajo del borde costal sobre la línea medioclavicular, hígado pulsátil, doloroso y con aumento de su consistencia; reflujo hepatoyugular. Pulso radial bigeminado, frecuencia media de 80 por minuto. Arterias endurecidas + + + y flexuosas. T. A. 140/70. Edema de miembros inferiores hasta la raíz del muslo, en el derecho + + + + y en el izquierdo + +, el edema se extiende hasta el tercio inferior de la pared abdominal y a la región sacra; aumento de la pigmentación en el tercio inferior de la pierna derecha. En el miembro inferior derecho existen varices ampulares, flexuosas, dolorosas a la palpación y extraordinariamente pulsátiles, que no desaparecen con la elevación del miembro, están muy desarrolladas en el territorio de la safena interna, inmediatamente por abajo de la rodilla y en cara interna del muslo. En el pliegue inguinal derecho se ausculta un soplo sistólico + +. Al comprimir la raíz del muslo la frecuencia cardíaca bajó de 80 a 60 por minuto. No existen varices en el miembro inferior izquierdo.

La paciente ha sido atendida en la Consulta Externa del Instituto Nacional de Cardiología desde el 23-IV-56.

Exámenes de laboratorio y gabinete: Telerradiografías del tórax. Cardiomegalia + + + a + + + + con crecimiento global del corazón, pero fundamentalmente de las cavidades derechas.

Aortografía lumbar y arteriografía femoral derecha: En ninguno de los dos estudios se obtuvo paso de sustancia opaca al territorio venoso. El árbol arterial de ambos miembros inferiores es normal.

Venografía de la safena interna: Dilatación, flexuosidad y un verdadero aneurisma a nivel de su cayado. No se logró paso de sustancia opaca a las arterias.

Electrocardiograma (23-IV-56): El trazo sugiere aumento del automatismo auricular y ventricular, crecimiento de ambos ventrículos, bloqueo incompleto de la rama derecha del Haz de His e intoxicación digitalica.

23-III-57: El trazo sugiere lo mismo que el anterior.

17-VI-57: El trazo sugiere disminución del automatismo ventricular y persistencia de lesión subendocárdica anteroexterna, por lo que debe sospecharse impregnación digitalica muy importante.

Orina: Albuminuria discreta en 1956 y de 2,5 g. por litro en mayo de 1957; leucocitos escasos.

Química sanguínea: Ligero aumento de la urea e inversión de la relación albúmina-globulina. Resto normal.

Hemocitológico: Ligera anemia hipocrómica.

Pruebas hepáticas: retención de bromosulfaleína, 18 mg. %; bilirrubina directa inmediata, 0,50 mg. %; bilirrubina directa retardada, 0,30 mg. %; bilirrubina indirecta, 0,50 mg. %; bilirrubina total, 1,40 mg. %.

Cefalín colesterol + + + . Turbidez del timol 10,9 unidades. Floculación del timol + + + .

Serología: Eagle y Cardiolipina positivas.

Con el estudio anterior se hicieron los siguientes diagnósticos:

Cardiomegalia + + + a + + + . Doble lesión mitral. Insuficiencia tricuspídea órgano-funcional. Doble lesión aórtica. Cardioangiosclerosis. Aterosclerosis generalizada. Fístula arteriovenosa localizada en la raíz del miembro inferior derecho.

Insuficiencia cardíaca congestivo-venosa. Insuficiencia coronaria crónica. Insuficiencia hepática.

DISCUSIÓN.

Admitidos los diagnósticos señalados, se pensó que la insuficiencia cardíaca irreductible era debida a la cardiopatía fistulosa y que la enferma no podría librarse de la misma sino con la supresión de la fístula, para la cual era necesario operarla. Uno de los datos que confunció en la valoración de los hechos fué el signo de Branham (bradicardia al ocluir la arteria proximal a la fístula), hecho que no pudo ser comprobado al repetir la maniobra con el paciente conectado a un electrocardiógrafo, pero que fué tenido como cierto hasta después de operada la paciente. Por otra parte, resultaba muy difícil explicar por qué las venas eran pulsátiles y varicosas sólo en el lado derecho por un mecanismo distinto al de la fístula arteriovenosa; por último, el hecho de que no hubiese sido demostrado el paso de sustancia opaca de arterias a venas en las arteriografías no invalidó el diagnóstico por tener la experiencia de otros casos semejantes en los que pudo ser comprobada quirúrgicamente la fístula. Después de discutir ampliamente el caso se llegó a la conclusión de que existía una fístula arteriovenosa en el miembro inferior derecho, cuya localización no se podía precisar con seguridad pero que probablemente se encontraría en la «raíz del muslo», y fué enviada a la operación.

El 3-VI-57 fué operada, descubriéndose los vasos ilíacos externos en toda su extensión y el tercio superior de los vasos femorales. Los hallazgos fueron los siguientes: a) Ausencia de fístula en las regiones exploradas quirúrgicamente; aneurisma venoso pulsátil en el cayado de la safena interna (de unos 6 ó 7 cm. de longitud por 3 ó 4 cm. de diámetro). b) Ausencia de circulación colateral. c) Ausencia de «thrill» en los vasos disecados, así como en la ilíaca primitiva derecha y la porción terminal de la aorta abdominal, que sólo fueron palpadas. d) Salida de sangre venosa de la safena interna a nivel de su cayado. e) El latido venoso que había sido ob-

servado en clínica, era transmitido del centro a la periferia, ya que persistía al ocluir la safena interna distalmente y también persistía al interrumpir la arteria ilíaca externa proximalmente al cayado de la safena y al hacer la oclusión simultánea de ambas. f) Al ocluir la vena ilíaca externa, que se apreciaba animada de latidos hasta donde era posible seguirla en el campo operatorio, desaparecían los latidos del aneurisma venoso.

A la luz de estos hallazgos operatorios dudamos del diagnóstico de fístula arteriovenosa por lo siguientes hechos: 1.º Ausencia de circulación colateral. 2.º Ausencia de arterialización de las venas pulsátiles. 3.º Ausencia de «thrill» en todos los sitios que pudimos explorar. 4.º Latido indiscutible de la vena ilíaca externa en todo el trayecto, lo que obligaba a pensar, que de existir una fístula tendría que estar localizada por arriba de la bifurcación aórtica, y en este caso quedaba sin explicación la ausencia de sinomatología del miembro inferior izquierdo.

Tratamos de explicarnos el cuadro y pensamos que la insuficiencia tricuspídea, ya diagnosticada, pudiese ser la causa de los hallazgos; pero quedaba el problema de explicar por qué los signos periféricos venosos sólo se habían manifestado en el miembro inferior derecho. Nos pareció que se podía pensar en que la enferma tenía varices en el lado derecho antes de que la insuficiencia tricuspídea hiciera su aparición y que por este motivo encontró en dichas venas un punto de menor resistencia. Ya en un terreno práctico nos pareció que un cateterismo venoso podría aclarar las dudas y descartar o confirmar el diagnóstico de fístula al demostrar la ausencia o presencia de arterialización de la sangre venosa, estudio que por otra parte sirvió para demostrar en forma inequívoca el diagnóstico de insuficiencia tricuspídea. El cateterismo logró demostrar plenamente que se trataba de un caso con gran insuficiencia tricuspídea que ha alterado las presiones en el territorio de ambas cavas, elevando la presión auricular importantemente durante la sístole ventricular. Esta onda de regurgitación a través de la válvula tricúspide insuficiente se transmite hasta la periferia, produciendo la pulsatilidad observada en clínica, exagerada en los territorios venosos con insuficiencia valvular y lesiones de la pared vascular, como en el miembro inferior derecho. Las curvas de presión obtenidas en venas no afectadas de intensa pulsatilidad, mostraban una morfología semejante, pero amortiguada, a la curva auricular derecha. La sangre de la vena cava inferior, ilíaca y femorales no mostró diferencias significativas en su contenido en oxígeno.

La evolución de la enferma fué satisfactoria y se dió de baja del Hospital el 28-VI-57 y está siendo controlada en la Consulta Externa del Instituto. La insuficiencia cardíaca cedió con reposo y tratamiento médico.

Nos parece conveniente publicar este caso porque no teníamos noticia de que la insuficiencia tricuspídea pudiera llegar a producir cuadros tan aparatosos como el presente.

LAS LESIONES VASCULARES EN LAS FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS DE CODO. — VALDÉS, ELOY R. «Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Asturiana», vol. 1, n.º 3, pág. 26; **mayo 1958.**

Frecuencia y mecanismo de las lesiones vasculares en las fracturas supracondíleas:

La fractura supracondílea de codo puede considerarse como la lesión ósea que con mayor frecuencia da lugar a complicaciones vasculares y nerviosas. Y de aquéllas, en especial las en extensión, dado que el fragmento proximal se proyecta hacia adelante y abajo impulsando el bíceps y el braquial anterior lesionando a este nivel la arteria humeral y el nervio mediano. La dislocación axial contribuye a aumentar las lesiones.

Material: 50 casos de fracturas supracondíleas en pacientes de edades comprendidas entre los 2 y 15 años, todos ellos con grandes desplazamientos que obligaron a manipulaciones o reducción operatoria. Se comprobó en todos el pulso radial y otras manifestaciones de déficit circulatorio o nervioso. En los que presentaban alguno de estos trastornos, en un grupo se procedió a suave manipulación bajo anestesia general inmovilizándolos con una férula de escayola en ángulo recto; en otro grupo se procedió inicialmente a la exploración quirúrgica; y en un tercer grupo se efectuó una inmovilización-reducción por extensión continua colocando el brazo en elevación. En ninguno se insistió en conseguir una perfecta reducción y sí en liberar el paquete vasculonervioso. Si a los 30-40 minutos y después de otras medidas conservadoras, anestesia del simpático cervical, papaverina etc., no se recuperaban de manera evidente, se procedía a la exploración quirúrgica en la fosa antecubital.

Se presenta un caso en el que las lesiones circulatorias se presentaron horas después de suaves manipulaciones y en el que las medidas conservadoras fueron ineficaces. La intervención quirúrgica exploradora, con arteriectomía de la arteria contundida y trombosada con espasmo distal y simpatectomía periarterial, aunque algo tardía, demostró su eficacia en detener la evolución progresiva alarmante hacia la necrosis parcial del miembro. Al año queda parálisis isquémica sin retracción, en condiciones óptimas para una operación restauradora.

Proporción de las lesiones vasculares y nerviosas en nuestra casuística.— Existían lesiones arteriales y venosas asociadas en 3 casos, lesiones arteriales puras en 5 y lesiones nerviosas aisladas en 2 (parálisis radial). No hemos registrado ningún caso de rotura completa de la arteria. La contusión asociada a heridas de la pared arterial es lo más común, con espasmo (lesión túnica externa) o con trombosis (lesión túnica interna).

Se presenta un caso en el que se actuó desde el principio quirúrgicamente por parecer inútil el tratamiento conservador dado el estado circulatorio. Arteriectomía de la arteria contundida y trombosada con espasmo extenso. Al año recuperación completa.

En nuestra casuística hemos hallado 6 casos de contusión parietal arterial asociada a trombosis.

Papel de la compresión en la génesis de los trastornos circulatorios. —

La compresión del vaso por el fragmento o por el hematoma puede contribuir a dificultar la circulación, en especial la de retorno, pero creemos que sin lesión arterial primitiva no pueden producirse parálisis isquémicas. Tampoco los vendajes mal colocados son, a nuestro juicio, la causa principal, si bien pueden contribuir como coadyuvantes.

Espasmo arterial traumático. — Un traumatismo de una arteria provocado incluso a través de tegumentos intactos produce a menudo una impresionante isquemia periférica. Si se interviene se encuentra la arteria subyacente contracturada y minúscula: es el llamado estupor arterial, que puede ser muy persistente y desarrollar una isquemia total o parcial. El espasmo no se limita a la zona traumatizada sino que puede extenderse por la propia vía troncular y por la colateral.

Se presenta un caso típico tratado por medidas conservadoras sin respuesta y en el que la intervención quirúrgica con evacuación del hematoma, inyección intraarterial de papaverina, anestesia del simpático periarterial y aplicación de suero salino caliente solucionó el problema circulatorio. A los tres años sólo faltan cinco grados para la extensión completa (se practicó osteosíntesis) Este caso demuestra además que estas fracturas deben tratarse una vez restablecidas las condiciones circulatorias.

Reversibilidad de las lesiones musculares postisquémicas.

Estas lesiones pueden ser reversibles en condiciones favorables. En general los procesos regenerativos asientan de preferencia en la periferia de la zona isquémica, iniciándose a lo largo de los tubos sarcolematosos vivos del músculo no afectado.

Se presenta un caso con espasmo arterial traumático que no se restableció con medidas conservadoras ni durante la exploración quirúrgica, requiriendo la arteriectomía. La persistencia de una paresia durante 3 meses a nivel de los flexores indica trastorno muscular o nervioso secundario de carácter reversible influido por el tratamiento quirúrgico precoz.

Tratamiento preventivo de las parálisis isquémicas:

La presencia de lesiones vasculares se reconoce por los cuatro síntomas de Griffiths: dolor, palidez, parálisis y ausencia de pulso distal. Este es a nuestro juicio el signo de mayor interés para establecer la indicación quirúrgica de urgencia, aunque en ocasiones el pulso radial es difícil de reconocer en los casos tardíos a causa del edema.

La intervención es tan inocua que, en caso de duda, siempre debe realizarse si las medidas conservadoras no dan resultado, en especial si el aspecto de la circulación colateral no es bueno.

Considerando la reversibilidad de las lesiones isquémicas, el tratamiento de urgencia debe realizarse aún en los asistidos tardíamente para impedir la necrosis o lograr una más rápida recuperación. En los asistidos dentro de los tres o cuatro días, la indicación es aún más precisa pues no sabemos cuándo los factores isquémicos alcanzaron la intensidad necesaria para hacerse irreversibles y por otra parte la circulación colateral puede suplir de momento las necesidades periféricas.

Se presentan dos casos.

Expondremos a continuación las diferentes *indicaciones quirúrgicas* frente a los diversos tipos de lesiones arteriales encontradas en la exploración.

A) *Espasmo arterial sin lesión anatómica aparente.* — Terapéutica conservadora inicial. Inyección intra o periarterial de novocaína al 1 % ó aplicación tópica de compresas de suero salino caliente y además inmersión en agua caliente de las extremidades sanas (GRIFFITHS). Eventualmente puede recurrirse a la simpatectomía periarterial. Si no mejora, arteriectomía incluyendo en la resección arterial el sector desplazado por el fragmento y de cuya integridad anatómica no podemos responder.

B) *Lesiones arteriales anatómicas: sección, heridas, contusión, trombosis.* — La reparación arterial, aún la simple sutura de una herida, no parece aconsejable; es preferible la arteriectomía (se presentan 2 casos).

La arteriectomía da buenos resultados sin exponer a las complicaciones derivadas del fallo de operaciones reparadoras; si bien hay que respetar al máximo la circulación colateral, importantísima para el restablecimiento de la circulación.

Curso postoperatorio.

Tras la intervención exploradora sobre el paquete vasculonervioso hemos recurrido con frecuencia a la extensión continua con una modesta tracción. Hemos procurado una exacta reducción cuando transcurrieron varios días de la exploración arterial y normalizada la circulación; y lo mismo en los casos que precisaron una reducción cruenta con fijación interna. En los que se aplicaron apósitos de escayola para tratamiento ambulatorio, también se colocaron una vez superado el conflicto circulatorio. Se evitó el calentamiento de la extremidad, procurando mantener el miembro frío pero no helado, evitándose así aumentar las necesidades de oxígeno.

ALBERTO MARTORELL

LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO VASOCONSTRICTOR GENERAL SOBRE LOS FENOMENOS DE ADAPTACION DE LA IRRIGACION REGIONAL TRAS GANGLIECTOMIA LUMBAR POR ARTERIOPATIA OBLITERANTE (UNA PROPUESTA TERAPEUTICA) (Gli effetti del trattamento vasoconstrictore generale sui fenomeni di adattamento dell'irrorazione distrettuale dopo gangliectomia lombare per arteriopatía obliterante (Una proposta terapeutica). — BEZZI, EUGENIO y VISCONTI, WALTER. «L'Ateneo Parmense», vol. 28; 1957.

Conocemos la existencia de mecanismos reguladores de la circulación regional por los cuales se procura un aumento de flujo sanguíneo a determinados sectores por disminución de la irrigación de otras regiones. en

aquel momento menos solicitada. Sabemos también que una claudicación o un angor aparecen más precozmente en los momentos de gran actividad muscular o digestiva.

Por estos y otros motivos se considera poco racional la terapéutica vasodilatadora general en las vasculopatías orgánicas isquemiantes: la vasodilatación de los territorios no afectos puede perjudicar los afectos. Asimismo se explica la indicación de la terapéutica hiperemiante local de estos últimos, por la inyección intraarterial de vasodilatadores o por la desconexión simpática de la región enferma. Ahora bien, mientras para algunos (MENTHA) el aumento de sangre en el territorio simpatectomizado tiene lugar por vasoconstricción refleja de otras regiones, para MALAN se trata de una adaptación local cuyo fenómeno hemodinámico predominante es la vasodilatación atónica de la región denervada y una demanda de sangre por su parte.

De esta última interpretación nace una sugerencia de orden práctico. En aquellas arteriopatías obliterantes crónicas avanzadas donde la extensión de la obliteración y la pobreza de la vía colateral hacen problemática la eficacia de la simpatectomía, hemos pensado en la conveniencia de ayudar los fenómenos espontáneos de adaptación hemodinámica postoperatoria provocando una vasoconstricción de los territorios no simpatectomizados que acentúase la emigración de sangre hacia el sector enfermo preparado por la simpatectomía para recibir un mayor aflujo sanguíneo. Es decir, realizar farmacológicamente la hipótesis de MENTHA.

Ello presenta algunos problemas: 1.º el fármaco debe ser de acción duradera, de preferencia sobre las regiones no simpatectomizadas y sin que interfiera la abolición del tono vascular ocasionada por la reciente denervación; 2.º su acción vasoconstrictora debe ser periférica, prudente y controlable. Sabemos que las regiones más afectas por dicho fenómeno hemometacínético de prestación son las alimentadas por las arterias que provienen del mismo grueso tronco; en nuestro caso el miembro contralateral. Por esto, la indicación del tratamiento postoperatorio se limitará, ya teóricamente, a los casos con lesiones monolaterales o prevalentemente tales.

Entre las sustancias que provocan un efecto sistemático sobre la vasomotricidad, la nor-adrenalina levogira nos ha parecido responder a las exigencias de esta aplicación. La hemos utilizado en perfusión intravenosa en solución glucosada (2/3 mg./500) regulando su velocidad de forma que la presión arterial no se modifique durante la administración. Se repite dos o tres veces durante las 24 horas, durante unos cuantos días, a condición de ser bien tolerada.

La *pletismografía* se comporta como sigue:

Miembro no simpatectomizado: El pulso pletismográfico no se modifica sensiblemente o bien se observa una progresiva reducción de amplitud de las oscilaciones, a veces notable. Si la altura y perfil del pulso se hace irregular, corresponde a irregularidades de la presión arterial, lo que se corrige disminuyendo la velocidad de perfusión. La respuesta al «test» de la congestión no se modifica mucho, sólo en algunos casos la curva adquiere un perfil menos agudo.

En el curso de un tratamiento prolongado (6-10 días) los caracteres

del pletismograma pueden modificarse en el propio miembro sano en el sentido de una mejoría de irrigación, confirmado por el «test» de la congestión. Se debe a la mejoría de las condiciones generales.

Miembro simpatectomizado: La pletismografía apenas se modifica, o aparecen pequeñas oscilaciones. Más constante es la respuesta al «test» de la congestión. En los casos favorables la morfología de la curva de congestión mejora durante la perfusión o bien se hace patente si no existía.

Sintomatología. — Sobre ella se basa, más que sobre los trazados instrumentales, el juicio del valor práctico de la terapéutica vasoconstrictora. Hemos tenido en cuenta: El *dolor* isquémico; la detención y regresión de *lesiones necróticas* y de otras manifestaciones isquémicas (*cianosis, edema*) y la evolución del proceso de curación de los muñones de amputación tórpidos y poco vitales.

El número de pacientes tratados no es todavía suficiente para establecer datos estadísticos, pero sobre una docena de casos (algunos tratados en ocasiones sucesivas): en dos no se obtuvo éxito; en dos desapareció el dolor isquémico definitivamente; en dos se redujo el edema y la cianosis del pie y se limitó y eliminó de modo espontáneo la zona necrótica; y en tres apareció un vivo proceso de granulación del muñón de amputación supurado y el dolor disminuyó.

Conclusiones:

Nuestras observaciones confirman la validez de la presunción terapéutica basada sobre todo en la interpretación de MALAN acerca de los fenómenos de adaptación circulatoria regional en los gangliectomizados. El aumento de irrigación en el miembro simpatectomizado durante la perfusión de un vasoconstrictor periférico valora la hipótesis de que la simpatectomía no induce por sí misma una vasoconstricción reaccional de los territorios suministradores; el mayor flujo de sangre a los territorios denervados se debe a la pérdida del tono vascular de dichos territorios.

Nuestros resultados nos inclinan a indicar la vasoconstricción general en el período postoperatorio inmediato.

ALBERTO MARTORELL

INFORMACIÓN

III CONGRESO MUNDIAL DE CARDIOLOGIA

BRUSELAS, 1958

Del 14 al 21 de septiembre de este año se celebró en Bruselas el III Congreso Mundial de Cardiología. El número de inscritos alcanzó una cifra aproximada de 3.500. Bajo el punto de vista angiológico debe mencionarse la sesión dedicada a Enfermedades Vasculares Periféricas que tuvo lugar el día 17. Como Ponentes tomaron la palabra los Dres. CID DOS SANTOS, ARNULF, DE BAKEY, KAINDL, LAMBERT, MALAN, MARTORELL, MARX, VAN DER STRICH y WERTHEIMER. Actuó de Presidente el Dr. P. MARTIN.

Para los médicos de lengua española es interesante resaltar el éxito alcanzado por el Dr. CHÁVEZ, de Méjico, el cual pronunció un magnífico discurso en español titulado «Grandeza y miseria de la especialización médica. Aspiración a un nuevo humanismo» en el que expuso de forma excelente uno de los problemas cruciales de nuestro tiempo, el de la profunda transformación científica y técnica de la medicina con las ventajas e inconvenientes de la especialización. Todo el público que llenaba el inmenso auditorio, puesto en pie, premió con un prolongado aplauso la disertación del Dr. CHÁVEZ, aplauso que acreditó una vez más el gran prestigio internacional de este médico perteneciente a uno de los países de lengua española.

SOCIEDAD DE FLEBOLOGIA DEL BENELUX

BRUSELAS, 1958

El 21 de septiembre pasado tuvo lugar, en Bruselas, la III Reunión de la Sociedad de Flebología del Benelux. Los temas tratados fueron los siguientes:

Les indications et les résultats de la phlébectomie dans les séquelles de phlébite des membres inférieurs. — P. WERTHEIMER (Lyon).

Hernie diaphragmatique et thrombose veineuse. — F. MARTORELL (Barcelona).

A Conception of the Pathology of Post-operative Venous Thrombosis with reference to its time of onset. — P. MARTIN (Londres).

Thérapeutique chirurgicale des fistules artério-veineuses congénitales. — E. MALAN (Génova).

Über die Zusammenhänge zwischen den orthopädischen Fussdeformi-

täten und den Zirkulationsstörungen in den Beinen. — W. THOMSEN (Bad Homburg).

Prädilektionsstellen der Veneninsuffizienz des Beines. — A. GULLMO (Suecia).

Déductions physiopathologiques de l'artério-phlébographie appliquée à quelques affections vasculaires. — H. REBOUL (Paris).

Acrocyanose et dosage chromatographique de serotonine. — J. F. MERLEN (Lille).

CURSO SOBRE CIRUGIA CARDIACA PARA POST-GRADUADOS

MADRID, 1958

Dirigido por el Dr. Enrique García Ortiz y con la colaboración de los Dres. Antonio Azpitarte, Carlos Blanco Soler, J. Bosch Marín, A. Caralps Massó, Carlos Sainz de los Terreros, va a tener lugar en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, del 5 al 31 de noviembre corriente, el «V Curso para postgraduados sobre Cirugía Cardíaca».

El cursillo es exclusivo para postgraduados, admitiéndose un máximo de 30 alumnos. Se establecerán dos becas gratuitas para médicos extranjeros, en relación con el Instituto de Cultura Hispánica. Se proveerá el correspondiente diploma de asistencia.

El Curso, que será teórico-práctico, se efectuará según la siguiente distribución:

Parte General: Desarrollo de la Cirugía Cardíaca. Anestesia en la Cirugía Cardíaca. Resucitación del corazón. Hipotermia.

Enfermedades congénitas del corazón: Conducto arterioso persistente. Defectos septales aórticos. Coartación de la aorta. Estenosis pulmonar. Defectos del tabique interauricular. Defectos del tabique interventricular. Transposición de los grandes vasos.

Enfermedades adquiridas del corazón: Pericarditis. Estenosis mitral. Regurgitación mitral. Estenosis y regurgitación aórtica. Estenosis y regurgitación tricuspídea. Lesiones multivalvulares. Tumores del corazón. Enfermedades coronarias. Aneurismas.

Lecciones prácticas de electrocardiografía.

Lecciones prácticas sobre el cateterismo cardíaco.

Inscripciones y correspondencia desde 1.º de marzo 1958, dirigidas al Dr. Enrique García Ortiz, Claudio Coello 67, Madrid.

III CONGRESO QUIRURGICO DE FILIPINAS

MANILA, 1958

Organizado por el Colegio Filipino de Cirujanos va a celebrarse en Manila, del 3 al 6 de diciembre en curso, el III Congreso Quirúrgico de Filipinas.

El programa incluye Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Urología, Oftalmología y Broncoesofagología y Anestesia. Algunas sesiones se dedicarán a las relaciones de la cirugía básica con sus especialidades y subespecialidades.

Para información e inscripción dirigirse a P. M. RECIO, Secretario-Tesorero, P. O. Box 2598, Manila, Filipinas.

EL Dr. VAN DER STRICHT (BELGICA) INCORPORADO AL CONSEJO CIENTIFICO DE ESTA REVISTA

El progresivo incremento de la especialidad Angiología en Europa ha decidido al Consejo Directivo nombrar un Delegado en Bélgica agregándole al Consejo Científico de esta Revista. Por sus méritos científicos médico-quirúrgicos en Patología Vasculuar ha sido designado el Dr. Jean Van der Stricht, de Bruselas.

SOCIEDAD INTERNACIONAL CARDIO-VASCULAR

El próximo Congreso de la Sociedad Internacional Cardio-Vascular se celebrará en Munich durante los días 18, 19 y 20 de septiembre de 1959.

Programa: Día 18. Forum Cardio-Vascular, conjuntamente con la Sociedad Internacional de Cirugía.

Día 19. Symposium sobre injertos arteriales, conjuntamente con la Sociedad Internacional de Cirugía.

Día 20. Symposium sobre Cirugía a corazón abierto.

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| Infarto orgánico del intestino delgado. — ORLANDO F. LONGO | 340 |
| Varices. Importancia quirúrgica de las variaciones posibles en las ramas de la arteria femoral en su trayecto inguino-crural. — VICENTE F. PATARO, MANUEL A. CASAL y SERAFÍN E. RODRÍGUEZ | 345 |
| NOTAS TERAPEUTICAS | |
| Tratamiento de la claudicación intermitente por el «MY 301». — F. MARTORELL | 20 |
| EXTRACTOS | |
| ANEURISMAS Y FISTULA ARTERIOVENOSAS | |
| Aneurismoplastia por gran aneurisma aórtico abdominal. — LUCIUS D. HILL III, EDWARD R. HIPPI JR., MEREDITH I. ALRICH | 182 |
| Aneurisma del cayado aórtico creado por un acto médico terapéutico. — L. CHRISTOPHE | 185 |
| Aneurismas torácicos de origen traumático. Tratamiento por resección e injerto usando un circuito extracorpóreo. — F. GERBODE, M. BRAIMBRIDGE, S. S. OSBORN, M. HOOD y S. FRENCH | 240 |
| Tratamiento quirúrgico de los aneurismas arterioescleróticos de la aorta abdominal. — JOHN W. KIRKLIN, JOHN M. WAUGH, JOHN H. GRINDLAY, CALVIN R. OPENSHAW y EDGAR V. ALLEN | 292 |
| La cirugía ante los accidentes vasculares de la endocarditis lenta. — F. MARTORELL | 303 |
| Estudio clínico de los aneurismas arteriales periféricos, aparecidos en el curso de la endocarditis bacteriana subaguda (endocarditis lenta). — M. R. CASTEX, E. S. MAZZEI, A. LAVARELLO | 311 |
| Aneurismas micóticos agudos. — M. SORIANO JIMÉNEZ, E. JUNCADELLA FERRER y A. AMATLLER TRIAS | 312 |
| Insuficiencia tricúspide que simuló una fístula arteriovenosa en el miembro inferior derecho. — PATRICIO H. BENAVIDES DE ANDA y PEDRO GUZZY DE LA MORA | 363 |
| ANGIOGRAFIA | |
| La maniobra de Valsalva: su ayuda para la visualización de la aorta y los grandes vasos mediante contraste. — NORMAN E. FREEMAN, THOMAS M. FULLENLOVE, EDWIN J. WYLIE, RUTHERFORD S. GILFILLAN | 72 |
| Síncope mortal por aortografía torácica en una atresia tricúspide con doble arco aórtico. — H. VAN DER HENST, A. VAN GENAPEEK, E. FANNES | 76 |
| Linfedema primario. Estudios clínicos y linfangiográficos de una serie de 107 pacientes los cuales estaban afectados en sus miembros inferiores. J. B. KINMONTH, G. W. TAYLOR, G. D. TRACY y J. D. MARSH | 86 |
| ANGOR | |
| Síndrome hombro-mano a continuación de infarto de miocardio, con especial referencia al pronóstico. — JOSEPH EDEIKEN | 209 |
| Ligadura de las arterias mamarias internas como medio de aumentar el aporte de sangre al miocardio. — ROBERT P. GLOVER, JULIO C. DAVILA, ROBERT H. KYLE, JOHN C. BEARD JR., J. RODERICK KITCHELL y ROBERT TROUT | 320 |
| ARTERIAS | |
| La obliteración aislada de la arteria tibial anterior y sus secuelas. — U. RUBERTI y G. JAPICHINO | 23 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| Un caso de obliteración unilateral de los troncos supraaórticos. Síndrome unilateral de Martorell. — J. L. PUENTE, J. T. LLOPIS REY y G. PINTOS | 25 |
| Orientación actual del tratamiento de las enfermedades arteriales de los miembros inferiores. — CL. FRILEUX | 28 |
| Utilización de diversos tipos de injertos y de material plástico (Ivalon) en el tratamiento del aneurisma popliteo. — CLAUDE D'ALLAINES y LORENZO FUSCO | 31 |
| Utilización de alcoholes polivinílicos formolizados como injertos vasculares. — F. ALBERT | 33 |
| La esponja de Ivalon (alcohol polivinílico) como sustitutivo de los vasos sanguíneos (fracaso en animales de experimentación). — J. HAROLD HARRISON | 35 |
| Anastomosis arterial esplenorrenal. — E. S. HURWITT, B. SEINDENBERG, H. HAIMOVICI y D. S. ABELSON | 35 |
| Un caso de ligadura de la arteria tibial anterior en su origen. — ENRIQUE HERNÁNDEZ | 70 |
| Inconveniente a la larga de la resección del peroné para el acceso a los aneurismas de la pantorrilla. — RENÉ LERICHE | 71 |
| Degeneración quística adventicial de la arteria poplitea. — TOR HIERTON y KAJ LINDBERG | 75 |
| Valoración de la necesidad de la porosidad en las prótesis arteriales sintéticas. Comunicación de un caso y valoración de los injertos aórticos de Dacron en los perros. — G. KNOX y CH. F. BEGG | 78 |
| Embolia arterial y comisurotomía mitral. — F. HENRY ELLIS | 81 |
| Técnica del injerto arterial para la estenosis de la arteria renal que origina hipertensión. — ALFRED W. HUMPHRIES y EUGÈNE F. POUTASSE | 95 |
| Síndrome de Martorell del arco aórtico. — ORMAND C. JULIAN y WILLIAM S. DYE | 159 |
| Enfermedad sin pulso Análisis clínico de diez casos. — GUNNAR BIRKE, BORJE EJRUP y BORJE OLHAGEN | 160 |
| Síndrome de obliteración de los troncos supraaórticos. Síndrome de Martorell-Fabré. — FRANCISCO ROCA ROCA | 168 |
| Complicaciones de la luxación traumática de la articulación de la rodilla. LUIS DE LA SIERRA y EMILIO BEDÍA | 174 |
| Tratamiento de los pacientes con Síndrome del desfiladero cervicodorsal. PAUL A. NELSON | 176 |
| Embolectomía arterial repetida. — GEORGE E. REYNOLDS y J. HAROLD CHEEK | 180 |
| Revalorización experimental del problema de la sustitución de los pequeños vasos. — ROBERT R. BROWN, CHARLES E. HUGGINS y DOUGLAS R. KOTH | 241 |
| Consideraciones sobre los resultados a distancia de la gangliectomía lumbar en las arteriopatías de los miembros inferiores. — W. MONTORSI, C. GHIRINGHELLI, G. TIBERIO y T. LAVORATO | 242 |
| El problema del tratamiento quirúrgico del dolor en las arteriopatías obliterantes crónicas periféricas. La neurotomía del nervio tibial posterior. G. GALLO | 244 |
| Síndrome de oclusión de la arteria espinal anterior. — ALBERT F. PETERMAN, ROBERT E. YOSS y KENDALL B. CORBIN | 246 |
| Experiencia sobre 165 homoinjertos de aorta. — WILLIAM H. BARNES, HENRY ELLIS, JOHN W. KIRKLIN y JESSE E. EDWARDS | 297 |
| Las oclusiones arteriales agudas. Estudio clínico. — A. DIMITZA | 299 |
| La cirugía ante los accidentes vasculares de la endocarditis lenta. — F. MARTORELL | 303 |
| Estudio clínico de los aneurismas arteriales periféricos, aparecidos en el curso de la endocarditis bacteriana subaguda (Endocarditis lenta). — M. R. CASTEX, E. S. MAZZEI y A. LAVARELLO | 311 |
| Aneurismas micóticos agudos. — M. SORIANO JIMÉNEZ, E. JUNCADILLA FERRER, A. AMATLLER TRIÁS | 312 |
| Actividad pulsátil de las arterias periféricas. — PER S. WEHN | 315 |
| La hipertensión arterial de la aterosclerosis. — C. LIAN | 318 |

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| Una causa excepcional de obstrucción crónica de las arterias: la degeneración quística o coloide de la adventicia. JEAN PATEL, JEAN FACQUET y ARMAND PIWNICA | 319 |
| Deducciones de la estadística homogénea de 186 arteritis. Lugar del tratamiento médico; su asociación con la cirugía. — J. PATEL, J. M. CORMIER y J. LATASTE | 353 |
| La vascularización arterial de la medula. Investigaciones anatómicas y aplicaciones a la patología medular y a la patología aórtica. — G. LAZORTHES, J. POULHES, G. BASTIDE, J. ROULLEAU y A. R. CHANCHOLLE. | 356 |
| Causas de fracaso tardío de la terapéutica con injertos en la enfermedad arterial oclusiva periférica. — D. EMERICK SZILAGYI, JOHN G. WHITCOMB y ROGER F. SMITH | 360 |
| La trombosis aórtica como causa de hipertensión; estudio arteriográfico. — GEORGE M. WYATT y BENJAMIN FELSON | 361 |
| Las lesiones vasculares en las fracturas supracondíleas de codo. — ELOY R. VALDÉS | 367 |
| Los efectos del tratamiento vasoconstrictor general sobre los fenómenos de adaptación de la irrigación regional tras gangliectomía lumbar por arteriopatía obliterante (Una propuesta terapéutica). — EUGENIO BEZZI y WALTER VISCONTI | 369 |
| CIRUGIA DEL CORAZON Y GRANDES VASOS | |
| Embolia arterial y comisurotomía mitral. — F. HENRY ELLIS | 81 |
| Las reintervenciones quirúrgicas en las estenosis mitrales acentuadas. — P. SOULIÉ, F. JOLY, J. CARLOTTI y M. SERVELLE | 84 |
| FARMACOLOGIA VASCULAR | |
| Aplicación clínica de un nuevo vasodilatador. — F. KAINDL, J. PARTAN y P. POLSTERER | 357 |
| HIPERTENSION ARTERIAL | |
| El papel etiológico de la torsión y ptosis renales en la génesis de la hipertensión renal ortostática. — CHARLES P. MATHÉ y LUIS DE LA PEÑA SÁNCHEZ | 36 |
| Observaciones críticas sobre la úlcera «hipertensiva» de la pierna. — R. FERRERO y C. MAURANO | 80 |
| Técnica del injerto arterial para la estenosis de la arteria renal que origina hipertensión. — ALFRED W. HUMPHRIES y EUGÈNE F. POUTASSE. | 95 |
| Diagnóstico y tratamiento de la estenosis de la arteria renal asociada a hipertensión. — PAUL T. DE CAMP y ROBERT BIRCHALL. | 252 |
| Valoración de las pruebas farmacológicas en el diagnóstico del feocromocitoma: con presentación de un caso de feocromocitoma y tuberculosis. — GRACE M. ROTH y WALTER KVALE | 317 |
| La hipertensión arterial de la aterosclerosis. — C. LIAN | 318 |
| La trombosis aórtica como causa de hipertensión; estudio arteriográfico. — GEORGE M. WYATT y BENJAMIN FELSON | 361 |
| HIPOTENSION | |
| La tensión de la arteria retiniana en la hipotensión arterial cerebral ortostática aislada. — L. PAUFIQUE y P. G. MOREAU | 79 |
| INFARTO MESENTERICO | |
| Oclusión vascular mesentérica. — JAMES E. MUSGROVE y CARL G. MORLOCK | 186 |

LINFÁTICOS

| | |
|---|-----|
| Linfedema primario. Estudios clínicos y linfangiográficos de una serie de 107 pacientes los cuales estaban afectados en sus miembros inferiores. — J. B. KINMONT, G. W. TAYLOR, G. D. TRACY y J. D. MARSH | 86 |
| Linfangiosarcoma secundario a linfedema crónico. — JULIAN B. HERRMANN y JOHN G. GRUHN | 188 |

VARIOS

| | |
|---|-----|
| El dolor en la extremidad inferior después de la simpatectomía. — G. D. TRACY y F. B. COCKETT | 22 |
| Rol de las anastomosis arteriovenosas en patología vascular periférica y su significado en el ataque agudo de gata. — RAÚL DOMÍNGUEZ, ENRIQUE ACEVEDO, PEDRO CASTILLO, CARLOS JUNEMANN, OSCAR MELÉNDEZ y RAÚL BERRÍOS | 255 |

VENAS

| | |
|---|-----|
| Flebotomías yugulares. Comentarios a raíz de cuatro observaciones. — V. F. PATARO, J. C. CROSBIE y R. MARTÍNEZ CONDE. | 362 |
|---|-----|

PRESENTACION DE LIBROS

| | |
|---|-----|
| Cardiovascular diagnosis and therapy. — A. S. CAIN Jr. | 39 |
| Coronary heart disease. MILTON PLOTZ | 39 |
| Angiopatia diabética. Tratamiento conservador de la gangrena diabética. — MAX BÜRGER | 40 |
| Maladies-Vedettes. — FRED SIGUIER | 41 |
| Die vaskulären erkrankungen im gebiet der arteria vertebralis und arteria basialis. — H. KRAYENBUHL y M. G. YASARGIL | 42 |
| Pathologie et chirurgie des carotides. — G. ARNULF | 98 |
| Practical electrocardiography. — HENRY J. L. MARRIOT | 98 |
| La cardiopericardiomyopexie. Diagnostic et nouveau traitement chirurgical de l'angine de poitrine et des cardiopathies rhumatismales. — C. LIAN, A. N. GORELICK y MENDEL JACOBI | 99 |
| Cliniques hematologiques. — G. GELIN | 100 |
| Pathologie Vasculaire des membres. — P. WERTHEIMER & J. SAUTOT | 101 |
| Urgences vasculaires des membres. — J. LAMY & CH. BOURDE | 102 |
| La thérapeutique des affections vasculaires cérébrales. XXXIe Congrès Français de Médecine, Paris 1957 | 191 |
| Tromboza venosa a membrilor inferioare. — P. BRINZEU, I. ATHANASESCU y B. STEFANOVICI | 192 |
| Enfermedades de los vasos periféricos. — FERNANDO MARTORELL | 192 |
| Arteriosclerosis periférica. — MANUEL CASANUEVA DEL C. | 258 |
| Clinical electrocardiography. Interpretation on a physiologic basis. — MANUEL GARDBERG | 259 |
| Etude radiologique de la circulation veineuse du membre supérieur (sujet normal). — E. LAVIZZARI y V. OTTOLINI | 260 |
| L'hémogénie idiopathique. — A. FIEHRER | 260 |
| Varicen. Ulcus cruris und thrombose. Neue wege zur nichtoperativen behandlung. — KARL SIGG | 261 |
| Circulación y Ventilación. Exposición funcional para la clínica. — FRANCISCO TELLO | 261 |
| Heart disease in infancy and childhood. — J. D. KEITH, R. D. ROWE y P. VLAD | 324 |
| Begutachtung peripherer Durchblutungsstörungen. — H. W. PÄSSLER y H. BERGHAUS | 325 |
| Traité d'anatomie humaine. — G. PATURET | 325 |
| Arteriografia dos membros. Seu valor na orientação diagnóstica e cirurgica da tromboangeite obliterante. — FUAD AL ASSAL | 326 |

Pág.

INFORMACIÓN

| | |
|--|---------------|
| Sociedad Europea de Cirugía Cardio-Vascular | 43, 104, 238 |
| Sociedad Chilena de Angiología | 43 |
| Sociedad Argentina de Angiología | 44 |
| Sociedad Internacional Cardio-Vascular (antes Sociedad Internacional de Angiología) | 112, 265, 374 |
| III Congreso Mundial de Cardiología, Bruselas 1958 | 117, 331, 372 |
| IV ^{as} Jornadas Angiológicas Españolas, Santiago de Compostela 1958 | 119, 197 |
| Departamento de Angiología del Instituto Policlinico de Barcelona. Curso de Angiología 1958 | 194 |
| Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Curso para postgraduados sobre Cirugía Cardiaca, bajo la Dirección del Dr. E. García Ortiz | 196, 373 |
| El Dr. Rubens C. Mayall (Brasil) incorporado al Consejo Científico de esta Revista | 200 |
| IV Congreso Latino Americano de Angiología, Santiago de Chile 1958 | 263 |
| Sociedad Internacional de Angiología (antes Sociedad Francesa de Angiología e Histopatología) | 266 |
| III Jornadas Internacionales de la Sociedad Alemana de Flebología, Leverkusen 1958 | 268 |
| III Reunión de la Sociedad de Flebología del Benelux, Bruselas 1958 | 372 |
| III Congreso Quirúrgico de Filipinas, Manila 1958 | 373 |
| El Dr. Van der Stricht (Bélgica), incorporado al Consejo Científico de esta Revista | 374 |

CORRESPONDENCIA

| | |
|------------------------------------|----|
| Interlingua. — L. GERSON | 45 |
|------------------------------------|----|

GALERÍA DE ANGIÓLOGOS ILUSTRES

N.º

| | |
|---|---|
| LUCIEN LÉGER, Paris (Francia) | 1 |
| WILLIAM STEWARD HALSTED, Baltimore (Estados Unidos) | 2 |
| MARIO DEGNI, São Paulo (Brasil) | 4 |
| HELEN B. TAUSSIG, Baltimore (Estados Unidos) | 6 |

ÍNDICE DE AUTORES

Pág.

| | |
|--|-----|
| ABELSON, D. S.; HURWITT, E. S.; SEIDENBERG, B.; HAIMOVICI, H. — Anastomosis arterial esplenorenal | 35 |
| ACEVEDO, E.; DOMÍNGUEZ, R.; CASTILLO, P.; JUNEMANN, C.; MELÉNDEZ, O.; BERRÍOS, R. — Rol de las anastomosis arteriovenosas en patología vascular periférica y su significado en el ataque agudo de gota | 255 |
| ALBERT, F. — Utilización de alcoholes polivinílicos formolizados como injertos vasculares | 33 |
| ALLEN, E. V.; KIRKLIN, J. W.; WAUGH, J. M.; GRINDLAY, J. H.; OPENSHAW, C. R. — Tratamiento quirúrgico de los aneurismas arterioscleróticos de la aorta abdominal | 292 |
| ALRICH, M.; HILL, L. D.; HIPPE, E. R. — Aneurismoplastia por gran aneurisma aórtico abdominal | 182 |
| AMATLLER TRÍAS, A.; SORIANO JIMÉNEZ, M.; JUNCADELLA FERRER, E. — Aneurismas micóticos agudos | 312 |
| BARNES, W. H.; ELLIS, H.; KIRKLIN, J. W.; EDWARDS, J. E. — Experiencia sobre 165 homoinjertos de aorta | 297 |
| BASTIDE, G.; LAZORTHES, G.; POULHES, J.; ROULLEAU, J.; CHANCHOLLE, A. R. — La vascularización arterial de la médula. Investigaciones anatómicas y aplicaciones a la patología medular y a la patología aórtica | 356 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| BEARD, J. C.; GLOVER, R. P.; DAVILA, J. C.; KYLE, R. H.; KITCHELL, J. R.; TROUT, R. — Ligadura de las arterias mamarias internas como medio de aumentar el aporte de sangre al miocardio | 320 |
| BEDIA, E.; DE LA SIERRA, L. — Complicaciones de la luxación traumática de la articulación de la rodilla | 174 |
| BEGG, CH. F.; KNOX, G. — Valoración de la necesidad de la porosidad en las prótesis arteriales sintéticas. Comunicación de un caso y valoración de los injertos aórticos de Dacron en los perros | 78 |
| BENAVIDES DE ANDA, P. H.; GUZZY DE LA MORA, P. — Insuficiencia tricuspídea que simuló una fistula arteriovenosa en el miembro inferior derecho | 363 |
| BERRÍOS, R.; DOMÍNGUEZ, R.; ACEVEDO, E.; CASTILLO, P.; JUNEMANN, C.; MELÉNDEZ, O. — Rol de las anastomosis arteriovenosas en patología vascular periférica y su significado en el ataque agudo de gota | 255 |
| BEZZI, E. y VISCONTI, W. — Los efectos del tratamiento vasoconstrictor general sobre los fenómenos de adaptación de la irrigación regional tras gangliectomía lumbar por arteriopatía obliterante. (Una propuesta terapéutica) | 369 |
| BIRCHALL, R.; DE CAMP, P. T. — Diagnóstico y tratamiento de la estenosis de la arteria renal asociada a hipertensión | 252 |
| BIRKE, G.; EJRP, B.; OLIHAGEN, B. — Enfermedad sin pulso. Análisis clínico de diez casos | 160 |
| BOSELLI, G.; MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C.; GALLO, G. — Contribución al estudio del cuadro electroforético en las arteriopatías obliterantes crónicas de los miembros inferiores: Las glicoproteínas séricas | 284 |
| BRAIMBRIDGE, M.; GERBODE, F.; OSBORN, S. S.; HOOD, M.; FRENCH, S. — Aneurismas torácicos de origen traumático. Tratamiento por resección e injerto usando un circuito extracorpóreo | 240 |
| BROWN, R. B.; HUGGINS, CH. E.; KOTH, D. R. — Revaloración experimental del problema de la sustitución de los pequeños vasos | 241 |
| CÁRDENAS, M. — Embolia mesentérica | 127 |
| CARLOTTI, J.; SOULIÉ, P.; JOLY, F.; SERVELLE, M. — Las reintervenciones quirúrgicas en las estenosis mitrales acentuadas | 84 |
| CARRILLO, P.; MILANÉS, B.; PÉREZ, M. — Tratamiento médico de la arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores | 142 |
| CARRILLO, P.; TOLEDO, F. B.; MILANÉS, B.; PÉREZ, M. — Tratamiento de las enfermedades tromboembólicas por el Sintrom (G-23350) | 231 |
| CASAL, M. A.; PATARO, V. F.; RODRÍGUEZ, S. E. — Varices. Importancia quirúrgica de las variaciones posibles en las ramas de la arteria femoral en su trayecto inguino-crural | 345 |
| CASARES, R.; MARTORELL, F. — Cardiopericardiopexia | 7 |
| CASTILLO, P.; DOMÍNGUEZ, R.; ACEVEDO, E. JUNEMANN, C.; MELÉNDEZ, O.; BERRÍOS, R. — Rol de las anastomosis arteriovenosas en patología vascular periférica y su significado en el ataque agudo de gota | 255 |
| CASTEX, M. R.; MAZZEI, E. S.; LAVARELLO, A. — Estudio clínico de los aneurismas arteriales periféricos, aparecidos en el curso de la endocarditis bacteriana subaguda (Endocarditis lenta) | 311 |
| CIGORRAGA, J. R.; IPARRAGUIRRE, J. G. — Terapéutica intraarterial por cateterismo percutáneo de la aorta abdominal. Técnica y resultados | 269 |
| COCKETT, F. B.; TRACY, G. D. — El dolor en la extremidad inferior después de la simpatectomía | 22 |
| CORBIN, K. B.; PETERMAN, A. F.; YOSS, R. E. — Síndrome de oclusión de la arteria espinal anterior | 246 |
| CORMIER, J. M.; PATEL, J.; LATASTE, J. — Deducciones de la estadística homogénea de 186 arteritis. Lugar del tratamiento médico; su asociación con la cirugía | 353 |
| CROSBIE, J. C.; PATARO, V. F.; MARTÍNEZ CONDE, R. — Flebectasias yugulares. Comentarios a raíz de cuatro observaciones | 362 |

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| CHANCHOLLE, A. R.; LAZORTHES, G.; POULHES, J.; BASTIDE, G.; ROULLEAU, J. — La vascularización arterial de la medula. Investigaciones anatómicas y aplicaciones a la patología medular y a la patología aórtica | 356 |
| CHIEEK, J. H.; REYNOLDS, G. E. — Embolectomía arterial repetida | 180 |
| CHRISTOPHE, L. — Aneurisma del cayado aórtico creado por un acto médico terapéutico | 185 |
| D'ALLAINES, CL.; FUSCO, L. — Utilización de diversos tipos de injertos y de material plástico (Ivalon) en el tratamiento del aneurisma poplíteo | 31 |
| DAVILA, J. C.; GLOVER, R. P.; KYLE, R. H.; BEARD, J. C.; KITCHELL, J. R.; TROUT, R. — Ligadura de las arterias mamarias internas como medio de aumentar el aporte de sangre al miocardio | 320 |
| DE CAMP, P. T.; BIRCHALL, R. — Diagnóstico y tratamiento de la estenosis de la arteria renal asociada a hipertensión | 252 |
| DE LA PEÑA SÁNCHEZ, L.; MATHÉ, CH. P. — El papel etiológico de la torsión y de la ptosis renales en la génesis de la hipertensión renal ortostática | 36 |
| DE LA SIERRA, L.; BEDIA, E. — Complicaciones de la luxación traumática de la articulación de la rodilla | 174 |
| DIMITZA, A. — Las oclusiones arteriales agudas. Estudio clínico | 299 |
| DOMÍNGUEZ, R.; ACEVEDO, E.; CASTILLO, P.; JUNEMANN, C.; MELÉNDEZ, O.; BERRÍOS, R. — Rol de las anastomosis arteriovenosas en patología vascular periférica y su significado en el ataque agudo de gota | 255 |
| DYE, W. S.; JULIAN, O. C. — Síndrome de Martorell del arco aórtico | 159 |
| EDEIKEN, J. — Síndrome hombro-mano a continuación de infarto de miocardio, con especial referencia al pronóstico | 239 |
| EDWARDS, J. E.; BARNES, W. H.; ELLIS, H.; KIRKLIN, J. W. — Experiencia sobre 165 homoinjertos de aorta | 297 |
| EJRUP, B.; BIRKE, G.; ØLHAGEN, B. — Enfermedad sin pulso. Análisis clínico de diez casos | 160 |
| ELLIS, F. H. — Embolia arterial y comisurotómia mitral | 81 |
| ELLIS, H.; BARNES, W. H.; KIRKLIN, J. W.; EDWARDS, J. E. — Experiencia sobre 165 homoinjertos de aorta | 297 |
| FACQUET, J.; PATEL, J.; PIWNICA, A. — Una causa excepcional de obstrucción crónica de las arterias: La degeneración quística o coloide de la adventicia | 319 |
| FANNES, E.; VAN DER HENST, H.; VAN GENABEEK, A. — Síncopa mortal por aortografía torácica en una atresia tricúspide con doble arco aórtico | 76 |
| FELSON, B.; WYATT, G. M. — La trombosis aórtica como causa de hipertensión; estudio arteriográfico | 361 |
| FERRERO, R.; MAIRANO, C. — Observaciones críticas sobre la úlcera «hipertensiva» de la pierna | 80 |
| FREEMAN, N. E.; FULLENLOVE, TH. M.; WYLIE, E. J.; GILFILLAN, R. S. — La maniobra de Valsalva: su ayuda para la visualización de la aorta y los grandes vasos mediante contraste | 72 |
| FRENCH, S.; GERBODE, F.; BRAIMBRIDGE, M.; OSBORN, S. S.; HOOD, M. — Aneurismas torácicos de origen traumático. Tratamiento por resección e injerto usando un circuito extracorpóreo | 240 |
| FRIDMAN, M.; MICKELBERG, A.; ZAMEL, N. — Valoración del efecto de los vasodilatadores usados en Angiología. El uso de la pletismografía simplificada en la valoración comparativa del efecto de una serie de drogas vasodilatadoras | 131 |
| FRILEUX, CL. — Orientación actual del tratamiento de las enfermedades arteriales de los miembros inferiores | 28 |
| FULLENLOVE, TH. M.; FREEMAN, N. E.; WYLIE, E. J.; GILFILLAN, R. E. — La maniobra de Valsalva: su ayuda para la visualización de la aorta y los grandes vasos mediante contraste | 72 |
| FUSCO, L.; D'ALLAINES, CL. — Utilización de diversos tipos de injertos y de material plástico (Ivalon) en el tratamiento del aneurisma poplíteo | 31 |

| | <u>Pág</u> |
|---|------------|
| GALLO, G. — El problema del tratamiento quirúrgico del dolor en las arteriopatías obliterantes crónicas periféricas. La neurectomía del nervio tibial posterior | 244 |
| GALLO, G.; MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C.; BOSELLI, G. — Contribución al estudio del cuadro electroforético en las arteriopatías obliterantes crónicas de los miembros inferiores: Las glicoproteínas séricas | 281 |
| GARIBOTTI, J. — Hemangiomas braquiales osteolíticos | 121 |
| GASPARINI, S. y MAYALL, R. C. — Sobre un caso de fistula arteriovenosa femoral asociada a hematomas pulsátiles | 273 |
| GERBODE, F.; BRAIMBRIDGE, M.; OSBORN, S. S.; HOOD, M.; FRENCH, S. — Aneurismas torácicos de origen traumático. Tratamiento por resección e injerto usando un circuito extracorpóreo | 240 |
| GHIRINGHELLI, C.; MONTORSI, W.; TIBERIC, G.; LAVORATO, F. — Consideraciones sobre los resultados a distancia de la gangliectomía lumbar en las arteriopatías de los miembros inferiores | 242 |
| GHIRINGHELLI, C.; MONTORSI, W.; BOSELLI, G.; GALLO, G. — Contribución al estudio del cuadro electroforético en las arteriopatías obliterantes crónicas de los miembros inferiores: Las glicoproteínas séricas | 284 |
| GILLILLAN, R. S.; FREEMAN, N. E.; ELLENLOVE, TH. M.; WYLIE, F. J. — La maniobra de Valsalva: su ayuda para la visualización de la aorta y los grandes vasos mediante contraste | 72 |
| GLOVER, R. P.; DAVILA, J. C.; KYLE, R. H.; BIARD, J. C.; KITCHELL, J. R.; TROUB, R. — Ligadura de las arterias mamarias internas como medio de aumentar el aporte de sangre al miocardio | 320 |
| GRINDLAY, J. H.; KIPKIN, J. W.; WAGH, J. M.; OPENSHAW, C. R.; ALLEN, E. V. — Tratamiento quirúrgico de los aneurismas arterioscleróticos de la aorta abdominal | 292 |
| GRUHN, J. G. y HERRMANN, J. B. — Linfangiosarcoma secundario a linfedema crónico | 188 |
| GUASCH, J.; PALOU, J.; MARTORELL, F. — Enfermedad tromboembólica en un policitémico y su tratamiento con Malocide | 49 |
| GUZZY DE LA MORA, P.; BENAVIDES DE ANDA, P. H. — Insuficiencia tricúspidea que simuló una fistula arteriovenosa en el miembro inferior derecho | 363 |
| HAIMOVICI, H.; HURWITT, E. S.; SEIDENBERG, B. y ABELSON, D. S. — Anastomosis arterial esplenorrenal | 35 |
| HARRISON, J. H. — La esponja de Ivalon (alcohol polivinílico) como sustituto de los vasos sanguíneos (fracaso en animales de experimentación) | 35 |
| HERRMANN, J. B. y GRUHN, J. G. — Linfangiosarcoma secundario a linfedema crónico | 188 |
| HERNÁNDEZ, E. — Un caso de ligadura de la arteria tibial anterior en su origen | 70 |
| HIERTON, T. y LINDBERG, K. — Degeneración quística adventicial de la arteria poplítea | 75 |
| HILL, L. D.; HIPPE, E. R.; ALRICH, M. — Aneurismoplastia por gran aneurisma aórtico abdominal | 182 |
| HIPPE, E. R.; HILL, L. D.; ALRICH, M. — Aneurismoplastia por gran aneurisma aórtico abdominal | 182 |
| HOOD, M.; GERBODE, F.; BRAIMBRIDGE, M.; OSBORN, S. S.; FRENCH, S. — Aneurismas torácicos de origen traumático. Tratamiento por resección e injerto usando un circuito extracorpóreo | 240 |
| HUGGINS, CH. E.; BROWN, R. B.; KOTH, D. R. — Revaloración experimental del problema de la sustitución de los pequeños vasos | 241 |
| HUMPHRIES, A. W. y POUTASSE, E. F. — Técnica del injerto arterial para la estenosis de la arteria renal que origina hipertensión | 95 |
| HURWITT, E. S.; SEIDENBERG, B.; HAIMOVICI, H. y ABELSON, D. S. — Anastomosis arterial esplenorrenal | 35 |

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| IPARRAGUIRRE, J. G.; CIGORRAGA, J. R. — Terapéutica intraarterial por cateterismo percutáneo de la aorta abdominal. Técnica y resultados . . . | 269 |
| ISSASI, E. E.; VÁZQUEZ ROCHA, M. — A propósito de la úlcera de Martorell (úlceras de pierna hipertensiva). Consideraciones acerca de su tratamiento | 277 |
| JAPICHINO, G.; RUBERTI, U. — Obliteración aislada de la arteria tibial anterior y sus secuelas | 23 |
| JOLY, F.; SOULIÉ, P.; CARLOTTI, J.; SERVELLE, M. — Las reintervenciones quirúrgicas en las estenosis mitrales acentuadas | 84 |
| JULIAN, O. C.; DYE, W. S. — Síndrome de Martorell del arco aórtico | 159 |
| JUNCADELLA FERRER, E.; SORIANO JIMÉNEZ, M. AMATLLER TRIAS, A. — Aneurismas micóticos agudos | 312 |
| JUNEMANN, C.; DOMÍNGUEZ, R.; ACEVEDO, E.; CASTILLO, P.; MELÉNDEZ, O.; BERRÍOS, R. — Rol de las anastomosis arteriovenosas en patología vascular periférica y su significado en el ataque agudo de gola | 255 |
| KAINDL, F.; PÁRTAN, J.; POLSTERER, P. — Aplicación clínica de un nuevo vasodilatador | 357 |
| KINMONTH, J. B.; TAYLOR, G. W.; TRACY, G. D.; MARSH, J. D. — Linfedema primario. Estudio clínico y linfangiográfico de una serie de 107 pacientes los cuales estaban afectados en sus miembros inferiores | 86 |
| KIRKLIN, J. W.; WAUG, J. M.; GRINDLAY, J. H.; OPENSHAW, C. R.; ALLEN, E. V. — Tratamiento quirúrgico de los aneurismas arterioscleróticos de la aorta abdominal | 292 |
| KIRKLIN, J. W.; BARNES, W. H.; ELLIS, H.; EDWARDS, J. E. — Experiencia sobre 165 homoinjertos de aorta | 297 |
| KITCHELL, J. R.; GLOVER, R. P.; DAVILA, J. C.; KYLE, R. H.; BEARD, J. C.; TROUT, R. — Ligadura de las arterias mamarias internas como medio de aumentar el aporte de sangre al miocardio | 320 |
| KNOX, G.; BEGG, CH. F. — Valoración de la necesidad de la porosidad en las prótesis arteriales sintéticas. Comunicación de un caso y valoración de los injertos aórticos de Dacron en los perros | 78 |
| KOTH, D. R.; BROWN, R. B.; HUGGINS, CH. E. — Revaloración experimental del problema de la sustitución de los pequeños vasos | 241 |
| KUNLIN, J. — El problema del injerto vascular en la arteritis de los miembros | 1 |
| KVALE, W.; ROTH, G. M. — Valoración de las pruebas farmacológicas en el diagnóstico del feocromocitoma: con presentación de un caso de feocromocitoma y tuberculosis | 317 |
| KYLE, R. H.; GLOVER, R. P.; DAVILA, J. C.; BEARD, J. C.; KITCHELL, J. R.; TROUT, R. — Ligadura de las arterias materias internas como medio de aumentar el aporte de sangre al miocardio | 320 |
| LAVARELLO, A.; CASTEX, M. A.; MAZZEI, E. S. — Estudio clínico de los aneurismas arteriales periféricos, aparecidos en el curso de la endocarditis bacteriana subaguda (Endocarditis lenta) | 311 |
| LATASTE, J.; PATEL, J.; CORMIER, J. M. — Deducciones de la estadística homogénea de 186 arteritis. Lugar del tratamiento médico; su asociación con la cirugía | 353 |
| LAVORATO, T.; MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C.; TIBERIO, G. — Consideraciones sobre los resultados a distancia de la gangliectomía lumbar en las arteriopatías de los miembros inferiores | 242 |
| LAZORTHES, G.; POULHES, J. BASTIDE, G.; ROULLEAU, J.; CHANCHOLLE, A. R. — La vascularización arterial de la medula. Investigaciones anatómicas y aplicaciones a la patología medular y a la patología aórtica | 356 |
| LERICHE, R. — Inconveniente a la larga de la resección del peroné para el acceso a los aneurismas de la pantorrilla | 71 |
| LIAN, C. — La hipertensión arterial de la aterosclerosis | 318 |
| LINDBERG, K.; HIERTON, T. — Degeneración quística adventicial de la arteria poplitea | 75 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| LONGO, O. F. — Infarto orgánico del intestino delgado | 340 |
| LÓPEZ DELMÁS, J. — Tratamiento médico de la trombosis aortoiliaca . . . | 201 |
| LLOPIS REY, J. J.; PUENTE, J. L.; PINTOS, G. — Un caso de obliteración uni- lateral de los troncos supraaórticos. Síndrome unilateral de Martorell . . . | 25 |
| MAIRANO, C.; FERRERO, R. — Observaciones críticas sobre la úlcera «Hiper- tensiva» de la pierna | 80 |
| MARQUÉS, E. — Mano neurovascular por compresión del nervio mediano y de la arteria cubital en el carpo | 14 |
| MARSH, J. D.; KINMONTH, J. B.; TAYLOR, G. W.; TRACY, G. D. — Linfedema primario. Estudio clínico y linfangiográfico de una serie de 107 pacien- tes los cuales estaban afectados en sus miembros inferiores | 86 |
| MARTÍNEZ CONDE, R.; PATARO, V. F.; CROSBIE, J. C. — Flebectasias yugula- res. Comentarios a raíz de cuatro observaciones | 362 |
| MARTORELL, A. — Tromboflebitis y foco séptico | 67 |
| MARTORELL, A.; MARTORELL, F. — Causa de muerte en los enfermos de arte- riosclerosis obliterante de las piernas seguidos durante varios años | 225 |
| MARTORELL, F.; CASABES, R. — Cardiopericardiopexia | 7 |
| MARTORELL, F. — Tratamiento de la claudicación intermitente por el «MY 301» | 20 |
| MARTORELL, F.; PALOU, J.; GUASCH, J. — Enfermedad tromboembólica en un policitémico y su tratamiento con Malocide | 49 |
| MARTORELL, F. — Un nuevo tratamiento del linfedema: la linfangioplastia pediculada | 151 |
| MARTORELL, F.; MARTORELL, A. — Causa de muerte en los enfermos de ar- teriosclerosis obliterante de las piernas seguidos durante varios años. | 225 |
| MARTORELL, F. — La cirugía ante los accidentes vasculares de le endocar- ditis lenta | 303 |
| MARTORELL, F. — El injerto arterial en la arteriosclerosis obliterante | 333 |
| MATHÉ, CH. P.; DE LA PEÑA SÁNCHEZ, L. — El papel etiológico de la tor- sión y de la ptosis renales en la génesis de la hipertensión renal or- tostática | 36 |
| MAYALL, R. C.; GASPARINI, S. — Sobre un caso de fístula arteriovenosa fe- moral asociada a hematoma pulsátil | 273 |
| MAZZEI, E. S.; CASTEX, M. R.; LAVARELLO, A. — Estudio clínico de los aneurismas arteriales periféricos aparecidos en el curso de la endo- carditis bacteriana subaguda (Endocarditis lenta) | 311 |
| MELÉNDEZ, O.; DOMÍNGUEZ, R.; ACEVEDO, E.; CASTILLO, P.; JUNEMANN, C.; BERRÍOS, R. — Rol de las anastomosis arteriovenosas en patología vas- cular periférica y su significado en el ataque agudo de gota | 255 |
| MICKELBERG, A.; FRIDMAN, M.; ZAMEL, N. — Valoración del efecto de los va- sodilatadores usados en angiología. El uso de la pletismografía sim- plificada en la valoración comparativa del efecto de una serie de dro- gas vasodilatadoras | 131 |
| MILANÉS, B.; CARRILLO, P.; PÉREZ, M. — Tratamiento médico de la arte- riosclerosis obliterante de los miembros inferiores | 142 |
| MILANÉS, B.; CARRILLO, P.; TOLEDO, F. B.; PÉREZ, M. — Tratamiento de las enfermedades tromboembólicas por el Sintrom (G-23350) | 231 |
| MONCLÚS, J. — Tromboflebitis gangrenantes | 54 |
| MONCLÚS, J. — Osteoporosis isquémica en la arteriosclerosis obliterante de las piernas | 216 |
| MONSERRAT, J. — Sobre un caso de Síndrome de Martorell | 63 |
| MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C.; TIBERIO, T.; LAVORATO, F. — Considera- ciones sobre los resultados a distancia de la gangliectomía lumbar en las arteriopatías de los miembros inferiores | 242 |
| MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C.; BOSELLI, G.; GALLO, G. — Contribución al estudio del cuadro electroforético en las arteriopatías obliterantes crónicas de los miembros inferiores: Las glicoproteínas séricas | 284 |

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| MOREAU, P. G.; PAUFIQUE, L. — La tensión de la arteria retiniana en la hipotensión arterial cerebral ortostática aislada | 79 |
| MORLOCK, C. G.; MUSGROVE, J. E. — Oclusión vascular mesentérica | 186 |
| MUSGROVE, J. E.; MORLOCK, C. G. — Oclusión vascular mesentérica | 186 |
| NELSON, P. A. — Tratamiento de los pacientes con síndrome del desfiladero cervicodorsal | 176 |
| OLHAGEN, B.; BIRKE, G.; EJRP, B. — Enfermedad sin pulso. Análisis clínico de diez casos | 160 |
| OPENSHAW, C. R.; KIRKLIN, J. W.; WAUGH, J. M.; GRINDLAY, J. H.; ALLEN, E. V. — Tratamiento quirúrgico de los aneurismas arterioscleróticos de la aorta abdominal | 292 |
| OSBORN, S. S.; GERBODE, F.; BRAIMBRIDGE, M.; HOOD, M. y FRENCH, S. — Aneurismas torácicos de origen traumático. Tratamiento por resección e injerto usando un circuito extracorpóreo | 240 |
| PALOU, J.; MARTORELL, F. y GUASCH, J. — Enfermedad tromboembólica en un policitémico y su tratamiento con Malocide | 49 |
| PALOU, J. — Neurectomía del tibial posterior en las úlceras tromboangiéticas | 136 |
| PÄRTAN, J.; KAINDL, F. y POLSTERER, P. — Aplicación clínica de un nuevo vasodilatador | 357 |
| PÄSSLER, H. W. — Nuestros métodos de exploración y tratamiento de las afecciones orgánicas de las arterias pélvicas y de las extremidades. | 335 |
| PATARO, V. F.; CASAL, M. A. y RODRÍGUEZ, S. E. — Varices. Importancia quirúrgica de las variaciones posibles en las ramas de la arteria femoral en su trayecto inguino-crural | 345 |
| PATARO, V. F.; CROSBIE, J. C. y MARTÍNEZ CONDE, R. — Flebectasias yugulares. Comentarios a raíz de cuatro observaciones | 362 |
| PATEL, J.; FACQUET, J. y PIWNICA, A. — Una causa excepcional de obstrucción crónica de las arterias: La degeneración quística o coloide de la adventicia | 319 |
| PATEL, J.; CORMIER, J. M. y LATASTE, J. — Deducciones de la estadística homogénea de 186 arteritis. Lugar del tratamiento médico; su asociación con la cirugía | 353 |
| PAUFIQUE, L. y MOREAU, P. G. — La tensión de la arteria retiniana en la hipotensión arterial cerebral ortostática aislada | 79 |
| PÉREZ, M.; MILANÉS, B. y CARRILLO, P. — Tratamiento médico de la arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores | 142 |
| PÉREZ, M.; CARRILLO, P.; TOLEDO, F. B. y MILANÉS, B. — Tratamiento de las enfermedades tromboembólicas por el Sintrom (G-23350) | 231 |
| PETERMAN, A. F.; YOSS, R. E. y CORBIN, K. B. — Síndrome de oclusión de la arteria espinal anterior | 246 |
| PINTOS, G.; PUENTE, J. L. y LLOPIS REY, J. J. — Un caso de obliteración unilateral de los troncos supraaórticos. Síndrome unilateral de Martorell | 25 |
| PIWNICA, A.; PATEL, J. y FACQUET, J. — Una causa excepcional de obstrucción crónica de las arterias: La degeneración quística o coloide de la adventicia | 319 |
| POLSTERER, P.; KAINDL, F. y PÄRTAN, J. — Aplicación clínica de un nuevo vasodilatador | 357 |
| POULHES, J.; LAZORTHES, G.; BASTIDE, G.; ROULLEAU, J. y CHANCHOLLE, A. R. — La vascularización arterial de la medula. Investigaciones anatómicas y aplicaciones a la patología medular y a la patología aórtica | 356 |
| POUTASSE, E. F. y HUMPHRIES, A. W. — Técnica del injerto arterial para la estenosis de la arteria renal que origina hipertensión | 95 |
| PUENTE, J. L.; LLOPIS REY, J. J. y PINTOS, G. — Un caso de obliteración unilateral de los troncos supraaórticos. Síndrome unilateral de Martorell | 25 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| REYNOLDS, G. E. y CHEEK, J. H. — Embolectomía arterial repetida | 180 |
| ROCA ROCA, F. — Síndrome de obliteración de los troncos supraaórticos. Síndrome de Martorell-Fabre | 168 |
| RODRÍGUEZ, S. E.; PATARO, V. F. y CASAL, M. A. — Varices. Importancia quirúrgica de las variaciones posibles en las ramas de la arteria fe- moral en su trayecto inguino-crural | 345 |
| ROTH, G. M. y KVALE, W. — Valoración de las pruebas farmacológicas en el diagnóstico del feocromocitoma: con presentación de un caso de feo- cromocitoma y tuberculosis | 317 |
| ROULLEAU, J.; LAZORTHES, G.; POULHES, J.; BASTIDE, G. y CHANCHOLLE, A. R. La vascularización arterial de la medula. Investigaciones anatómicas y aplicaciones a la patología medular y a la patología aórtica | 356 |
| RUBERTI, U. y JAPICHINO, G. — La obliteración aislada de la arteria tibial anterior y sus secuelas | 23 |
| SEIDENBERG, B.; HURWITT, E. S.; HAIMOVICI, H. y ABELSON, D. S. — Anasto- mosis arterial espleno renal | 35 |
| SERVELLE, M.; SOULIÉ, P.; JOLY, F. y CARLOTTI, J. — Las reintervenciones quirúrgicas en las estenosis mitrales acentuadas | 84 |
| SMITH, R. F.; SZILAGYI, D. E. y WHITCOMB, J. G. — Causas de fracaso tardío de la terapéutica con injertos en la enfermedad oclusiva periférica. | 360 |
| SORIANO JIMÉNEZ, M.; JUNCADELLA FERRER, E. y AMATLLER TRÍAS, A. — Aneu- rismas micóticos agudos | 312 |
| SOULIE, P.; JOLY, F., CARLOTTI, J. y SERVELLE, M. — Las reintervenciones quirúrgicas en las estenosis mitrales acentuadas | 84 |
| SZILAGYI, D. E.; WHITCOMB, J. G. y SMITH, R. F. — Causas de fracaso tardío de la terapéutica con injertos en la enfermedad oclusiva periférica. | 360 |
| TAYLOR, G. W.; KINMONTH, J. B.; TRACY, G. D. y MARSH, J. D. — Linfedema primario. Estudio clínico y linfangiográfico de una serie de 107 pacien- tes los cuales estaban afectados en sus miembros inferiores | 86 |
| TIBERIO, T.; MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C. y LAVORATO, T. — Considera- ciones sobre los resultados a distancia de la gangliectomía lumbar en las arteriopatías de los miembros inferiores | 242 |
| TOLEDO, F. B.; CARRILLO, P.; MILANÉS, B. y PÉREZ, M. — Tratamiento de las enfermedades tromboembólicas por el Sintrom (G-23350) | 231 |
| TOLOSA, E. — Claudicación intermitente neurógena evolucionando bajo el aspecto clínico de la disbasia angiosclerótica | 211 |
| TRACY, G. D. y COCKETT, F. B. — El dolor en la extremidad inferior después de la simpatectomía | 22 |
| TRACY, G. D.; KINMONTH, J. B.; TAYLOR, G. W. y MARSH, J. D. — Linfedema primario. Estudio clínico y linfangiográfico de una serie de 107 pacien- tes los cuales estaban afectados en sus miembros inferiores | 86 |
| TROUT, R.; GLOVER, R. P.; DAVILA, J. C.; KYLE, R. H.; BEARD, J. C. y KITCHELL, J. R. — Ligadura de las arterias mamarias internas como medio de aumentar el aporte de sangre al miocardio | 320 |
| VALDÉS, E. R. — Las lesiones vasculares en las fracturas supracondíleas de codo | 367 |
| VAN DER HENST, H.; VAN GENABEEK, A. y FANNES, E. — Síndrome mortal por aortografía torácica en una atresia tricúspide con doble arco aórtico | 76 |
| VAN GENABEEK, A.; VAN DER HENST, H. y FANNES, E. — Síncope mortal por aortografía torácica en una atresia tricúspide con doble arco aórtico. | 76 |
| VÁZQUEZ ROCHA, M. e ISASI, E. E. — A propósito de la úlcera de Martorell (Úlcera de pierna hipertensiva). Consideraciones acerca de su tra- tamiento | 277 |
| VISCONTI, W. y BEZZI, E. — Los efectos del tratamiento vasoconstrictor general sobre los fenómenos de adaptación de la irrigación regional tras gangliectomía lumbar por arteriopatía obliterante (Una propuesta terapéutica) | 369 |

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| WAUGH, J. M.; KIRKLIN, J. W.; GRINDLAY, J. H.; OPENSHAW, C. R. y ALLEN, E. V. — Tratamiento quirúrgico de los aneurismas arterioscleróticos de la aorta abdominal | 292 |
| WEHN, P. S. — Actividad pulsátil de las arterias periféricas | 315 |
| WHITCOMB, J. G.; SZILAGYI, D. E. y SMITH, R. F. — Causas de fracaso tardío de la terapéutica con injertos en la enfermedad oclusiva periférica. | 360 |
| WYATT, G. M. y FELSON, B. — La trombosis aórtica como causa de hipertensión; estudio arteriográfico | 361 |
| WYLIE, E. J.; FREEMAN, N. E.; FULLENLOVE, TH. M. y GILFILLAN, R. S. — La maniobra de Valsalva: su ayuda para la visualización de la aorta y los grandes vasos mediante contraste | 72 |
| YOSS, R. E.; PETERMAN, A. F. y CORBIN, K. B. — Síndrome de oclusión de la arteria espinal anterior | 246 |
| ZAMEL, N.; MICKELBERG, A. y FRIDMAN, M. — Valoración del efecto de los vasodilatadores usados en angiología. El uso de la plestismografía simplificada en la valoración comparativa del efecto de una serie de drogas vasodilatadoras | 131 |

ÍNDICE DE MATERIAS

(O): Originales. (R): Recopilaciones. (N. T.): Notas terapéuticas.
(E): Extractos.

| | |
|--|-----|
| Actividad pulsátil de las arterias periféricas (E). — WHEN, P. S. | 315 |
| Anastomosis arterial esplenorrenal (E). — HURWITT, E. S.; SEIDENBERG, B.; HAIMOVICI, H. y ABELSON, D. S. | 35 |
| Anastomosis arteriovenosas. Rol de las, en patología vascular periférica y su significado en el ataque agudo de gota (E). — DOMÍNGUEZ, R.; ACEVEDO, E.; CASTILLO, P.; JUNEMANN, C.; MELÉNDEZ, O. y BERRÍOS, R. | 255 |
| Aneurisma del cayado aórtico creado por un acto médico terapéutico (E). CHRISTOPHE, L. | 185 |
| Aneurisma popliteo. Utilización de diversos tipos de injertos y de material plástico (Ivalon) en el tratamiento del, (E) — D'ALLAINES, CL. y FUSCO, L. | 31 |
| Aneurismas arteriales periféricos. Estudio clínico de los, aparecidos en el curso de la endocarditis bacteriana subaguda (Endocarditis lenta) (E). CASTEX, M. R.; MAZZEI, E. S. y LAVARELLO, A. | 311 |
| Aneurismas arterioscleróticos de la aorta abdominal. Tratamiento quirúrgico de los, (E). — KIRKLIN, J. W.; WAUGH, J. M.; GRINDLAY, J. H.; OPENSHAW, C. R. y ALLEN, E. V. | 292 |
| Aneurismas micóticos agudos (E). — SORIANO JIMÉNEZ, M.; JUNCADILLA FERRER, E. y AMATLLER TRIÁS, A. | 312 |
| Aneurismas de la pantorrilla. Inconveniente a la larga de la resección del peroné para el acceso a los, (E). — LERICHE, R. | 71 |
| Aneurismas torácicos de origen traumático. Tratamiento por resección e injerto usando un circuito extracorpóreo (E). — GERBODE, F.; BRAIMBRIDGE, M.; OSBORN, S. S.; HOOD, M. y FRENCH, S. | 240 |
| Aneurismoplastia por gran aneurisma aórtico abdominal (E). — HILL, L. D.; HIPPEL, E. R. y ALRICH, M. | 182 |
| Aorta y grandes vasos. La maniobra de Valsalva y su ayuda para la visualización de la, mediante contraste (E). — FREEMAN, N. E.; FULLENLOVE, TH. M.; WYLIE, E. J. y GILFILLAN, R. S. | 72 |
| Aortografía torácica. Sincope mortal por, en una atresia tricúspide con doble arco aórtico (E). — VAN DER HENST, H.; VAN GENABEEK, A. y FANNES, E. | 76 |
| Arterias pélvicas y de las extremidades. Nuestros métodos de exploración y tratamiento de las afecciones orgánicas de las, (O). — PÄSSLER, H. W. | 335 |

| | |
|--|-----|
| Arteriopatías de los miembros inferiores. Consideraciones sobre los resultados a distancia de la gangliectomía lumbar en las, (E). — MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C.; TIBERIO, G. y LAVORATO, T. | 242 |
| Arteriopatía obliterante. Los efectos del tratamiento vasoconstrictor general sobre los fenómenos de adaptación de la irrigación regional tras gangliectomía lumbar por, (Una propuesta terapéutica) (E). — BEZZI, E. y VISCONTI, W. | 369 |
| Arteriopatías obliterantes crónicas de los miembros inferiores. Contribución al estudio del cuadro electroforético en las,: Las glicoproteínas séricas (O). — MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C.; BOSELLI, G. y GALLO, G. | 284 |
| Arteriopatías obliterantes crónicas periféricas. El problema del tratamiento quirúrgico del dolor en las,. La neurotomía del nervio tibial posterior (E). — GALLO, G. | 244 |
| Arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores. Tratamiento médico de la, (O). — MILANÉS, B.; CARRILLO, P. y PÉREZ, M. | 142 |
| Arteriosclerosis obliterante de las piernas. Causa de muerte en los enfermos de, seguidos durante varios años (O). — MARTORELL, F. y MARTORELL A. | 225 |
| Arteriosclerosis obliterante. Osteoporosis isquémica en la, de las piernas (O). — MONCLÚS, J. | 216 |
| Arteritis. Deducciones de la estadística homogénea de 186,. Lugar del tratamiento médico; su asociación con la cirugía (E). — PATEL, J.; CORMIER, J. M. y LATASTE, J. | 353 |
| Aterosclerosis. La hipertensión arterial de la, (E). — LIAN, C. | 318 |
| Cardiopericardiopexia (O). — MARTORELL, F. y CASARES, R. | 7 |
| Claudicación intermitente. Tratamiento de la, por el «MY 301» (N. T.). — MARTORELL, F. | 20 |
| Claudicación intermitente neurógena evolucionando bajo el aspecto clínico de la disbasia angiosclerótica (O). — TOLOSA, E. | 211 |
| Comisurotomía mitral. Embolia arterial y, (E). — ELLIS, F. H. | 81 |
| Cura elastocompresiva. Consideraciones acerca de la, Nuevo tipo de venda (O). — VÁZQUEZ ROCHA, M. | 219 |
| Degeneración quística o coloide de la adventicia. Una causa excepcional de obstrucción crónica de las arterias: La, (E). — PATEL, J.; FACQUET, J. y PIWNICA, A. | 319 |
| Electroforético en las arteriopatías obliterantes crónicas de los miembros inferiores. Contribución al estudio del cuadro,: Las glicoproteínas séricas (O). — MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C.; BOSELLI, G.; GALLO, G. | 284 |
| Embolectomía arterial repetida (E). — REYNOLDS, G. E. y CHEEK, J. H. | 180 |
| Embolia arterial y comisurotomía mitral (E). — ELLIS, F. H. | 81 |
| Embolia mesentérica (O). — CÁRDENAS, M. | 127 |
| Endocarditis lenta. La cirugía ante los accidentes vasculares de la, (E). — MARTORELL, F. | 303 |
| (Endocarditis lenta) Estudio clínico de los aneurismas arteriales periféricos, aparecidos en el curso de la endocarditis bacteriana subaguda. (E). — CASTEX, M. R.; MAZZEI, E. S. y LAVARELLO, A. | 311 |
| Enfermedad sin pulso. Análisis clínico de diez casos (E). — BIRKE, G.; EJRUP, B.; OLHAGEN, B. | 160 |
| Enfermedades arteriales de los miembros inferiores. Orientación actual del tratamiento de las, (E). — FRILEUX, CL. | 28 |
| Enfermedad tromboembólica en un policitémico y su tratamiento con Malocide (O). — PALOU, J.; MARTORELL, F. y GUASCH, J. | 49 |
| Enfermedades tromboembólicas. Tratamiento de las, por el Sintrom (G-23350) (O). — CARRILLO, P.; TOLEDO, F. B.; MILANÉS, B. y PÉREZ, M. | 231 |
| Espinal anterior. Síndrome de oclusión de la arteria, (E). — PETERMAN, A. F.; YOSS, R. E. y CORBIN, K. B. | 246 |

| | Pág. |
|--|------|
| Estenosis de la arteria renal. Técnica del injerto arterial para la, que origina hipertensión (E). — HUMPHRIES, A. W. y POUTASSE, E. F. | 95 |
| Estenosis mitrales. Las reintervenciones quirúrgicas en las, acentuadas (E). SOULIÉ, P.; JOLY, F.; CARLOTTI, J. y SERVELLE, M. | 84 |
| Femoral en su trayecto inguino-crural. Varices. Importancia quirúrgica de las variaciones posibles en las ramas de la arteria. (O). — PATARO, V. F.; CASAL, M. A. y RODRÍGUEZ, S. E. | 345 |
| Feocromocitoma. Valoración de las pruebas farmacológicas en el diagnóstico del; con presentación de un caso de feocromocitoma y tuberculosis (E). — ROTH, G. M. y KVALE, W. | 317 |
| Fístula arteriovenosa femoral. Sobre un caso de, asociada a hematoma pulmonar (O). — GASPARINI, S. y MAYALL, R. C. | 273 |
| Fístula arteriovenosa del miembro inferior. Insuficiencia tricuspídea que que simuló una, derecho (E). — BENAVIDES DE ANDA, P. H. y GUZZY DE LA MORA, P. | 363 |
| Flebectasias yugulares. Comentarios a raíz de cuatro observaciones (E). — PATARO, V. F.; CROSBIE, J. C. y MARTÍNEZ CONDE, R. | 362 |
| Fracturas supracondíleas de codo. Las lesiones vasculares en las, (E). — VALDÉS, E. R. | 367 |
| Gangliectomía lumbar. Consideraciones sobre los resultados a distancia de la, en las arteriopatías de los miembros inferiores (E). — MONTORSI, W.; GHIRINGHELLI, C.; TIBERIO, G. y LAVORATO, T. | 242 |
| Gota. Rol de las anastomosis arteriovenosas en patología vascular periférica y su significado en el ataque agudo de, (E). — DOMÍNGUEZ, R.; ACEVEDO, E.; CASTILLO, P.; JUNEMANN, C.; MELÉNDEZ, O. y BERRÍOS, R. | 255 |
| Hemangiomatosis braquial osteolítica (O). — GARIBOTTI, J. | 121 |
| Hipertensión. Técnica del injerto arterial para la estenosis de la arteria renal que origina, (E). — HUMPHRIES, A. W. y POUTASSE, E. F. | 95 |
| Hipertensión. Diagnóstico y tratamiento de la estenosis de la arteria renal asociada a, (E). — DE CAMP, P. T. y BIRCHALL, R. | 252 |
| Hipertensión arterial de la aterosclerosis, La, (E). — LIAN, C. | 318 |
| Hipertensión renal ortostática. El papel etiológico de la torsión y de la ptosis renales en la génesis de la, (E). — MATHÉ, CH. P.; DE LA PEÑA SÁNCHEZ, L. | 36 |
| Hipertensión. La trombosis aórtica como causa de; estudio arteriográfico (E). — WYATT, G. M.; FELSON, B. | 361 |
| Hipertensiva. Observaciones críticas sobre la úlcera, de la pierna (E). — FERRERO, R.; MAIRANO, C. | 80 |
| Hipotensión arterial cerebral ortostática aislada. La tensión de la arteria retiniana en la, (E). — PAUFIQUE, L.; MOREAU, P. G. | 79 |
| Infarto orgánico del intestino delgado (O). — LONGO, O. F. | 340 |
| (Injertos). Revaloración experimental del problema de la sustitución de los pequeños vasos (E). — BROWN, R. B.; HUGGINS, CH. E.; KOTH, D. R. | 241 |
| — Injertos de aorta. Experiencia sobre 165 homo —, (E). — BARNES, W. H.; ELLIS, H.; KIRKLIN, J. W.; EDWARDS, J. E. | 297 |
| Injerto arterial. Técnica del, para la estenosis de la arteria renal que origina hipertensión (E). — HUMPHRIES, A. W.; POUTASSE, E. F. | 95 |
| Injerto arterial. El, en la arteriosclerosis ocliterante (Editorial). — MARTORELL, F. | 333 |
| Injerto vascular. El problema del, en la arteritis de los miembros (O). — KUNLIN, J. | 1 |
| Injertos. Causas de fracaso tardío de la terapéutica con, en la enfermedad oclusiva periférica (E). — SZILAGYI, D. E.; WHITCOMB, J. G.; SMITH, R. F. | 360 |
| Injertos. Utilización de diversos tipos de, y de material plástico (Ivalon) en el tratamiento del aneurisma poplíteo (E). — D'ALLAINES, CL.; FUSCO, L. | 31 |

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| Injertos. Valoración de la necesidad de la porosidad en las prótesis arteriales sintéticas. Comunicación de un caso y valoración de los, aórticos de Dacron en los perros (E). — KNOX, G.; BEGG, CH. F. | 78 |
| (Injertos). La esponja de Ivalon (alcohol polivinílico) como sustitutivo de los vasos sanguíneos (fracaso en animales de experimentación) (E). — HARRISON, J. H. | 35 |
| Injertos vasculares. Utilización de alcoholes polivinílicos formolizados como, (E). — ALBERT, F. | 33 |
| Insuficiencia tricuspídea que simuló una fistula arteriovenosa en el miembro inferior derecho (E). — BENAVIDES DE ANDA, P. H.; GUZZY DE LA MORA, P. | 363 |
| Ligadura de las arterias mamarias internas como medio de aumentar el aporte de sangre al miocardio (E). — GLOVER, R. P.; DAVILA, J. C.; KYLE, R. H.; BEARD, J. C.; KITCHÉLL, J. R.; TROUT, R. | 320 |
| Linfangioplastia pediculada. Un nuevo tratamiento del linfedema: La, (O). — MARTORELL, F. | 151 |
| Linfangiosarcoma secundario a linfedema crónico (E). — HERRMANN, J. B.; GRUHN, J. G. | 188 |
| Linfedema. Un nuevo tratamiento del: La linfangioplastia pediculada (O). — MARTORELL, F. | 151 |
| Linfedema primario. Estudios clínicos y linfangiográficos de una serie de 107 pacientes los cuales estaban afectados en sus miembros inferiores (E). — KINMONTH, J. B.; TAYLOR, G. W.; TRACY, G. D.; MARSH, J. D. | 86 |
| Luxación traumática de la rodilla. Complicaciones de la, (E). — DE LA SIERRA, L.; BEDIA, E. | 174 |
| Malocide. Enfermedad tromboembólica en un policitémico y su tratamiento con, (O). — PALOU, J.; MARTORELL, F.; GUASCH, J. | 49 |
| Mano neurovascular por compresión del nervio mediano y de la arteria cubital en el carpo (O). — MARQUÉS E. | 14 |
| Medula. La vascularización arterial de la. Investigaciones anatómicas y aplicaciones a la patología medular y a la patología aórtica (E). — LAZORTHES, G.; POULHES, J.; BASTIDE, G.; ROULLEAU, J.; CHANCHOLE, A. R. | 356 |
| Neurectomía del tibial posterior en las úlceras tromboangéiticas (O). — PALOU, J. | 136 |
| Neurotomía del nervio tibial posterior. El problema del tratamiento quirúrgico del dolor en las arteriopatías obliterantes crónicas periféricas, La, (E). — GALLO, G. | 244 |
| Obliteración aislada de la arteria tibial anterior. La, y sus secuelas (E). — RUBERTI, U.; JAPICHINO, G. | 23 |
| Obliteración unilateral de los troncos supraaórticos. Un caso de. Síndrome unilateral de Martorell (E). — PUENTE, J. L.; LLOPIS REY, J. J.; PINTOS, G. | 25 |
| Oclusión vascular mesentérica (E). — MUSGROVE, J. E.; MORLOCK, C. G. | 186 |
| Oclusiones arteriales agudas. Las. Estudio clínico (E). — DIMTZA, A. | 299 |
| Osteoporosis isquémica en la arteriosclerosis obliterante de las piernas (O). — MONCLÚS, J. | 216 |
| Policitémico. Enfermedad tromboembólica en un, y su tratamiento con Malocide (O). — PALOU, J.; MARTORELL, F.; GUASCH, J. | 49 |
| Poplítea. Degeneraciónquistica adventicial de la arteria, (E). — HIER-TON, T.; LINDBERG, K. | 75 |
| Simpatectomía. El dolor en la extremidad inferior después de la, (E). — TRACY, G. D.; COCKETT, F. B. | 22 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| Síndrome del desfiladero cervicodorsal. Tratamiento de los pacientes con, (E). — NELSON, P. A. | 176 |
| Síndrome hombro-mano a continuación de infarto de miocardio, con especial referencia al pronóstico (E). — EDEIKEN, J. | 239 |
| Síndrome de Martorell. Sobre un caso de, (O). — MONSERRAT, J. | 63 |
| Síndrome de Martorell del arco aórtico (E). — JULIAN, O. C.; DYE, W. S. | 159 |
| Síndrome de Martorell-Fabré. Síndrome de obliteración de los troncos supraaórticos (E). — ROCA ROCA, F. | 168 |
| Síndrome de obliteración de los troncos supraaórticos. Síndrome de Martorell-Fabré (E). — ROCA ROCA, F. | 168 |
| Síndrome de oclusión de la arteria espinal anterior (E). — PETERMAN, A. F.; YOSS, R. E.; CORBIN, K. B. | 246 |
| Síndrome unilateral de Martorell. Un caso de obliteración unilateral de los troncos supraaórticos (E). — PUENTE, J. L.; LLOPIS REY, J. J.; PINTOS, G. | 25 |
| Síntrom (G-23350) Tratamiento de las enfermedades tromboembólicas por el, (O). — CARRILLO, P.; TOLEDO, F. B.; MILANÉS, B.; PÉREZ, M. | 231 |
| Sustitución de los pequeños vasos. Revaloración experimental del problema de la, (E). — BROWN, R. B.; HUGGINS, CH. E.; KOTH, D. R. | 241 |
| Sustitutivo de los vasos sanguíneos. La esponja de Ivalon (alcohol polivinílico) como, (fracaso en animales de experimentación) (E). — HARRISON, J. H. | 35 |
| Terapéutica intraarterial por cateterismo percutáneo de la aorta abdominal. Técnica y resultados (O). — IPARRAGUIRRE, J. G.; CIGORRAGA, J. R. | 269 |
| Tibial anterior. La obliteración aislada de la arteria, y sus secuelas (E). — RUBERTI, U.; JAPICHINO, G. | 23 |
| Tibial anterior. Un caso de ligadura de la arteria, en su origen (E). — HERNÁNDEZ, E. | 70 |
| Tromboflebitis gangrenantes (O). — MONCLÚS, J. | 54 |
| Tromboflebitis migratoria y foco séptico (O). — MARTORELL, A. | 67 |
| Trombosis aórtica. La, como causa de la hipertensión; estudio arteriográfico (E). — WYATT, G.M.; FELSON, B. | 361 |
| Trombosis arterioiliaca. Tratamiento médico de la, (O). — LÓPEZ DELMÁS, J. | 201 |
| Úlcera «hipertensiva». Observaciones críticas sobre la, de la pierna (E). — FERRERO, R.; MAIRANO, C. | 80 |
| Úlcera hipertensiva de pierna. A propósito de la úlcera de Martorell. Consideraciones acerca de su tratamiento. (O). — VÁZQUEZ ROCHA, M.; ISASI, E. E. | 277 |
| Úlceras tromboangiéticas Neurectomía del tibial posterior en las, (O). — PALOU, J. | 136 |
| Varices. Importancia quirúrgica de las variaciones posibles en las ramas de la arteria femoral en su trayecto inguino-crural (O). — PATARO, V. F.; CASAL, M. A.; RODRÍGUEZ, S. E. | 345 |
| Vasodilatador. Aplicación clínica de un nuevo, (E). — KAINDL, F.; PÁRTAN, J.; POLSTERER, P. | 357 |
| Vasodilatadores. Valoración del efecto de los, usados en Angiología. El uso de la pletismografía simplificada en la valoración comparativa del efecto de una serie de drogas vasodilatadoras (O). — MICKELBERG, A.; FRIDMAN, M.; ZAMEL, N. | 131 |