TRATAMIENTO DE LAS VÁRICES SUPERFICIALES

del miembro inferior y sus complicaciones

Año 1908 **Núm. 1866**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tratamiento de las várices superficiales

del miembro inferior y sus complicaciones

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AGUSTIN SILVEYRA

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento General)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN.

Vicedecano

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO.

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.
» » LUIS GÜEMES.
» » ELISEO CANTÓN.
» » ENRIQUE BAZTERRICA.
» » ANTONIO C. GANDOLFO.
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA.
» » JUAN A. BOERI (suplente).
» » BALDOMERO SOMMER.
» » G. ARAOZ ALFARO.
» » JOSÉ R. SEMPRÚN.
» » ABEL AYERZA.
» » JAIME R. COSTA.
» » J. MANUEL IRIZAR.

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo).
DR. D. RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botanica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figuero
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señoran
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Doctor Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. Greenway
Física Médica	» Vacante
Química Médica	» Vacante
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	» Vacante
Histología	» Julio G. Fernández, Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	» Vacante
Anatomía Topográfica	» Vacante
Fisiología General y Humana	» Vacante
Anatomía Patológica	» Vacante
Bacteriología	» Juan Carlos Delfino, Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	» Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	» Vacante
Medicina Operatoria	» Vacante
Clínica Ginecológica	» Vacante
» Oto-rino-laringológica	» Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» Vacante
Patología externa	» Carlos Robertson, Ricardo S. Gómez
Patología interna	» Vacante
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Epidemiológica	» Vacante
» Quirúrgica	» Francisco Llobet, Marcelo Viñas, Marcelino Herrera Vega, José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurrald
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Patricio Fleming, Ricardo Colón, Luis Agote
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo, Enrique Zárate, Alberto PeraltaRamos, Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	» Vacante
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas, Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	» Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	» José T.Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr.	Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	»	Adolfo Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	»	Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Juan A. Boeri
Física farmacéutica	»	Julio J. Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	»	Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	»	J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	»	Vacante
Botánica y Mineralogía	»	Vacante
Química inorgánica aplicada	»	Vacante
Química orgánica aplicada	»	Vacante
Farmacognosa y Posología razonadas	»	Sr. Juan A. Domínguez (en ej.)
Física farmacéutica	»	Vacante
Química analítica y toxicológica primer curso)	»	Vacante
Técnica farmacéutica	»	Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr.	León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	»	N. Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía. Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ENRIQUE DEL ARCA

I

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

En el estudio de la etiología y patogenia de las várices, enunciaré primero las teorías más comunes que nos dan los autores clásicos y terminaré con la explicación de la teoría toxo-infecciosa, la más racional, por cuanto ella nos demuestra de una manera clara la predisposición de ciertos enfermos á su producción. Pero antes de entrar en materia, empezaré por definir lo que se entiende por várices.

Se describe bajo este nombre, un estado patológico de las venas, por el cual éstas tienden á dilatarse y alargarse progresivamente.

CAUSAS ETIOLÓGICAS

Del punto de vista etiológico, muchas pueden ser las causas que predisponen á la producción de várices.

I—La influencia de diátesis artríticas y herpéticas.

En las que Georgewitsch ha llevado un nuevo apoyo á las opiniones defendidas por Moreau y Verneuil. Puede buscarse en éstas una razón de herencia de várices, muy bien explicada por Briquet. «Le Dentu y Delbet», cree que puede trasmitirse una debilidad á las túnicas venosas, dándole entonces cierta importancia á la trasmisión de diátesis.

II—La edad.

Es entre los 30 y 40 años que las estadísticas aportan mayor número de varicosos. En los niños son raras, á menos que éstas no sean congénitas, en cuyo caso ocupan casi siempre el miembro superior y son unilaterales; en los viejos es casi siempre una enfermedad que data de la edad adulta.

III—El sexo.

Las estadísticas comprueban que es mayor el número de enfermos hombres que el de mujeres.

IV—Las profesiones.

Es ésta una de las principales causas para su producción, especialmente aquellas que obligan al individuo á estar mayor tiempo de pie, en marcha, á

trabajar en terrenos húmedos ó en medios muy calientes.

V—Las disposiciones anatómicas y fisiológicas.

Las venas de los miembros inferiores se ven obligadas á atravesar un cierto número de anillos, los unos aponeuróticos y los otros musculares, que por su compresión dificultan la circulación venosa, pudiendo por su causa favorecer la producción de várices. Herapath ha descrito el anillo fibroso que la safena interna se ve obligada á atravesar antes de su desembocadura en la femoral; las venas profundas de la pierna pasan bajo la arcada del solear y las musculares atraviesan anillos musculares contráctiles, sobre los cuales Verneuil ha insistido en el estudio de las várices profundas.

Otras, en fin, traen un obstáculo á la circulación de la sangre debido á los ángulos más ó menos rectos, que forman en su desembocadura, como sucede en las venas safena interna y externa, al desembocar en la poplitea y femoral.

Puede también invocarse cierta atonia ó debilidad del sistema venoso, que aparece en algunos individuos debido á un verdadero surmenage de las túnicas venosas.

VI—La preñez.

La preñez es una de las causas etiológicas más eficaces. Budín ha encontrado que en un tercio de las mujeres embarazadas se encuentran várices, sobre todo á partir del segundo embarazo, aumentándose esta cifra entre los 22 y los 23 años. Como el útero grávido se desvía más frecuentemente hacia la derecha, es más común encontrar las várices en la pierna de este lado, debido á la compresión que aquél ejerce sobre los vasos del basinete.

CAUSAS EFICIENTES Y PATOGÉNICAS

Según Briquet, dos son las teorías que entrañan la producción de las várices: una mecánica, que atribuye á la patogenia causas locales, y la otra de origen anatómico, que busca en una alteración primitiva de la pared del vaso, la razón de su éxtasis permanente, como así otras diversas alteraciones que se desenvuelven después.

A «Le Dentu y Delbet», les parece difícil no admitir una disposición especial de las paredes venosas de origen hereditario que podría denominarse *diátesis varicosa*, dependiendo ella misma del artritismo y herpetismo. En estas condiciones, las venas, bajo la influencia de causas mecánicas, se distienden, lo que trae como consecuencia alteraciones de

la nutrición, que á su vez producen alteraciones de la estructura. Por esto, cree muy complicada la patogenia de las várices y entiende deber asociar íntimamente la teoría mecánica y anatomo-patológica.

Para la teoría mecánica, es á las condiciones especiales de la circulación venosa, que se relaciona de una manera general la patogenia de las várices.

En el miembro inferior, las condiciones de la circulación venosa han sido bien explicadas por numerosos autores, entre los que se distingue especialmente Charrade. En cuanto á las causas que se oponen á la circulación venosa en dicho miembro, Chéretien, en su artículo venas del «Dictionnaire encyclopedique des sciences médicales», dice que son ellas las siguientes:

1ª Alejamiento del corazón, disminuyendo la tensión arterial en las últimas arterias y, por consiguiente, el vis á tergo; 2ª gravedad, sobre todo en la estación parada; 3ª las oscilaciones alternadas de los miembros inferiores, debido á la fuerza centrífuga desarrollada por ellos; 4ª los músculos, comprimiendo y achatando las venas con sus contracciones; 5ª el número considerable de éstas con relación al

Por otra parte, tenemos las causas que favorecen el retorno de la sangre venosa y que son, en primer lugar, la contracción muscular facilitando al vis á tergo y en segundo las válvulas venosas. A éstas, ó mejor dicho á su número, se da gran importancia

por el hecho de favorecer el retorno de la sangre hacia el corazón.

Klotz ha demostrado que el número de válvulas capaces de funcionar disminuye con la edad y que esta disminución comienza, á partir de los 25 años. En cuanto á su orientación, están dispuestas de manera que permiten á la sangre venosa de las venas pedias y plantares pasar á las safenas; lo contrario sucede, según Le Dentu, en la pierna y muslo, donde la circulación va de los vasos superficiales á los profundos.

Theile y Henle piensan de distinto modo, es decir, que el sentido de la corriente es dirigido de la profundidad á la superficie.

El sistema safeno interno recibe en todo su trayecto venas perforantes anastomóticas que parten de las profundas atravesando intersticios y masas musculares, así como también la aponeurosis tibial, El culares, así como también la aponeurosis tibial. El número de perforantes es mayor en la región tibial que en el muslo.

Estas venas perforantes, que anastomosan la circulación tibial superficial con la profunda, pueden ser de dos clases: directas ó indirectas; es decir, según que vayan de un sistema venoso á otro, ó bien que no se comuniquen sino por intermedio de la red muscular.

Entre estas dos variedades de perforantes, los

anatomistas distinguen en condiciones normales: 1º perforantes desprovistas de válvulas y que son vías neutras, yendo de un sistema á otro; 2º perforantes que por sus válvulas conducen la sangre de la superficie á la profundidad; 3º perforantes que conducen la sangre de las venas profundas á las superficiales (Charpy).

Verneuil ha estudiado y Braune ha descripto, uniones de las venas tibiales anteriores, posteriores y peroneanas á los sistemas safeneanos.

Por su importancia, son sobre todo las venas perforantes tibiales las que llaman más nuestra atención.

En condiciones normales, estas perforantes parecen tener algún rol en la circulación venosa del miembro inferior.

Según Housé y Le Dentu, la circulación venosa profunda se haría por las venas profundas y la que lleva la sangre de los órganos superficiales, por las venas superficiales. En cuanto á las perforantes, se supone, como es natural, que pueden en un momento dado, suplirlas recíprocamente.

Si me he extendido un poco en la descripción anatómica de las venas perforantes, es porque hoy en día se les atribuye un gran papel en la génesis de las várices y, como veremos más adelante, al describir los métodos operatorios, son de importancia

capital las ligaduras de estas venas, pues así evitamos recidivas en los operados.

La safena interna es un largo canal de seguridad, que se extiende desde la raíz del muslo hasta el pie y que restablece el equilibrio entre los vasos profundos y superficiales. Comparada con los vasos profundos de la pierna, vemos que es una vía accesoria de suplencia y que la vena femoral es el término de toda la circulación venosa del miembro inferior.

Trendelemburg, que ha estudiado las alteraciones que acompañan á la circulación venosa, debidas á la insuficiencia de las válvulas de la safena interna y de sus vías anastomóticas, en individuos portadores de várices al nivel de la parte inferior de la pierna, ha llegado á la siguiente conclusión: que si se producen á esta altura es debido á un aumento de presión producido: de un lado, por el reflujo de la columna sanguínea de la safena interna, y por el otro al de la sangre que viene de las partes situadas inmediatamente por debajo de las várices.

El mismo autor ha comprobado que una vez las válvulas safeneanas forzadas, la columna sanguínea, no obedeciendo más que á las leyes del peso, produce reflujos, no solamente en los gruesos vasos, sino en las pequeñas venas tributarias á este sistema, con lo que ha demostrado la realidad de lo aseverado en el párrafo anterior.

Si acostamos un enfermo varicoso, vemos que sus várices quedan moderadamente llenas en toda su extensión, siempre que no se encuentren debajo del nivel del corazón; ahora bien, si hacemos que eleve el miembro bruscamente hasta ponerlo más ó menos vertical, veremos que las várices se borran; para hacerlas reaparecer no tenemos más que tornar el miembro á la posición horizontal y veremos que las venas se llenan de sangre de arriba á abajo, es decir, que la sangre venosa se dirije del centro á la periferia á causa del retorno de la sangre venosa del corazón.

Si hacemos sentar al enfermo teniendo la pierna elevada, de manera que el corazón y la vena cava inferior ocupen un nivel más elevado, la safena, que antes de sentarse el enfermo estaba vacía, se llena de nuevo y si el sujeto es delgado, veremos que el nivel líquido de las várices corresponde más ó menos al del corazón.

Las venas cava, ilíaca y safena se comportan como vasos comunicantes, no obedeciendo al reflujo sanguíneo sino á las leyes del peso y á la tensión de la cavidad abdominal.

Este último hecho lo podemos demostrar haciendo toser al enfermo; hecho esto, veremos á las várices llenarse de sangre, yendo este reflujo del centro á la periferia.

La vena safena se conduce entonces como un

verdadero manómetro unido al abdomen, traduciendo en oscilaciones sanguíneas las más leves presiones ejercidas por él, bastando á veces simplemente la presión del dedo sobre el vientre para que la tensión sanguínea en la safena, sea apreciada por pequeñas oscilaciones.

Haciendo levantar un enfermo, veremos que pronto todas sus várices se ingurgitan de sangre, debido al reflujo del centro á la periferia; la experiencia se hace de la siguiente manera:

En un enfermo acostado, hacemos que eleve la pierna enferma casi perpendicularmente; una vez que la sangre de la safena se ha evacuado completamente comprimimos con el dedo el tronco de esta vena y hacemos entonces levantar al sujeto. En estas condiciones, no es sino de una manera lenta que las várices se empiezan á llenar de abajo hacia arriba, siendo suficiente para hacerla reaparecer bruscamente, dejar de comprimir la safena, pues la sangre llenará de arriba hacia abajo, en algunos segundos, todas las venas y venulas.

La insuficiencia valvular se comprueba fácilmente haciendo acostar previamente al enfermo; una vez en esta posición y estando las venas regularmente llenas de sangre, se da un papirotazo sobre la raíz de la safena, hecho lo cual se ve la oscilación comunicarse á gran distancia y cuanto mayor sea ésta, más acusada será la insuficiencia valvular.

Esta insuficiencia trae como consecuencia la formación de un gran canal venoso continuo, que va desde el pie hasta la aurícula derecha del corazón y en el cual la sangre, ó mejor dicho la corriente sanguínea obedece al peso de la columna, al vis á tergo y á las condiciones variables de tensión del abdomen. La presión en este canal, será tanto mayor cuanto más nos alejemos del corazón.

Basado en este hecho, es que Trendelemburg preconiza su ligadura en la safena.

Sabemos ya que la insuficiencia valvular es una de las grandes causas que coadyuvan á la producción de várices y que las válvulas necesitan para su normal funcionamiento de la ayuda que les prestan los músculos al contraerse haciendo progresar hacia el corazón venoso la corriente sanguínea. Este hecho es de capital importancia con respecto á los vasos profundos para que la circulación venosa se haga normalmente.

Según Marey, si los músculos no se contrajesen, las válvulas no pudiendo llenar su rol, flotarían dentro de la columna sanguínea sin interrumpir la continuidad del canal venoso. Por lo tanto, los individuos cuya profesión los obliga á estar de pie, estarán en buenas condiciones para hacerse varicosos.

Otras causas que pueden producir ó ayudar á la formación de várices son las compresiones venosas debidas á tumores ó á obstrucciones dentro del

canal venoso, sobre todo cuando esta circulación no se puede normalizar por las diferentes colaterales.

Ciertos autores, en fin, han invocado lesiones venosas debidas á alteraciones del sistema nervioso.

Rienzi llama la atención sobre la frecuencia de varicosos en los conscriptos de la alta Italia, debido á la acción paralizante sobre los vasos constrictores, de ciertos alcaloides producidos por el maíz fermentado, el cual da origen á una hiperemia de las paredes vasculares y á una flebitis crónica consecutiva.

Muchos anátomo-patologistas colocan las alteraciones varicosas al lado de las arterio-esclerosis y consideran á las dos como el resultado de una alteración de la nutrición general, producida por una discracia ó una diátesis, tal como el artritismo, alcoholismo ó saturninismo. Las várices serían, pues, alteraciones de fleboesclerosis.

Si es cierto, dice «Le Dentu y Delbet», que muchos varicosos son arterio-esclorosos, hay muchos casos en que sólo se encuentran várices aisladas, que evolucionan de una manera distinta á la arterio-esclerosis, pues ésta ataca todo el arbol arterial, mientras que las várices se radican especialmente en los miembros inferiores, respetando absolutamente los superiores, el cuello, la cara, etc., y con Quénu piensa que los dos procesos son comparables del punto de vista anatómico, estando á veces reunidos en sujetos de cierta edad, especialmente en los portadores de

úlceras; pero, de ahí á admitir una identidad en el proceso, está muy lejos.

En resumen, he aquí cómo comprende «Le Dentu y Delbet» la génesis de las várices:

Un individuo más ó menos predispuesto debido á la menor resistencia de las envolturas venosas, ya adquirida ó bien congénita, es sometido á acciones mecánicas ocasionadas por ciertas profesiones.

Bajo esta influencsia, las venas se dejan distender y es en estas condiciones que la éxtasis sanguínea aparece trayendo como consecuencia una mortificación de las envolturas de las venas. A medida que este proceso avanza, las válvulas funcionan de peor en peor y se establece al fin un círculo vicioso que produce toda la serie de lesiones consecutivas á esta enfermedad.

Más acertada, pues la demostración me parece mucho más clara, es la teoría que hace derivar como causa etiológica de la producción de las várices á lesiones venosas de origen toxo-infeccioso, tales como la fiebre tifoidea, sarampión, fiebre palúdica, sífilis, saturnismo, alcoholismo, tabaquismo, etc.

Estas infecciones, que actuarían de una manera latente y continua por intermedio de la sangre sobre las túnicas de envoltura de las venas, produciendo primero una endoflebitis y después una mesoflebitis, pondrían á los vasos en condiciones muy especiales de predisposición á las várices, siendo este

el momento en que actúan como factor de primer orden aquellas profesiones que obligan al enfermo á permanecer mucho tiempo de pie, puesto que las venas se dejan distender en aquellos puntos en que la presión sanguínea es mayor, produciendo éxtasis venosos, que acarrearían después todo el sindroma característico de las várices.

Entonces nosotros pensamos que ,para que las várices se produzcan en un individuo sano, es necesario que las venas se hallen en estado de predisposición, ya sea éste debido á una causa infecciosa, tóxina ó de origen alimenticio, ó bien que actúan éstas reunidas. Sino ¿cómo explicar que se encuentren tantos operarios, en los cuales su profesión los obliga á estar parados, tantos soldados, etc., etc.., sin que jamás sus piernas hayan acusado la menor dilatación venosa? ¿Cómo, también, encontrar tantas embarazadas en las mismas condiciones? Y, por último, ¿cómo explicar que muchas mujeres en el primer mes del embarazo sufran de várices, cuando aún el útero grávido es pequeño y por lo tanto incapaz de comprimir los vasos del basinete?

Esto nos comprueba, entonces, que las profesiones actuarán como coadyuvantes en individuos cuyas venas ya estén predispuestas, es decir, en aquéllos en que exista una flebitis antigua y que al enfermo no se le acusa por ningún síntoma. En estas venas ya predispuestas, es claro que una profesión que

obligue al obrero á estar de pie, al soldado á hacer grandes marchas, hará que la circulación venosa se haga con más dificultad en los miembros inferiores, donde las válvulas ya funcionan mal á consecuencia de la endoflebitis, y es entonces que estas venas se encontrarán bien dispuestas para volverse varicosas.

Es en estas condiciones que se nos presenta el enfermo, con gruesas venas que hacen relieve en sus piernas debajo de la piel y que él da como primer síntoma de su enfermedad. De ahí que la etiología de las várices haya sido tan obscura y por eso muchos autores han pensado en el artritismo, herencia y profesiones, como causas etiológicas.

Entre el número de causas mecánicas que atacan las venas ya predispuestas, dos son las más importantes de enumerar:

En primer lugar, «la poussée sanguínea profunda», y secundariamente «el reflujo superficial» ó safeneano.

Se llama poussée sanguínea profunda, á la que se hace de la profundidad á la superficie á favor de las venas perforantes; y reflujo superficial, al reflujo que se hace en las venas safenas para distinguirlo del que se puede hacer en las venas profundas.

La poussée sanguínea profunda es la primera gran causa que presta su contribución á la producción de várices, actuando sobre las paredes venosas.

Dicha poussée se produce cuando el músculo, debido á un esfuerzo violento cualquiera, necesita para llenar su función que le llegue una mayor cantidad de sangre, sangre que es expulsada violentamente por las mismas contracciones.

La poussée de sangre rechazada bruscamente, hace irrupción hacia la periferia del miembro, donde encuentra un espacio libre, siendo recibida por las venas superficiales por intermedio de las perforantes. Delore ha caracterizado esta poussée de la contracción muscular con el nombre de «coup de bélier musculaire».

La poussée profunda se produce igualmente, toda vez que debido á una causa cualquiera haya necesidad de una plétora sanguínea profunda, «general» ó «local» en el miembro y que debe encontrar bruscamente salida á la superficie.

Si un individuo que está en reposo se pone á caminar ó correr, se ve que su sistema venoso superficial se llena de preferencia. Si es un varicoso en las mismas condiciones y que no tiene reflujo superficial apreciable el que se pone igualmente á caminar, se ve que sus várices también se hinchan. Tanto en el uno como en el otro, sus venas superficiales se llenan debido al aporte de sangre profundo.

A la influencia de la poussée profunda puede agregarse, en un momento dado, cuando sus várices han adquirido un cierto volúmen, la segunda gran

causa mecánica «el reflujo superficial», que si bien no crea las várices, las agrava mucho.

En cuanto al comienzo de las várices, por regla general, éste tiene lugar por las ramas de orígen de la safena interna, para de ahí extenderse en seguida al tronco de la misma, la que poco á poco se deja distender. Esta distensión progresiva termina por traer la insuficiencia valvular y con ella, la aparición del reflujo superficial, en el que intervienen sobre todo en su acción, los esfuerzos torácicos y abdominales.

Este reflujo dado á las safenas se denomina «coup de bélier abdominal» por oposición al coup de bélier muscular.

El reflujo sobre el cual Trendelemburg ha insistido, puede, en ciertos casos, ejercer una presión considerable sobre las paredes venosas, así como Pierre Delbet lo ha podido demostrar por medio de medidas directas.

II

ANATOMIA Y FISIOLOGIA PATOLÓGICA

Sitio.

Entre las venas predispuestas á las alteraciones varicosas podemos considerar como las más comunmente atacadas las de los miembros inferiores; y sobre todo, aun en esta región de preferencia, á la vena safena interna y sus ramas confluentes que son casi siempre las primeras en alterarse; tan es así, que cuando la safena externa se encuentra atacada de ésta flebitis crónica, ya de antemano se observan lesiones en la interna.

En los miembros superiores estas alteraciones son raras y comunmente de origen congénito, pudiendo muy bien tomar todo el sistema venoso de un miembro ó radicarse en puntos determinados de este sistema.

La aceveración de la existencia de éstas várices congénitas, la tenemos en los casos citados por «Le Dentu y Delbet», primero en uno observado por él, en el cual ha visto una joven portadora de várices

simétricas de los brazos y luego por el de J. L. Petit que observa una várice del pliegue del codo; por el de Bousquet y Lassar con observaciones de várices congénitas del brazo y pierna respectivamente y finalmente por los de Valker, Golding Bird y Gorden Bennett con várices vistas por ellos de las regiones faciales y yugulares.

Forma.

Según Follin se pueden dividir las várices en cuanto á su forma en *cilindroides* ó *no circunscriptas* y en *ampulares* ó *circunscriptas*.

Las primeras pueden ser rectilíneas ó serpiginosas, constituyendo á veces, tumores varicosos de forma estrellada que los antiguos comparaban á la cabeza de Medusa, siendo sobre todo en las piernas y la pared abdominal donde se las encuentra de preferencia.

Las várices circunscriptas ó ampulares son: circunferenciales, cuando la dilatación ocupa todo el calibre de la vena, ó laterales, cuando no están ligadas más que á las dependencias de una parte de este calibre. La ampular lateral, es una especie de saco agregado á la vena y que comunica con ella por una abertura más ó menos ancha, pudiendo ésta desaparecer completamente; á simple vista se asemeja á un tumor quístico separado de la vena.

Casi siempre son estas dos formas combinadas las que se encuentran al examinar las venas superficiales de un miembro varicoso, viéndose con frecuencia cordones venosos más ó menos dilatados, á veces rectilíneos y generalmente serpiginosos, con ensanchamientos ampulares situados de trecho en trecho.

Estas alteraciones son las que se observan en el trayecto de las venas, de preferencia en la safena interna, en la parte superior é interna de la rodilla, formando verdaderas serpiginosidades entrelazadas, pudiéndose también observarlas en la cara interna de la tibia, al nivel de los maleolos.

Estos tumores, como también las ampollas, pueden adquirir volúmenes variables, pudiendo llegar hasta el de un pequeño intestino y ser confundidos cuando existen en el cayado de la safena con una hernia crural.

Ahora, cuando estas ampollas y tumores son de gran tamaño y abundancia pueden llegar hasta la deformación completa del miembro.

Anatomía patológica.

Las alteraciones de las paredes venosas, no tienen todas la misma gravedad.

Después de los estudios hechos por Briquet, se han admitido cuatro grados en su evolución.

En un *primer grado* hay una simple dilatación

de los vasos sin lesiones en sus túnicas; esta distensión, puede ser debida á un obstáculo que se opone al pasaje de la circulación, á un tumor que comprimen y obliteran las vías de escurrimiento de sangre negra, ó bien, á causas mecánicas que traerán como consecuencia un mayor aporte de sangre en los vasos internos y repercutiendo, como ya lo hemos dicho anteriormente, en la circulación venosa superficial y finalmente á la flebectasia de la preñez.

Para Cornil y Ranvier sólo comenzarían las várices cuando empiezan las modificaciones en la pared venosa, admitiendo por lo tanto en la anatomía patológica tres grandes grupos.

El *segundo grado* está caracterizado por la dilatación del calibre de los vasos acompañada de un espesamiento regular de sus túnicas, sobre todo, de la capa media, que es la más hipertrofiada; las paredes venosas se vuelven rígidas y no se aplastan como al estado normal, asemejándose en un corte transversal á las arterias.

En un *tercer grado* la dilatación venosa es igual al anterior, pero, el espesamiento es irregular. Ciertos puntos están adelgazados, hinchados, distendidos, pareciendo por su forma aneurismas, mientras que otros situados al lado, son espesos, rígidos é incrustados de sales calcáreas; las venas constituyendo verdaderos paquetes irregulares, forman tumores de volúmenes variables, que al corte, recuerdan por su aspecto

y semejanza los tumores cavernosos. En la membrana interna el endotelio es levantado por saliencias longitudinales; las válvulas han desaparecido en parte, quedando de ellas pequeños vestigios de tractus deformado. La libre circulación está interrumpida de una manera irregular por la formación de codos bruscos; hay obliteración de los divertículos, con formación de pequeños cuajos ó quistes sanguíneos. En los divertículos que no están obliterados se puede observar que están llenos de sangre fluída.

Estos pequeños quistes dan nacimiento á la formación de flebolitos.

Pasamos al *cuarto grupo* y en este, encontramos ya las dilataciones venosas que ganan las arborizaciones vasculares cutáneas. Estas venosidades azuladas ó violáceas son algunas veces tan abundantes, que podría creerse á primera vista en una mancha erectil.

Para Verneuil estas várices superficiales se acompañan siempre de várices profundas, pero la recíproca no es verdadera, es decir, que las várices profundas no se acompañan siempre de várices superficiales; hay que pensar que el origen de la flebectasia empieza en las venas intra-musculares, para de ahí ganar la red subcutánea. Esta ley es casi siempre exacta, pero existen ejemplos de várices superficiales sin estar lesionadas las venas profundas; tales son los casos mencionados por Valette (de Lyon) y los observados por Hughes, en los que las várices afec-

taban las safenas y respetaban las venas profundas.

Remy y Tillaux admiten que las várices superficiales pueden existir aisladamente sin lesionar las venas profundas.

Según Gaujot (citado por Charvot) la red de las venas tibiales se haría varicosa al mismo tiempo que el territorio safeneano interno. Este autor, hace notar también la predilección de las várices por los músculos extensores de todo el miembro inferior.

ALTERACIONES MICROSCÓPICAS

Las alteraciones histológicas que caracterizan estos cuatro grados, han sido estudiadas por Cornil, el cual considera á estas lesiones varicosas como alteciones debidas á una flebitis crónica.

La túnica interna es poco alterada en un principio, pero, las válvulas ya son insuficientes, dadas vuelta, aplastadas ó desgarradas, formando saliencias irregulares, constituídas por amas de células y concreciones fibrinosas. La túnica media, espesada de dos á diez veces más que en su estado normal, presenta en sus capas más concéntricas una red elástica que recorre gruesos fasículos de tejido celular; debido á estas fibras es que el endotelio se levanta. Más afuera se encuentran grandes acumulaciones de fibras musculares, algunas en dirección longitudinal y la

mayoría en transversal, entre cuyas láminas se halla una hiperplasia de tejido conjuntivo, en el que se encuentran granulaciones del pigmento sanguíneo.

La túnica externa está infiltrada é hiperplasiada.

Después, las células endoteliales degeneran y las incrustaciones calcáreas se funden, sobre todo en la túnica media, pudiendo sus placas acumularse hasta el punto de obliterar algunos divertículos y dar origen á la formación de un flebolito.

En los puntos donde las paredes se han adelgazado y constituído hinchamientos fusiformes ó ampulares, las lesiones se asemejan á las de las arterias; se constata una producción exagerada de células embrionarias, que sustituyen á las fibras elásticas musculares de la túnica media y en estas condiciones, las paredes venosas, no pudiendo resistir más á la presión sanguínea, se dejan distender. Esta distensión forzada puede llegar hasta la ruptúra. Los vasa vasorum se dilatan, sus paredes se espesan y al anastomosarse los unos con los otros forman plexos cavernosos que comunican con la cavidad venosa. Estos son los tumores de aspecto erectil, los cuales se encuentran en el trayecto de las venas varicosas.

Las superficiales y sobre todo la safena interna se dilatan y se vuelve más flexuosa, trayendo estas flexuosidades como consecuencia una elongación de la vena, que puede alcanzar un largo considerable: el doble ó triple del normal.

En cuanto á la dilatación, puede también ser exagerada y alcanzar su grosor un límite muy superior al normal.

ESTADO DE LOS TEJIDOS CIRCUNVECINOS

Estas alteraciones vasculares no evolucionan aisladamente, pues ellas por contigüidad enferman los tejidos vecinos interesando su vitalidad en diferentes grados.

Cuando las várices se encuentran en el primer período de su evolución, tanto los tejidos que envuelven las venas, como la piel subyacente, no son el asiento de ninguna lesión; ahora bien, si la lesión venosa está más avanzada, si sus alteraciones son ya antiguas, estos tejidos circunvecinos se comportan siendo tanto más graves sus alteraciones, cuanto la evolución venosa patológica es más antigua y acusada.

El tejido celular periférico á la vena se indura, se vuelve lardáceo y adherente.

La piel, de móvil que es en estado normal, queda fija por adherencias que forma con las capas más profundas y á veces espesada, como se ve en los casos de flebitis varicosa; pero lo más común es que se encuentre adelgazada y esclerosada, tomando entonces una coloración amarillo verdosa, como si se hubiese dejado imbibir por materias colorantes

de la sangre trasudada de las venas vecinas. En algunos enfermos la piel se vuelve eritematosa, seca, escamosa, desprovista completamente de pelos y de superficie lisa; en otros, se pigmenta formando placas, ó bien siguiendo el trayecto venoso, pudiendo también ser el sitio de erupciones de diversas naturalezas, eczemas, etc., las que dan origen á la formación de úlceras. Basta á veces la más pequeña erosión de la piel para que esta úlcera se forme.

No solamente las venas son esclerosadas, sino también las arterias, como lo ha demostrado Quénu.

Bajo la influencia de estas alteraciones circulatorias consecutivas, aparece un edema duro, parecido al de la elefantiasis; el tejido conjuntivo, como lo dijimos más arriba, es lardáceo é infiltrado de líquido en el cual se encuentran leucocitos y células planas.

Estos elementos embrionarios pueden dar origen á la formación de pequeños abcesos que desorganizan los tegumentos, pudiendo también traer como consecuencia la aparición de úlceras, las cuales se sitúan sobre el trayecto arterial.

Reclus ha descrito lesiones óseas concomitantes á úlceras varicosas, las que entonces son lesiones de hiperóstosis subyacentes.

Cuando una vena varicosa se encuentra en contacto con el hueso, éste parece lesionado al tacto,

debido á que el tejido ambiente indurado, resiste bajo el dedo, mientras que la vena se deja deprimir, dando la sensación, por lo tanto, de que se hubiera formado un canal hueco en el hueso.

Hogdson cree que existe una pérdida de substancia por reabsorción del tejido óseo.

Los músculos pueden ser el asiento de lesiones varicosas y como Quénu lo ha demostrado, presentan toda la serie de alteraciones patológicas de las miositis intersticiales crónicas, con degeneración gránulo-grasosas de los haces primitivos.

A su turno, estas alteraciones varicosas enferman los nervios, originando dilataciones de los vasanervórum (Quénu). Estas alteraciones son consecutivas de las del neurilema y, por lo tanto, traen como consecuencia alteraciones funcionales.

Este mismo autor, que ha hecho disecciones en miembros varicosos, ha encontrado los nervios duplicados ó triplicados de volumen y recorridos en todo su trayecto por vénulas varicosas. A más, en las piezas anatómicas se han podido observar degeneraciones varicosas de los nervios; éstas tienen una predilección por el segmento del siático recubierto por el gran glúteo, concomitantes á alteraciones de las venas isquiáticas.

Quénu, que ha estudiado toda esta serie de lesiones nerviosas, dice: que es muy probable que los accesos de neuralgias observadas en estos enfermos,

sean el resultado de pousée de flebitis que estén en contacto ó en el interior mismo del nervio.

«Le Dentu y Delbet» observa violentas neuralgias en el trayecto del nervio safeno interno, el cual había sido inflamado é irritado debido al contacto de una flebitis varicosa de la safena interna. La resección de este paquete varicoso hizo cesar los dolores.

III

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO

El cuadro clínico que vamos á estudiar se nos presentará de maneras diferentes, según que en él tratemos de várices superficiales del miembro inferior ó bien profundas. Pero, cuando en un mismo sujeto encontremos estas dos variedades reunidas, en la sintomatología se observarán los signos de la flebectasia superficial y profunda íntimamente reunidos.

En cuanto á los síntomas, tendremos: signos físicos, perceptibles por los diversos medios que nos da la clínica quirúrgica y signos funcionales, percibidos por el enfermo.

El primer signo físico de un varicoso, consiste en la dilatación de sus venas; pero cuando las várices son profundas y por lo tanto difíciles de percibir sus alteraciones patológicas, producen síntomas funcionales, suficientes por las perturbaciones que traen, como para obligar al enfermo á verse en la necesidad de consultar médico.

Las dilataciones venosas se hacen, por regla ge-

neral de una manera lenta y progresiva, siendo casi siempre el territorio de la vena safena interna el sitio predilecto para el desarrollo de estos estados patológicos. Entonces, á lo largo del muslo y pierna, así como también de la cara interna y superior de la rodilla, se ven surcadas por gruesos cordones uniformes en su dilatación al principio, con dilataciones y espesamientos irregulares más tarde, que hacen relieve debajo de la piel y en el que la coloración es azulada negruzca.

Como una de las primeras manifestaciones de várices superficiales consideraremos á la formación de pequeñas placas venosas, de forma estrellada, en las cuales el tinte es rosado ó violeta; otras veces formando manchas pigmentadas, debidas á dilataciones de pequeñas venas y que Verneuil las mira como un síntoma clínico muy importante para el diagnóstico de várices profundas, siempre—se entiende—que el enfermo dé datos funcionales capaces de corroborarlo. Este aspecto sería debido, según el mismo autor, á dilataciones capilares situadas al nivel de las anastómosis con las venas profundas ya primitivamente varicosas.

Cuanto más se avanza en alteraciones patológicas y que las várices van tomando por lo tanto mayor extensión, estos cordones que se diseñan debajo de la piel del miembro varicoso, en la forma que ya lo hemos dicho, dan nacimiento á pequeñas saliencias

redondeadas, que cada vez se hacen más anchas y flexuosas, comprobándose entonces, si aislamos la vena flexuosa, un aumento en su largo que puede llegar á duplicar ó triplicar su tamaño normal.

Estas alteraciones se producen en los vasos de calibre mediano ó bien en los troncos tributarios casi siempre de la safena interna. Al mismo tiempo que estas mutaciones patológicas, se ve á los pequeños vasos cutáneos dilatarse formando finísimas redes que los asemejan á manchas eréctiles. Dichas manchas se ven de preferencia en los vasos que están en contigüedad con la piel muy fina, como la del dorso del pie y región maleolar y, por consiguiente, es más visible en las mujeres, en razón de que en ellas la piel es más delgada y transparente.

Como se observa por lo ya dicho, se ve cuán variable es el comienzo de las várices en los miembros, las que pueden empezar por las venas mayores, por las de mediano ó bien por las de pequeño calibre (venosidades de los alemanes).

En fin, podemos encontrar en un mismo enfermo toda esta variedad de aspectos, reunidos en diferentes puntos del miembro.

Como creo haberlo dicho ya anteriormente, cuando las dilataciones varicosas comienzan en la red de afluentes de la safena interna y aún en esta misma vena, es común no encontrar alterada la safena externa, siendo muy raro la recíproca de esto.

Algunas veces existen uno ó varios cordones con dilataciones ampulares, blandas, depresibles, que se reducen por la presión del dedo. Estas masas, enormes en otras ocasiones, pueden doblar y triplicar el volumen del miembro deformado, dándole el aspecto de un miembro elefantiásico. Son verdaderos tumores venosos, de aspecto cirsoides, que forman apelotonamientos que los asemejan á sanguijuelas ó serpientes amontonadas, en los cuales la consistencia es blanda, pastosa; la reducción se hace parcialmente, debido á que á su continuidad se sienten porciones duras é irreductibles originadas por el espesamiento de las paredes de los vasos con infiltraciones calcáreas, ó bien á la formación de flebolitos, á la de pequeños quistes intra-vasculares ó al edema de consistencia lardacea que se forma en los tejidos circunvecinos.

Esta dilatación venosa se acentúa considerablemente cuando el enfermo se ve obligado á marchar, ó permanecer largo tiempo de pie; al contrario, ella disminuye cuando se acuesta y el miembro enfermo queda en reposo. En un varicoso, puede observarse por la mañana y durante el sueño de la noche, que el volumen disminuye notablemente, llegando á adquirir el del estado normal, debido á que su pierna enferma ha permanecido en posición horizontal.

El calor y los baños calientes en general, hacen que el miembro también aumente y tan es así, que

en verano las várices tienen un grado mucho más aparente que en el invierno.

No queriendo incurrir en repeticiones, pasaré por alto las pruebas de Trendelemburg y Schwartz, las cuales, para el diagnóstico de la insuficiencia valvular, deberán ser hechas en todo examen semiológico, dado que en ellas se encontrará la conveniencia ó no de una intervención quirúrgica.

Si hacemos una presión con el dedo sobre una vena dilatada, por más ligera que ella sea, se verá que el vaso, al ser comprimido, deja escapar la sangre en toda la extensión comprimida y si las lesiones de la pared venosa son nuevas, no dará al dedo ninguna sensación anormal; levantándolo, el vaso se vuelve á llenar de nuevo por la parte superior é inferior del área comprimida. La coloración es azulada.

Ahora bien; si comprimimos las manchas venosas, su coloración desaparece conjuntamente con el reflujo sanguíneo, que se hace del vaso comprimido á sus afluentes. Al principio de la lesión, el vaso conserva su coloración normal como también su blandura, no existen adherencias con los tejidos vecinos. La temperatura es normal.

Un síntoma primordial que puede ayudar al diagnóstico de un varicoso, es el siguiente: cada vez que uno de estos enfermos hace grandes marchas ó está parado por mucho tiempo, se observa á la tarde, á la palpación, una mayor resistencia de sus tejidos

enfermos, así como también un ligero edema peri y supra maleolar.

Respecto á la sintomatología funcional, poco hay que decir tratándose de várices superficiales: en las marchas la fatiga es rápida, se quejan de pesadez del miembro, como si se opusiera un obstáculo á todo movimiento. Estos síntomas desaparecen cuando el enfermo descansa y reaparecen con el ejercicio.

Cuando las várices superficiales se acentúan, se ve á los cordones venosos dar nacimiento á lo largo de su eje á pequeños ensanchamientos más ó menos redondos, que pueden llegar á adquirir el volumen de un huevo de paloma ó el de una nuez; estos ensanchamientos son reductibles y desaparecen, por lo tanto, bajo la presión del dedo, asemejando la sensación que da, á la de un noyo que se palpase á través de una piel muy fina y delgada.

Estas saliencias redondas, más raramente fusiformes, desaparen ó, por lo menos, disminuyen de volumen en la posición horizontal, para volver á resurgir cuando el enfermo se pone de pie. En cuanto al sitio, pueden encontrarse á cualquier altura de las venas, pero generalmente, se las ve de preferencia en el cayado de la safena, á la desembocadura de la femoral.

Ahora bien; cuando estos ensanchamientos se hallan situados en la raíz del muslo, cualquier es-

fuerzo, como por ejemplo la tos, tiene una influencia directa sobre su volumen, imprimiéndole una dilatación al saco venoso, perceptible al dedo, ó mejor aún una ondulación que podrá propagarse con tanta mayor claridad á los ensanchamientos venosos, cuanto mayor sea la dilatación.

En el curso de avance de esta afección, puede encontrarse en un momento dado, que la comunicación del ensanchamiento varicoso con el resto de la vena, se halle obliterado; en este caso, este pequeño tumor se hace irreductible, resistente, y en estas condiciones la sangre puede coagularse dando nacimiento á la formación de un tumor duro, de consistencia á veces petrosa.

Estos tumores sanguíneos, sean ellos reductibles ó no, pueden ser confundidos con hernias crurales. Ducourtioux, citado por «Le Dentu y Delbert», estudia estas dilataciones ampulares de la vena femoral, safena interna y su desembocadura, haciendo el relato de diez observaciones, siendo la más interesante una perteneciente á Despres. El tumor fué tomado por una hernia crural y al intentar su reducción, el enfermo sucumbe á los pocos instantes debido á una embolia pulmonar. Se ve, pues, cuan importante es este diagnóstico diferencial, que casi siempre es de fácil dilucidación.

A continuación de estas dilataciones varicosas, se encuentran otros tumores formados por aglome-

raciones de un gran número de venas dilatadas y flexuosas; éstas se radican comúnmente en la parte superior é interna de la rodilla, con menos frecuencia, en la pared abdominal al nivel del anca, ó en la región maleolar; pudiendo llegar á adquirir el tamaño de un huevo. A la palpación, son generalmente reductibles, estando constituidas, como ya lo dijimos anteriormente, por venas dilatadas formando paquetes, cuyo aspecto los asemeja al que formarían un montón de sanguijuelas ó lombrices. Estos tumores son, generalmente, indoloros; en otras ocasiones pueden ser el sitio de fuertes dolores, de verdaderas neuralgias; y esto pasa cuando una rama nerviosa importante es atacada de neuritis varicosa, por hallarse en contacto con estos paquetes. La neuritis ha podido ser constatada en el nervio safeno interno, el cual se hallaba envuelto por venas varicosas.

Las varices pueden llegar á inflamarse, dando lugar á ulceraciones ó á complicaciones más serias. Estas inflamaciones pueden obliterar un gran número de canales venosos, y es entonces que el paquete adquiere una consistencia dura.

En todas estas alteraciones varicosas toma parte la piel y los tejidos que envuelven estos vasos. La piel, de móvil que es al estado normal, se espesa y se adhiere á las partes vecinas, de ahí un trabajo de esclerosis progresiva, que termina con su atrofia

y adelgazamiento; la coloración también sufre sus modificaciones, se vuelve parda, lívida ó azulada, de preferencia en la cara interna de la tibia, que generalmente es la más atacada. Estas alteraciones de la piel, traen como consecuencia erupciones, eczemas, flictenas, etc., que á la más leve rozadura, pueden ser el punto de partida de una úlcera varicosa, para lo cual el terreno le es francamente predispuesto.

Según L. Lefort, existirían dos formas, por decirlo así, de varices que podrían hacer intervenir en sus alteraciones á los tejidos vecinos. En una primera, tomarían parte los gruesos vasos, que serpean debajo de la piel; cuando estas alteraciones son aisladas, ésta no sería seriamente lesionada. En la segunda forma, en la cual se pueden encontrar várices capilares del dermis, conjuntamente con las várices de los vasos subcutáneos, dan éstas origen á toda la serie de transformaciones de la piel y tejidos vecinos, hasta llegar á la formación de la úlcera.

Ciertos varicosos, sienten una traba para el buen funcionamiento del miembro, se fatigan rápidamente, siéndoles imposible toda clase de esfuerzo. En ellos pueden existir dolores, los que son muy diferentes en sus manifestaciones, como modo de aparición, de intensidad y naturaleza. Son raros en el reposo, aumentan con las marchas, ó en la posición de pie; en algunos aparecen al fin del día, mientras

que en otros enfermos se acusan al principio de todo trabajo.

El dolor se manifiesta algunas veces en forma de latidos, otras de quemaduras, calambres; pueden ser localizados en la pantorrilla ó en el muslo; en otros afecta la forma de neuralgia.

Los enfermos se quejan de hormigueos y picazón del miembro lesionado.

El reposo ejerce una acción benéfica, pero la acalmia no llega sino lentamente, y es, por lo tanto, á la mañana, cuando ellos verdaderamente descansan.

Verneuil piensa que el dolor está en relación íntima con los filetes nerviosos irritados, consecutivos á várices profundas; Quénu muestra las alteraciones de los nervios, considerándolas como originarias de las neuralgias y de la ciática varicosa.

En una minoría de los casos, los dolores expontáneos que da la ciática varicosa á lo largo del trayecto del nervio, son acusados por los enfermos; no son muy agudos en un principio, pero pronto se hacen graves y profundos, acompañados de calambres y de una debilidad muscular. Por regla general, no existe el dolor expontáneo, pero si comprimimos los sitios de elección, él aparece en el trayecto del ciático.

A más de todos estos síntomas funcionales ó subjetivos, que se encuentran en todo examen he-

cho á un enfermo portador de várices profundas, se pueden encontrar un cierto número de signos objetivos que han sido estudiados por Verneuil.

Si uno de estos varicosos camina ó está mucho tiempo de pie, se siente al nivel de la pantorrilla un empastamiento profundo, acompañado ó no de edema superficial. La pierna está aumentada de volumen, adquiriendo una cierta dureza y es un poco dolorosa á la presión. Con el reposo, todo esto desaparece.

Otros signos que podrán frecuentemente corroborar el diagnóstico de las várices profundas, son los siguientes:

La existencia de placas pardas pigmentadas arriba de los maleolos, las venosidades diseminadas sin orden regular y sin existir várices superficiales. A más, las distintas erupciones de la piel, tales como eritemas, forúnculos, prurigos, etc., que pueden existir cuando hay várices profundas y, el más seguro de todos, — la secreción sudoral localizada, — la que se considera íntimamente ligada á alteraciones tróficas.

En fin, como resumen de esta sintomatología podemos decir: que hay enfermos atacados de várices superficiales muy acusadas, en los que los signos funcionales no existen; otros, portadores de várices profundas, que sin presentar grandes trastornos físicos, acusan fenómenos subjetivos de tal mag-

nitud, que se ven obligados á consultar al médico; y, por último, tenemos enfermos en que sus signos participan de las dos sintomatologías.

MARCHA

Esta enfermedad presenta una marcha excesivamente variable según los enfermos, dependiendo mucho de los cuidados higiénicos prescriptos por los médicos, así como de las intervenciones quirúrgicas.

En cuanto á la rapidez de su desenvolvimiento, como también su extensión, no pueden ser sometidas á ninguna regla.

En ciertas personas, el estado al que Malgaigne ha dado el nombre de *estado varicoide* (dilatación sin alteración de las paredes venosas), puede durar meses, volviendo después estas venas á su estado normal; en otros, el mal sigue de peor en peor; á la dilatación venosa le siguen alteraciones nutritivas de sus paredes, constituyendo después de un tiempo, las várices propiamente dichas, con todo su sindroma especial. Más todavía, todas estas lesiones pueden, en un lapso de tiempo muy corto, hacerse, en una palabra, de una manera aguda; tenemos los ejemplos de Segond y Gaujot, que nos muestran varicoceles en soldados en los cuales su evolución es aguda y se manifiesta por fenómenos subinflamatorios.

A veces estas várices, parecen tener una rela-

ción muy íntima con la menstruación; Budin cita un caso de menstruación supletoria por una úlcera varicosa; Girod hace la observación de una joven en la cual sus gruesas várices, disminuían de volumen á cada período catamenial.

Lo más común es que la flebectasia llegue sordamente; observándose primero varicosidades, manchas pigmentarias; después las dilataciones venosas con sus ensanchamientos y dando lugar á la formación de los tumores venosos.

En cuanto á la forma clínica que seguirán estas várices en su marcha, también varían; unas presentan todo el sindroma de várices profundas, en otros enfermos el de las várices superficiales, pudiendo tomar parte la safena interna aisladamente, ó bien con sus confluentes y hacer entrar en estas alteraciones á la safena externa; por último, todo el sistema venoso del miembro inferior puede volverse varicoso; éstas son várices numerosas y voluminosas, que llegan hasta la deformación completa del miembro.

Cuando existen várices antiguas, y muy desenvueltas, es comúnmente á la tarde, después de los trabajos diarios, que la pierna enferma se hincha y se vuelve dolorosa. Siendo sobre todo más acusada esta hinchazón en la parte situada arriba del *calzado*, y que, por lo tanto, no es comprimida por este.

En la gente de cierta posición social, que puede entregarse al reposo, todo se reduce á lo dicho ante-

riormente; pero en el obrero, que se ve obligado á trabajar sin descanso, las complicaciones son muy comunes, yendo hasta la formación de las úlceras varicosas, último período de estas complicaciones. Es bueno hacer notar, que jamás estas alteraciones, se encuentran por arriba de la rodilla.

Estas alteraciones, después de llegar á un cierto grado, pueden quedar estacionadas por la edad, retrogradar; hay obliteraciones expontáneas de los vasos, los que se sienten á través de la piel, como cordones duros; esto, siempre que no haya complicaciones que harían modificar completamente este cuadro clínico.

Varices de las mujeres embarazadas.

En las mujeres embarazadas, el modo de aparición y desenvolvimiento de las várices, es sumamente variable; en algunas aparecen después de varias preñeces, aumentando á medida que el embarazo avanza; en otras, al quinto ó sexto mes de la gestación; hay casos de mujeres, en que la flebectasia se presenta en el momento de la gestación, reproduciéndose en todas las concepciones siguientes, siendo, por lo tanto, en ellas, un signo muy importante, pues les hace saber con certeza el comienzo de su preñez. Estas várices pueden también volverse más voluminosas á cada preñez sucesiva.

También pueden aparecer en las primíparas, para

no volver á reaparecer en los embarazos subsiguientes; es más bien este, un estado llamado varicoide, pues las várices verdaderas no desaparecen nunca completamente.

Entonces, toda vez que se trate de un estado varicoide, la dilatación simple puede desaparecer, en un período de tiempo variable de días ó semanas; en algunas, estas dilataciones disminuyen antes del parto. Si el feto muere, á partir de su muerte, las várices empiezan á disminuir poco á poco. Esto lo han podido demostrar Mac Clintoch y Rivet.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las várices es generalmente fácil, sobre todo, cuando se trata de flebectasias superficiales en individuos delgados y en los que las dilataciones venosas son desarrolladas. En personas gordas, ó en las que este estado varicoso es poco marcado, bastará hacerlos caminar, ó estar de pie un tiempo, para ver á estas dilataciones aumentar. En otros enfermos que tienen las dilataciones varicosas en el cayado de la safena, pueden en ciertas condiciones ser tomadas por una hernia crural, pero las dilataciones venosas, la insuficiencia valvular, etc., que acompañan casi siempre á estas dilataciones del cayado de la safena, harán que el diagnóstico se incline, por eliminación, al de várices.

Cuando las várices son profundas, son sobre todo las alteraciones funcionales, las que ponen al médico en vías del diagnóstico; á más, ciertos signos físicos como el edema y dureza del miembro después de las marchas, como así también, las pequeñas venulas dilatadas que se dibujan debajo de la piel, eczemas, etcétera, le ayudarán en la certeza de éste.

En cuanto á las causas ocasionales de esta enfermedad son de más difícil dilucidación, pudiendo entrar principalmente todas las de orden infeccioso ó tóxico, así como también la existencia de tumores que de alguna manera modifiquen ó entraven la circulación venosa. Como causa fisiológica, el embarazo.

PRONÓSTICO

Es muy variable y depende de cada enfermo en particular; cuando es un enfermo bien atendido y cuenta con recursos suficientes para costearse todas las comodidades necesarias para su curación, el pronóstico es benigno; pero si el enfermo es un obrero, en el cual las lesiones avanzan hasta la formación de úlceras, estado general en que llegan estos desgraciados á los hospitales, la curación es más difícil y larga, pues, por regla general, son los tratamientos quirúrgicos los que llevarán á éstos á una curación completa.

El pronóstico en las mujeres embarazadas, sobre todo en las primíparas, es benigno.

IV

COMPLICACIONES Y TRATAMIENTOS

COMPLICACIONES

Las complicaciones á que dan origen las várices en general, se las puede clasificar en la siguiente forma: *ruptúras externas*, *internas* ó *intersticiales*, *flebitis varicosa* y finalmente *úlceras varicosas*, siendo esta última, exclusivamente de las várices de los miembros inferiores, mientras que las otras pueden encontrarse en cualquier punto de la economía donde existan venas varicosas.

RUPTURAS VARICOSAS

Estas pueden hacerse afuera, produciendo una hemorragia externa siempre muy abundante, ó bien, en el interior, ya sea debajo de la piel ó más profundamente, ocasionando, por lo tanto, exudados sanguíneos que á veces pueden ser punto de partida de una inflamación de la vena ó de los tejidos vecinos.

Las rupturas externas se hacen, por regla ge-

neral en las partes donde existen las ampollas venosas, pues, á este nivel la piel siendo más delgada, favorece por su menor resistencia á que ésta se haga con más facilidad, bastandò para esto un esfuerzo ó un traumatismo por pequeño que él sea. En ciertos enfermos estas desgarraduras van precedidas de un ligero dolor, con síntomas de una inflamación superficial muy reducida que dura algunos días; en otros existe una mancha equimótica de bordes mal delimitados como anunciadora ya de la ruptura de la pared venosa, en estas condiciones, una causa cualquiera por mínima que sea, producirá la ruptura, dando lugar á la hemorragia.

Debido á una ulceración, la pared venosa puede dar lugar al escurrimiento sanguíneo.

El dolor es poco intenso y sólo se apercibirá el enfermo de este accidente, por la sensación de liquido caliente que da la sangre al deslizarse por la pierna; este escurrimiento puede hacerse en hilos más ó menos gruesos proyectados á cierta distancia, cuando la abertura de la vena es francamente abierta y más aún, este escurrimiento estará favorecido, si existe una compresión situada por arriba de la herida.

La abertura venosa por la cual se hace el escurrimeinto sanguíneo es en general muy pequeña, estando casi siempre en desproporción con el hilo de sangre; esto es debido á que la pared venosa se deja

distender con más facilidad por la presión sanguínea á causa de la pérdida de su elasticidad.

Casi siempre, cuando no se trata de una ulceración verdadera, la cicatrización de la herida se hace rápidamente. Estas heridas se sitúan por regla general en la pierna, en su parte interna y por arriba del maleolo.

Las hemorragias son poco peligrosas cuando el enfermo las apercibe en seguida, y les pone pronto remedio, por medio de una compresión; en otros casos es tan abundante que puede llevar al síncope y aún á la muerte (caso presentado por Remy), sobre todo, cuando hay compresiones, como las ligas, etcétera, situadas por arriba de esta ruptura.

RUPTURAS INTERSTICIALES

Estas rupturas son sumamente raras de observarse en los miembros inferiores; siendo más comunes en las várices de la vulva, donde pueden constituir tumores sanguíneos que llevan el nombre de trombus. Bryant y Cazin citan un caso de ruptura subcutánea de várices del miembro inferior con escurrimiento sanguíneo intracelular.

Verneuil describe accidentes de rupturas de várices profundas de las piernas, que conjuntamente con las rupturas tendinosas, aponeuróticas y musculares, las engloba bajo el nombre de «Coup de fouet».

Para él, ciertas formas graves de coup de fouet, dan origen á flebitis, que pueden terminarse por la muerte, siendo debido esto á rupturas intersticiales de várices profundas de la pierna.

En sujetos vigorosos y de buena salud, sucede comúnmente que de golpe, durante un esfuerzo violento, se presenta conjuntamente con un crujido, un dolor muy fuerte en la pantorrilla, que impide todo movimiento, constatándose inmediatamente todos los signos de una expansión más ó menos extendida y profunda; la impotencia dura algunas semanas ó meses.

Comúnmente, á consecuencia de un tratamiento poco apropiado ó la vuelta á las ocupaciones, estas se complican de flebitis, pudiendo terminarse por la supuración ó por la embolia. Terrillón y Clary han observado varios casos de esta naturaleza.

FLEBITIS VARICOSA

Es una complicación frecuente de estos estados varicosos á la cual han dado importancia numerosos autores, entre estos citaremos á Broca, que hace un estudio muy minucioso del punto de vista patogénico y clínico; á más tenemos la tesis de Maydieu y más recientemente, la de Mérieux, que han tenido en cuenta, sobre todo, la flebitis varicosa supurada.

Si del punto de vista clínico, la flebitis varicosa

puede adquirir formas variables, del punto de vista de la patología general, es única en su modo, considerando, por lo tanto, la trombosis de las venas varicosas como una flebitis muy atenuada en sus manifestaciones, en la cual, la coagulación de la sangre indica la alteración venosa.

A veces la flebitis puede evolucionar con tal benignidad y presentar tan pocos signos de reacción, que pasa desapercibida, notándose como único síntoma apreciable, la trombosis venosa; el cordón venoso presenta una consistencia mayor pero es indoloro, rodando bajo el dedo y no da inflamación perivenosa; los coágulos producidos se amoldan en todas las formas que adquieren estas venas, hinchándose donde existen dilataciones varicosas, retrayéndose donde la vena disminuye de calibre. Se prolongan muy lejos siguiendo todas las sinuosidades venosas. La necropsia es el único medio por el cual se constata el gran número de venas que ellos siguen.

Las causas de la flebitis varicosa se las puede dividir en *predisponentes* y *eficientes*.

Las causas predisponentes pueden ser anatómicas y fisiológicas.

La inflamación varicosa está en razón directa con el grado de esta afección, siendo, por lo tanto, las várices de primer grado, las menos inflamables; y las más atacadas por esta inflamación, los tumores varicosos y várices serpiginosas.

Las alteraciones venosas consideradas como una flebitis crónica, están predispuestas á las inflamaciones, agudas ó subagudas, que con facilidad se les agrega. Estas son causas de origen anatómico.

Como causas fisiológicas tenemos al embarazo, pues comunmente se observa en estas condiciones várices inflamadas, estas flebitis varicosas del embarazo y fiebre puerperal son conocidas desde los trabajos de Nivert, Hervieux, Marquet y más recientemente por los de Villión.

Las enfermedades infecciosas pueden predisponer á flebitis varicosa lo mismo que á la flebitis general.

En cuanto á las causas eficientes, pueden ser *locales* ó *generales*.

Locales, son las producidas por un golpe, una solución de continuidad de la piel, que en enfermos varicosos sirve de puerta de entrada al agente patógeno, ó bien, cuando este agente, piogeno ó no, se encuentra en el torrente circulatorio, basta este choque para producir una menor resistencia del organismo en esta parte de los tejidos, que los microorganismos sabrán aprovechar como puerta de entrada, el que como sabemos, se encuentra en buenas condiciones de reciptibilidad para producir en estos sitios localizados de las paredes venosas, las inflamaciones.

En otros, es imposible encontrar la causa direc-

ta de esta inflamación, que parece ser producida bajo la influencia de carreras prolongadas, fatigas, privaciones ó de un verdadero surmenage. Este será el modo como obrarán las causas generales.

Las rupturas varicosas, que se producen como lo hemos dicho por choques ó traumatismos diversos que pueden llegar hasta la fractura osea, dan origen muchas veces á flebitis que originarían supuraciones profundas y embolias pulmonares.

Si estas fracturas en sujetos sanos, pueden ocasionar embolias súbditas por trombosis, que llevan á la muerte, hay que admitir con mucha más razón la formación de estos trombus, en sujetos portadores de flebitis crónica.

Del punto de vista clínico se distinguen dos formas de flebitis varicosas, la troncular y la de los paquetes varicosos.

Si se trata de una flebitis troncular, su comienzo es incidioso. El enfermo se fatiga después de una marcha larga ó de la estación de pie, el miembro se hincha á la tarde, se vuelve doloroso y hay una impotencia funcional. Se nota un cordón duro, nudoso y muy doloroso á la menor presión, hay edema, sintiéndose una región empastada; la piel á este nivel, es violacea, rosada y adherente.

Cuando las várices son serpiginosas, se las puede seguir en todas sus vueltas, presentando la misma sintomatología que la anterior, con la única diferen-

cia, que en vez de formar gruesos cordones, existen placas.

Esta flebitis puede quedar localizada á un pequeño territorio venoso, para lo que se necesita que las obliteraciones formadas primitivamente adquieran mayor solidez. En otros, ésta puede ser general, invadiendo todo el sistema venoso, del miembro inferior y aun las del miembro opuesto, primitivamente indemne. En cuanto á su duración es variable, pudiendo ser de meses ó años. El peligro de las embolias pulmonares es constante, salvo que los trombus sean de una consistencia sólida y adherente.

Broca describe aparte la inflamación de las várices ampulares, que se las puede encontrar al mismo tiempo que las flexuosidades y apelotonamientos, en todo el miembro varicoso, pero no es raro en una lesión reciente, encontrarlas de distancia en distancia, donde la inflamación puede atacarlas aisladamente.

Cuando existen varios núcleos en el trayecto de la vena safena, sintiéndose á ésta indurada y dolorosa, el diagnóstico será fácil; pero cuando el médico se encuentre en presencia de una sola masa flegmonosa, el diagnóstico será más delicado, pudiéndose pensar en un eritema nudoso ó un goma sifilítico, sino se investiga con cuidado ó no se encuentran várices profundas ó superficiales.

La flebitis varicosa de los paquetes venosos se

presenta bajo la forma de grandes tumores inflamados, situados de preferencia sobre la cara interna de la pantorrilla, en la parte supero-interna de la rodilla ó bien en la interna del muslo. Esta inflamación no sólo toma los paquetes tortuosos de venas sino también los tejidos vecinos, formando grandes tumores en donde estos distintos elementos se aunan íntimamente, tan es así, que si nosotros queremos disecar la piel que los cubre, nos exponemos á abrir las dilataciones venosas que se encuentran sumamente adheridas á ésta. Este, así constituído, es muy doloroso á la menor presión, móvil sobre los tejidos profundos, pero inseparable de la piel que no desliza, dejando ver por transparencia el tinte negruzco de los coágulos venosos. En la parte superior é inferior de este tumor, se siente un cordón duro y doloroso que es su punto de partida y se va perdiendo poco á poco en la masa del tumor. En cuanto á las alteraciones generales y funcionales, son las explicadas más arriba, pero un poco más acentuadas; hay temperatura, pudiendo alcanzar á treinta y nueve grados y un estado gástrico más ó menos acusado.

Cuando esta flebitis es convenientemente tratada, no dando origen á la supuración, se resuelve con lentitud en un período de dos ó tres meses, quedando como rastro de esta afección, una induración en la cual se adivinan las venas definitivamente obliteradas.

En la flebitis varicosa profunda, el diagnóstico se hace por los signos subjetivos. Como signo importante, tenemos el dolor sobre todo seguido del coup de fouet, dolor que va en aumento con el peloteo de la masa muscular y es sobre todo en la marcha que se hace inaguantable. Hay empastamiento profundo, hinchazón, edema, con un estado general febril, sobre todo, cuando la inflamación avanza hacia la poplitea y femoral, que se sienten en el muslo duras y dolorosas.

La flebitis profunda al principio, invade por intermedio de las anastomosis las várices superficiales, pudiendo pasar al miembro opuesto constituyendo así una verdadera flebitis en herradura de caballo, cuyo pronóstico es muy serio.

Tanto la flebitis superficial como la profunda se pueden terminar con ó sin supuración.

La terminación sin supuración, es la más común, cesando la inflamación paulatinamente, y donde un coágulo oblitera definitivamente las várices que forman entonces cordones llenos, de más en más duros y sensibles por algún tiempo á la palpación; estos pueden á veces ser el punto de partida de nuevos ataques de flebitis.

En cuanto á la terminación por la supuración puede hacerse en las formas troncular, ampular ó en paquete, siendo esta última, la más atacada de las tres.

Esta supuración puede ser circunscrita ó difusa.

En la forma difusa, la supuración invade las venas en una extensión más ó menos considerable, reblandece los trombus y da lugar á una infección pioémica de suma gravedad. En un caso presentado por Damalix, después de la incisión, se vió á la safena interna, formando un canal purulento que llegaba hasta la raíz del muslo, donde existía un grueso abceso intravenoso al nivel de la confluencia de esta con la femoral. El enfermo sucumbió con todos los síntomas de una infección purulenta. Hay otros casos citados de esta clase de flebitis, que han sido mortales.

Maydieux ha demostrado el papel protector de los coágulos como aisladores de los focos purulentos; cuando estos son atacados se originan embolias sépticas. En la forma difusa, este papel de la periflebitis es poco considerable, lo que no pasa en la forma circunscrita. En esta última la inflamación perivenosa es muy importante, pues se trata de un verdadero fleboflegmón con supuración, no sólo de las ampollas, sino también del tejido celular periférico, los abcesos circunscritos contienen pus mezclado con coágulos negruzcos, que salen por presión; otras veces existen abcesos en forma de botón de camisa, ocasionados por la comunicación venosa entre la superficie y la profundidad.

La forma supurada circunscrita, se manifiesta

de una manera incidiosa, con temperatura á veces, como índice de la supuración que se difunde en el tejido celular, antes de aparecer en la superficie; el diagnóstico se hace por la inspección y palpación, encontrándose entonces focos fluctuantes, que, por medio de una incisión dejan salir un pus amarillo, mezclado ó no con sangre líquida ó coagulada.

Cuando la flebitis varicosa supurada es adherente á la piel, destruye á esta, dando lugar á una verdadera esfacele.

Broca describe ulceraciones múltiples y redondeadas de las piernas, consecutivas á flebitis ampulares múltiples, supuradas y ulceradas; Lailler ha visto otras alargadas en forma de canaletas. Muy raramente, estos abcesos, quedan fistulosos; se llenan, una vez vaciados, de tejido conjuntivo cicatricial y la vena se oblitera. A pesar de esto, Broca ha señalado dos hechos donde una fístula conducía á la cavidad del vaso.

Las embolias sépticas, partidas de los focos flebíticos supurados, dan lugar á todos los signos de las septicopiemias y matan generalmente á los enfermos.

Aunque la flebitis no sea supurada, hay que temer igualmente á embolias, estando en apoyo de esta aseveración los hechos relatados por Chabenat. Estas embolias no siempre producen la muerte rápida, pero, puede producirse rápidamente, por asfixia ó

síncope, cuando el coágulo es muy voluminoso y se detiene en el corazón ú oblitera una de las gruesas ramas de la arteria pulmonar. Si las trombosis destacadas son pequeñas, traen aparejadas todo el sindroma de una congestión pulmonar.

A veces, estas embolias, se hacen sucesivamente, á intervalos más ó menos alejados, siendo, por lo tanto, una amenaza constante, tanto en los casos de flebitis varicosas como en los de flebitis simple.

ERUPCIONES EN LOS VARICOSOS

Es muy común que en los miembros varicosos se encuentren erupciones, precedidas ó acompañadas de úlceras.

El eczema varicoso es de observación diaria, pero siempre que en el miembro enfermo existan alteraciones tróficas. En otros, él es debido á un traumatismo y más comúnmente, cuando esta herida ha sido causa suficiente para la formación de una úlcera.

Broca ha mostrado úlceras rodeadas de una zona eczematosa ó bien, como casi siempre pasa, el eczema primero para más tarde recién aparecer la úlcera.

Otras veces este eczema aparece sin causas materiales conocidas. Este mismo autor describe tres formas: el eczema seco, el eczema á anchas escamas y, por último, el eczema agudo.

Este último es sumamente fastidioso para curar, pero casi siempre después de esta faz aguda sobre-

vienen períodos de acalmia en los cuales el dolor y la picazón desaparecen; la piel toma una coloración rosa cobriza tirando á parda, siendo en esta piel seca y atrofiada, que debido á un traumatismo ó á una simple rozadura hace su aparición la úlcera; otras veces se la ve principiar por pequeñas erociones espontáneas.

Este eczema es debido, como ya lo hemos dicho, á alteraciones tróficas de la piel, y se ve que en un miembro varicoso, en el cual esta alteración existe generalizada, al eczema aparecer en distintos puntos.

Una de las complicaciones importantes que pueden producirse en un miembro varicoso son las manifestaciones cutáneas sifilíticas tales como el ectima secundario y terciario y los gomas sifilíticos. Estas alteraciones dan generalmente datos suficientes como para que el diagnóstico sea hecho en la mayoría de los casos.

ULCERAS VARICOSAS

Se ha insistido mucho sobre la relación que puede existir entre el estado varicoso de un enfermo y la formación de úlceras. Se sabe también que en muchos de estos casos pueden ser portadores de úlceras, sujetos en los cuales las várices son poco desarrolladas, ó bien la inversa, enfermos con un considerable desarrollo varicoso, sin que jamás hayan existido ulceraciones; otros en fin se conocen, de várices profundas

con ulceraciones en sus piernas. Como se ve, no hay una relación absoluta entre las úlceras y la altura que las lesiones varicosas pueden alcanzar.

Varias son las causas que pueden entrar en la producción de las úlceras, como ser: alteraciones circulatorias, alteraciones de orden nervioso y estado constitucional; para mejor claridad, diremos que existen en ciertos sujetos alteraciones tróficas, dependiendo de la inervación y circulación, todo esto, en relación con un estado general de la economía (intoxicación por el alcohol, tabaco, etc., infecciones), que se las puede considerar como las causas iniciales de los trastornos vasculares y nerviosos.

Para Le Fort, las úlceras varicosas se desenvuelven de preferencia en sujetos en los cuales existen várices superficiales múltiples, venosidades; mientras que en aquellos cuya flebectasia es troncular, la existencia de estas ulceraciones es más rara.

Schreider, Rienzi, creen que las arterias juegan un gran rol en la patogenia de estas alteraciones; los nervios pueden ser también atacados y es Quénu quien ha demostrado la existencia de estas neuritis varicosas.

Broca, encadena las causas que en último análisis pueden coadyuvar á la formación de las úlceras y dice él: un estado constitucional, el artritismo, preside á la vez á las lesiones arteriales y á las venosas, á veces á las lesiones nerviosas, que pueden ser primitivas

y no serían siempre determinadas por las várices. Entonces tendríamos que de arteria á vena, de vena á nervio (Broca) y Le Dentu y Delbet agregan con mucha razón, de nervio á piel, hay un intercambio recíproco en malas condiciones y el todo concurre á hacer de las piernas atacadas el sitio de menor resistencia, volviendo los tejidos débiles, según la expresión de Beurnier. Estos tejidos así preparados, bajo la influencia de cualquier traumatismo, de cualquiera inflamación, dan origen á la aparición de una dermatosis que crea una primera pérdida de sustancia y que en las malas condiciones de nutrición en que se encuentra el miembro, la hará degenerar en una úlcera; siendo esta entretenida por la posición de pie, marcha y ausencia de todo cuidado.

PIE BOT VARICOSO

Las ulceraciones varicosas pueden llevar algunas veces á la producción de un pie bot, comparable en todo al descrito por Verneuil de origen flebítico.

En su producción, tienen mayor importancia la esclerosis de los tejidos profundos y la atrofia y degeneración muscular, que todos los procesos cicatriciales; ciertos pie bot equinos, deben su patogenia á adherencias de los tendones con las vainas tendinosas, que producen soldaduras más ó menos íntimas y una retracción, por lo tanto, con flexión de los dedos del pie. Estos son inmovilizados en una po-

sición viciosa, recurvados en garras que se dirigen hacia la planta, el dedo grande es llevado también hacia afuera.

En estas condiciones, la marcha se hace imposible, pues, el pie toca el suelo con la punta de los dedos. Rnaudin hace entrar en la génesis del pie bot á la degeneración de los troncos nerviosos, trayendo como consecuencia una neuritis intersticial.

TRATAMIENTO

Hay ciertos varicosos que tienen una idiosincrasia especial; cualquier compresión que se ejerza sobre sus piernas enfermas, trae como consecuencia, más ó menos inmediata, accidentes graves, tales como síntomas de sofocación, fenómenos congestivos y hematurias. Este número es pequeño, comparado con la mayoría de los casos, en los cuales la compresión, no sólo no consigue alterar en lo más mínimo las funciones orgánicas en general, sino que como veremos más adelante, estas tienen su indicación médica, con fines sino curativos, por lo menos de mejoramiento en cuanto á la ayuda que prestan á la circulación venosa, haciéndola más fácil en aquellos vasos lesionados en su vitalidad y estructura.

Cualquiera que sea el punto de vista para el tratamiento de las várices, estas se pueden dividir en *simples* ó *no complicadas* y en várices *complicadas*. En la primer categoría haremos entrar todas las que

acusen signos poco acentuados para el enfermo. En estos casos, indicaremos un tratamiento apropiado para impedir su progreso y evitar sus complicaciones el que consistirá en vendajes y una higiene que tienda á suprimir toda fatiga exagerada; impedir en lo posible que el enfermo esté parado mucho tiempo, que haga largos paseos, ni tolerar ninguna clase de compresiones sobre los miembros varicosos, ni aun sobre el tronco; se aconsejará entonces que elija profesiones que eviten estar de pie ó en marcha, en una palabra, desechar todo oficio ó profesión que pueda entrar en la patogenia de esta enfermedad. A más, tendrá el enfermo que cuidar del aseo de la pierna con mucha minuciosidad.

En una segunda categoría, colocaremos las várices que dan lugar á edemas persistentes, dolores más ó menos vivos, calambres, que traen como consecuencia molestias en el funcionamiento del miembro, más ó menos acusadas. En éstas, el tratamiento será el de la higiene y el de la ortopedia, que dan buenos resultados en enfermos que lo siguen con absoluta rigurosidad.

El tratamiento ortopédico consiste en aparatos destinados á comprimir las venas impidiendo, por lo tanto, su dilatación; suple la tonicidad de los tejidos y en especial de las paredes venosas que es insuficiente.

Se prescribe á los varicosos medias especiales

que van según su necesidad desde el pie hasta la raíz del muslo. Si las várices se sitúan en las piernas, estas medias no tienen objeto que continuen por arriba de las rodillas, bastando para su tratamiento el uso de pantorrilleras; ahora bien, si éstas toman la rodilla, ó más arriba, la media se prolonga hasta donde sea necesario, pues es conveniente comprimir todas las dilataciones venosas. Es bueno siempre que se hagan estos vendajes, dejar libre el talón.

El material que se emplea en su confección, es de diversas clases; las de mejor adopción son las elásticas, pues éstas se amoldan con toda regularidad á la pierna; las hay hechas en cueros blandos, teniendo broches á los lados, por los que pasa un cordón que las ajusta á la medida deseada. En fin, también se hacen medias mixtas, en las cuales entran telas elásticas y no elásticas.

Cualquiera que sea la media usada ó vendaje, es bueno comprobar que la compresión ejercida sobre él miembro enfermo es igual en todos sus puntos, de lo contrario, podía acarrear inconvenientes.

Se dará al enfermo consejos sobre la manera de aplicar estas vendas. Las medias deben ser puestas antes de levantarse y secadas al acostarse; la piel teni-da en buenas condiciones de aseo por medio de baños astringentes ó simplemente tibios. Si existen eczemas en la piel, ulceraciones, éstas deberán ser vigiladas

con más razón, se las aislará del roce de la media con vendajes apropiados.

La venda elástica está contraindicada cuando existen lesiones cutáneas apreciables ó úlceras; á más, sería intolerable en la mayoría de los casos. Cuando no se tienen medias hechas sobre medida, se podrán usar vendas de franela ó mejor aún, vendas elásticas; pero tienen el inconveniente de que cuando el enfermo camina se desarreglan con facilidad.

Cuando el enfermo se encuentra en situación que le permite llenar todos los requisitos á que los obliga la higiene y que el tratamiento ortopédico sea conveniente, estas vendas, mejorarán considerablemente sus molestias; pero si es un obrero que tiene que trabajar ó caminar, este tratamiento, lejos de hacerle bien, será de un efecto contraproducente, siéndole, por lo tanto, más nocivo que útil.

Habrá también contraindicación en los varicosos en los cuales sus várices son muy delicadas y amenazan romperse ó ulcerarse; en éstos en particular, como así también en los flebíticos, dará lugar á fuertes dolores. En las mujeres embarazadas, los resultados de estas compresiones, son siempre satisfactorios.

La flebectasia puede estar más avanzada; la dilatasión venosa es mayor, hay formación de tumores venosos, serpiginosidades. Por último se complican de rupturas, inflamaciones más ó menos agudas, ul-

ceraciones. Todas estas lesiones pueden radicarse en puntos determinados, ó bien generalizarse, haciendo partícipe de éstas á todo el sistema venoso.

En estas condiciones, el tratamiento quirúrgico con estirpación parcial ó total de las safenas, al mismo tiempo que se ligan las venas perforantes, es, como veremos más adelante, el único racional para la cura de estas alteraciones, que se encuentran en un estado tan avanzado.

Pero antes de entrar de lleno en el detalle de estas operaciones, creo que para hacer una relación por lo menos ordenada, debo comenzar este párrafo relativo á «métodos operatorios», por la descripción histórica y evolutiva que han seguido á través de los años. A más, si bien es cierto que sin saber historia de las operaciones varicosas, se puede llegar á saber operarlas, me parece que esta relación somera de los hechos, debe tan siquiera ser tenida en cuenta aunque más no sea por la curiosidad científica que despiertan en todo ser pensante, cualquier trabajo que se le presente á su vista, es claro, siempre que le interese. Seré breve, pues los enumeraré con la mayor desnudez posible de frases inútiles y sólo me detendré en detallar los métodos más modernos que hoy empleamos.

MÉTODOS OPERATORIOS

Uno de los que han sido empleados, pero que por sus complicaciones y falta absoluta de seguridad

ha caído en desuso, es el de las inyecciones. Por éste se buscaba en lo posible, una coagulación de la sangre y una inflamación de las paredes venosas, en una palabra, la producción de una flebitis, tendente á fraccionar la columna sanguínea venosa.

Este método de inyecciones peri é intra venosas, preconizado por la escuela Lionesa, es contrario á las operaciones sangrientas, es á Delore (de Lyon), al cual se le debe el haberlo levantado del descrédito en que se encontraba, por una comunicación al Congreso de Lyon en el año 1894.

Dejaremos de lado las inyecciones peri-venosas, por medio de las cuales se busca atacar las paredes de las venas indirectamente, haciéndolo por intermedio de los tejidos periféricos, provocando una inflamación subaguda seguida de una retracción que se propaga hasta las várices. Broca aconsejaba inyecciones peri-venosas de alcohol diluido al 50 por 100; á pesar de las tentativas de Marc Sée y otros, con las de Ruge Martin, Vogt, con la ergotina ó el extracto del cornezuelo de centeno, el procedimiento no ha podido vencer por su ineficacia.

Viene en seguida el procedimiento por medio de inyecciones intra-venosas, preconizado en Lyon á consecuencia de los trabajos de Pravaz. Barrier, Pétrequin, Valette, utilizan en su tratamiento, casi simultáneamente, el percloruro de hierro. Este último

es dejado de lado, á pesar de los resultados que él parece dar en manos de Weinlechner.

El percloruro de hierro trae graves inconvenientes: en 32 enfermos tratados de esta manera, 18 tienen gangrenas limitadas de la piel; á más produce coágulos sanguíneos que pueden dar origen á embolías.

Se busca entonces otro líquido coagulante menos peligroso. El licor Iodotánico, que usa Delore, es inventado en 1854 por Socquet y Guillermond. Es luego inyectado el mismo año y Desgranges publica en seguida los primeros resultados obtenidos por él, con este nuevo agente; es adoptado por los cirujanos lyoneses.

Este método es detallado en una comunicación muy interesante, en el Congreso de Cirugía en el año 1854.

La inyección iodotánica produciría la retracción de las várices, la desaparición de las nudosidades, y Delore dice en su entusiasmo por este método, si no es permitido esperar ver á las válvulas recobrar su funcionamiento.

Para él esta flebitis producida como medio curativo no es obliterante, es una flebitis terminando en la resolución, con nuevo aporte de elementos que reforzaría los tejidos debilitados y suscitaría una involución á la reparación completa del tejido venoso.

A pesar de esta calurosa defensa de Delore y

demás partidarios, estas inyecciones presentan puntos peligrosos é inconvenientes serios, veamos:

1º Este líquido es muy instable y de difícil obtención.

2º La técnica operatoria es difícil y delicada.

3º Estas inyecciones se hacen á ciegas, sin saber si en la región hay comunicaciones más ó menos extendidas con la profundidad.

4º Esta coagulación artificial, lo mismo que los trombus ocasionados por las lesiones venosas, ya estudiadas, pueden producir accidentes muy graves, embolías mortales.

Por todas estas razones, se prefieren las operaciones sangrientas, de resultados positivos, en las cuales el cirujano tiene conciencia de lo que hace, pues éstas son hechas desnudando los troncos venosos enfermos y siendo por lo tanto las lesiones perfectamente delimitadas.

El objeto de la operación de las várices es el siguiente: de un lado, hacer desaparecer los paquetes varicosos dolorosos, y próximos á la ruptura; del otro, modificar la circulación del miembro, disminuyendo la presión venosa superficial; actuando de esta manera sobre las alteraciones de nutrición que constituyen, por decirlo así, la esencia misma de la enfermedad varicosa.

La extirpación de las várices remonta á la más

alta antigüedad; Plutarco relata la operación practicada á Marius.

Aconsejada por Celse, practicada por J. L. Petit, después por Boyer, Richerand, es dejada más tarde de lado, á causa de los accidentes, casi siempre mortales (flebitis, infecciones purulentas, etc.).

Más tarde, gracias á la anestesia general ó local, y sobre todo á la antisepsia con que actualmente se opera, éstas son de nuevo levantadas por Schede, Riedel, Annandale, Davies Colley, Carshall, Madelung, etc., etc.; en Francia, por Lucas Championniere, Regmer, Ricard, Quénu y otros.

Las tentativas quirúrgicas para curar las várices superficiales de los miembros, se hacen cada día más aceptables, desde que Trendelemburg y Schwartz publican sus trabajos sobre várices. Estos autores han tenido numerosos precursores en su obra; baste decir que estas numerosas operaciones hechas bajo la garantía de la asepsia, es lo que ha decidido hoy en día á los cirujanos á practicar ligaduras ó resecciones más ó menos extensas de los troncos varicosos.

Con el fin de oponer un obstáculo al reflujo sanguíneo, que se hace de arriba abajo en las safenas con insuficiencia valvular, Trendelemburg preconiza sucesivamente dos operaciones. La primera, consiste en seccionar la vena safena interna entre dos ligaduras, esta sección se hace á la altura del tercio

inferior y los dos tercios superiores del muslo (data de 1889 á 90).

Perthes, en su memoria de 1895, recomienda la segunda intervención que se hace con el mismo objeto y consiste en tres ligaduras sobre la safena interna, situadas de la siguiente manera: una arriba del cóndilo interno del fémur, la otra por debajo de este mismo cóndilo y la tercera en el medio del muslo. Estas ligaduras deben ser colocadas también sobre todas las colaterales importantes de la safena interna que se encuentren lesionadas.

Estas dos operaciones son ensayadas por los cirujanos; encontrándose superior la segunda, por cuanto ella suprime el reflujo superficial, á más, la mejoría es en ésta más segura y rápida. En efecto, en 1892, en la tesis de su alumno Charrade, Schwartz muestra las ventajas de las ligaduras escalonadas de la safena interna, y en el Congreso de Cirujía de Paris de 1898, insiste en los buenos resultados obtenidos con este tratamiento en los gruesos troncos varicosos contra el reflujo venoso, pero cree más conveniente hacer cuatro ligaduras sobre la safena interna en vez de las tres aconsejadas por Trendelemburg en 1895.

Schwartz recomienda hacer las ligaduras de la manera siguiente: por debajo de la desembocadura de la safena; en el medio del muslo, arriba del cóndilo del femur y abajo del cóndilo interno tibial. Propone también en ciertos casos, á más de las ligaduras escalona-

das, combinar éstas con excisiones del medio de la pierna, de grandes trozos de piel con várices subyacentes, como también la resección de los paquetes varicosos que se encuentren.

Si estos métodos de Trendelemburg y Schwartz han dado buenos resultados en manos de muchos cirujanos, no siempre se consigue su objeto, pues en algunos enfermos son deficientes aún á título de «paliativos». Es sin duda por esta razón que ciertos cirujanos idean el practicar resecciones más extendidas que las hechas por los autores arriba indicados.

Rémy, en su libro aconseja resecciones hasta de 45 centímetros de la safena interna, buscando al mismo tiempo, si son necesarias, por incisiones múltiples, los paquetes varicosos.

M. Gosset, en el servicio de Terrier, en el año 1901, practica grandes resecciones de la safena interna con el objeto de combatir las várices y úlceras. Considerando necesaria la resección de algunos centímetros de la safena interna en su desembocadura y en el medio del muslo 20, 30, 40 centímetros, según los casos. Los resultados han sido satisfactorios.

M. Ricard presenta á la Sociedad de Cirugía, en marzo de 1903, una vena safena interna completamente resecada, por várices.

En el servicio del profesor Terrier, se practican á partir del año 1902, sistemáticamente, aplicables á todos los casos de várices, con ó sin dilatación del

tronco de la safena interna, con ó sin reflujo evidente de la misma, y con un fin puramente curativo, resecciones totales, simples ó dobles de los troncos y de una gran parte de sus ramas de origen.

Es á partir de esta época, que han tenido la ocasión de curar por este método, recidivas de varicosos operados en otros servicios y que venían á reclamar nuevas intervenciones más completas que las que se les habían hecho anteriormente.

No siendo estas resecciones totales de más gravedad que las ligaduras y resecciones parciales, aconsejan con razón estos autores, que se deben hacer de preferencia, pues los resultados son más eficaces; á más, ellas actúan de una manera ventajosa, sobre las causas de orden mecánico.

Estas causas de orden mecánico tienen un papel preponderante en las recidivas varicosas; no entro en su explicación, pues han sido detalladas en el primer capítulo de esta tesis. Hago, sí, esta advertencia, pues son á ellas á las que se les da hoy más importancia y que los cirujanos tratan de contrarrestar por medio de ligaduras hechas en las venas perforantes.

Los métodos de Trendelemburg-Schwartz, alivian entonces las várices que están bajo la influencia del reflujo superficial, pero nunca su acción se ejerce sobre el reflujo profundo; por medio de las ligaduras de estas venas perforantes ó comunicantes, es que su acción se evitará.

Tan es cierto esto, que después de las operaciones de Trendelemburg-Schwartz, no es raro observar la reconstitución de nuevos segmentos venosos dilatados, debido á las vías perforantes. Como corroboración tenemos los hechos prácticos presentados por Pearce Gould, Lederrhose y un trabajo moderno de Viannay (1905), que muestran con cuánta frecuencia esta reconstitución se hace por medio de las colaterales de la safena, todo esto debido á haber resecado solamente uno ó varios segmentos de estas venas á alturas diferentes.

Terrier relata una observación seguida sobre un sujeto vivo y después sobre su cadáver, en el cual la safena interna, resecada desde el medio del muslo hasta la parte media de la pierna, se reconstituye á favor de una vía colateral posterior, como también por ramas anastomóticas anteriores. La inyección venosa pone en evidencia, sobre el cadáver, estas mismas particularidades.

Otro de los inconvenientes serios á que se exponen estos enfermos, á parte de sus recidivas, ya sea por las colaterales ó bien debido á la poussée profunda ejercida por medio de las perforantes, es el siguiente: que después de estas ligaduras escalonadas y resecciones parciales de las venas enfermas, se dejan trozos de las mismas en malísimas condiciones, pudiendo éstas estar expuestas, por lo tanto, á infecciones siempre fáciles, en estos vasos alterados.

Hay otros casos en los cuales existen varices tibiales, dolorosas, con impotencia del miembro, complicadas ó no, no existiendo reflujo safeneano apreciable; si se quiere tener una curación durable, es necesario por una operación, suprimir con las lesiones, las causas que las mantienen y han creado. Por medio de ligaduras sobre las perforantes, destruiremos ésta, que no es otra que la poussée profunda.

Cualquiera que sea la operación de várices que se haga, en las disecciones tendremos ocasión de observar numerosas perforantes, en relación íntima con los paquetes varicosos.

Generalmente se las encuentra tanto en los troncos mismos de las safenas, como en sus ramas de origen. Es, sin embargo, mayor el número en estas últimas; en cuanto á su grosor son mayores en las piernas.

En ciertos varicosos adquieren un inmenso desarrollo al nivel de las piernas, sobre todo en sus tercios medio é inferior. Es necesario hacer constar, que éste es el sitio de elección de las gruesas várices, como así también de las hemorragias y úlceras varicosas.

En cuanto á la génesis de estas úlceras, Rémy las divide en dos clases, una debida á rupturas de ampollas de las safenas y la otra á la ruptura de las ampollas de las perforantes.

Terrier hace la misma observación, pero le pare-

cen más frecuentes las úlceras varicosas por rupturas de perforantes; cita la siguiente demostración de un caso muy explicativo: un enfermo que había tenido numerosas úlceras en las piernas, de las cuales dos se encontraban colocadas entre el tibial anterior y el extensor común de los dedos, debidas á rupturas ampulares de las perforantes; las dimensiones que éstas alcanzaban eran de un franco y dos respectivamente.

Es probable que numerosas úlceras de gran tamaño, deban su origen á la vez á rupturas de ampollas safeneanas y perforantes.

Cuando las perforantes tibiales son abiertas bruscamente, dan por algunos instantes, salida á una cantidad de sangre que muestra la importancia de la circulación que en ellas se opera, al mismo tiempo que la tensión á que puede alcanzar la sangre.

El punto de desembocadura de estas perforantes en las venas superficiales, es generalmente en forma de ampolla. Se pueden constatar estos hechos en las distintas disecciones, las que nos hacen ver, fuera de toda duda, por el sólo aspecto de la lesión, toda la influencia que la poussée profunda puede ejercer sobre las venas superficiales, á través de las venas perforantes.

Entre estas perforantes existen algunas que llaman la atención por su volumen y los accidentes que ellas pueden acarrear. Están situadas de 6 á 10 centí-

metros por arriba del maleolo interno y por detrás del mismo borde de la tibia.

Comúnmente muy gruesas, se les ha visto ocasionar hemorragias profusas.

La gran cantidad de sangre que se vuelca de ellas cuando son heridas en el transcurso de una operación de várices, en las regiones media é inferior de la pierna, conjuntamente con la delgadez de sus paredes, pues ellas se abren á la menor violencia que se ejerza en su contra, hacen pensar que deben ser comúnmente el sitio de elección para las hemorragias varicosas.

A más, las venas perforantes parecen jugar un rol importante en el desenvolvimiento de las várices localizadas.

Se sabe que las várices localizadas se sitúan de preferencia en los tres puntos siguientes: mitad de la pierna, tercio inferior del muslo y triángulo de Scarpa, alrededor del cayado de la safena. Otras veces en un punto cualquiera de ésta.

Al nivel del tercio medio de la pierna y tercio inferior, existen numerosas perforantes que unen las venas tibiales anteriores, posteriores y musculares á las venas superficiales; en el tercio inferior del muslo, existen á la altura del canal de Hunter, venas perforantes que van de la femoral á la safena interna; al nivel del triángulo de Scarpa, se encuentra el ca-

yado de la safena, que desemboca directamente en la femoral.

En cada uno de estos puntos, la pousée profunda se ejerce localmente, debido á una disposición anatómica especial de las perforantes y de las válvulas que existen á este nivel, de las venas profundas; como se ve, son sitios éstos predispuestos á la formación de paquetes varicosos localizados.

En varios casos que se han visto netamente várices localizadas en el tercio inferior del muslo, se ha constatado la existencia de gruesas perforantes, uniendo la circulación de estos paquetes á la vena femoral, al nivel del canal de Hunter. Lo mismo pasa en el centro ó un punto cualquiera de un paquete de várices aisladas, en el cual se constata siempre una voluminosa perforante que los alimenta.

Esta serie de consideraciones sobre el sistema safeniano interno, es aplicable en todas sus partes al externo y muestran por lo tanto la importancia de suprimir la poussée profunda, si se quiere obtener la cura de las várices superficiales tanto del uno como del otro territorio.

Para esto se tratará de suprimir estas vías de la poussée profunda, que son las venas perforantes, por la resección total ó al menos lo más completa que sea posible de los troncos superficiales y de sus gruesas colaterales en la porción vecina á este tronco.

En la resección total de los troncos varicosos se

realiza, al mismo tiempo que la supresión de las várices situadas en ellos, la oblitaración de las venas perforantes que en él terminan. Estas se cerrarán por medio de ligaduras en el momento de la ablación de los troncos.

Entonces tenemos que la resección de estos troncos suprime de un golpe, la poussée profunda y las várices y si existe reflujo superficial se encuentra detenido en el cayado de la safena.

Como resultado de esta ablación tenemos: que no sólo en el miembro las causas desaparecen con las lesiones, sino también que él se encuentra desembarazado definitivamente de estas venas enfermas expuestas á los diversos accidentes de infección, ulceraciones, flebitis con embolías posibles á distancia, hemorragias profusas, etc., etc.

Cuando las várices toman los dos territorios safeneanos, se impone la resección total si se quiere tener un resultado completo.

Hay enfermos que á pesar de la resección total de la safena interna y de sus afluentes, les quedan gruesos troncos varicosos entretenidos por anastómosis con el territorio safeneano externo. Si en estos enfermos se pretende llegar á una cura radical de sus várices, hay que hacer una ablación total de la safena y sus ramas.

En ciertos enfermos en que sus dos territorios safeneanos se encontraron tomados por las várices,

Terrier hace una safenectomía doble con resección completa de las ramas colaterales, obteniendo resultados satisfactorois.

Las consideraciones que preceden son en un todo aplicables á las úlceras varicosas.

A pesar de esto, se distinguirá del punto de vista operatorio dos especies de úlceras varicosas:

1º Aquellas superficiales y poco extendidas, capaces de curar por el reposo y curaciones apropiadas.

2º Otras grandes y profundas que no curan por los mismos medios.

En las primeras, existe la ventaja de favorecer su curación expontánea antes de decidirse la operación. Una vez la úlcera cicatrizada se hará la resección total de la safena tratando de resecar al mismo tiempo la vena que engendra la úlcera. En estas condiciones, no habiendo lesión de la piel, se estará al abrigo de toda infección, al mismo tiempo el enfermo curará sus várices definitivamente, sin peligro de que la úlcera recidive.

En las úlceras de segunda categoría, anchas, profundas y rebeldes, es la resección inmediata la que se recomienda, tan completa como sea posible. Rémy recomienda buscar y atacar las venas enfermas en el seno de las úlceras; esto es peligroso, pues pueden dar origen á accidentes sépticos ó flebíticos profundos.

Terrier obtiene con la resección total de todos los

troncos varicosos el cierre de úlceras rebeldes á todo otro tratamiento.

Cree este mismo autor que si algunas veces las úlceras son rebeldes al tratamiento, es debido á su patogenia sumamente compleja; pero que esta resección es siempre preferible á los otros procedimientos, pues ataca directamente el origen de las úlceras suprimiendo las várices.

Cuando estas úlceras son muy tenaces, la doble resección le ha dado resultados maravillosos.

Gosset dice recientemente, que un caso análogo de una úlcera refractaria á todo tratamiento, ha curado por este medio.

He aquí el resumen de cuatro operaciones hechas por Gosset en el servicio de Terrier, las cuales me parece que dan gran enseñanza.

En la primera, un hombre de sesenta y tres años recidivante, con várices y ulceras importantes en los dos miembros, se le opera en la siguiente forma: en el miembro izquierdo, en el cual las lesiones son más avanzadas, se le hace una resección total de la safena interna; y á derecha una operación de Moreschi modificada según la manera de Mariani y Reclus, modificada también en el mismo sentido por Hardouin y la Pipe.

Esta última consiste en una sección circular de la piel y de la red venosa subcutánea, que se practica por encima de la úlcera, ligando los cabos venosos

tanto superiores como inferiores. Tiene por objeto evitar que las inconveniencias de la insuficiencia se hagan sentir sobre el territorio varicoso y ulcerado por intermedio de las colaterales; presenta en su contra, primero: la gran incisión inútil que se hace para ligar unas cuantas colaterales, á más, alteraciones tróficas y sensitivas debido á la sección de los filetes nerviosos cutáneos.

Estas dos operaciones se hacen en el mismo sujeto para juzgar de su eficacia y prontitud de la cura.

La pierna izquierda más grave en la cual se ha hecho la resección total de la safena, sana más rápidamente.

El enfermo después de un tiempo vuelve á la clínica con recidivas varicosas en el miembro derecho operado anteriormente por el método Moreschi-Reclus. Se le hace una resección total de la safena interna.

En este enfermo, la resección total de las safenas internas de ambos miembros, es lo suficiente para llegar á la cura radical, tanto de las várices como de sus úlceras.

La segunda observación es la siguiente: un enfermo portador de una úlcera por más de veinticinco años, de grandes dimensiones y por lo tanto de las más rebeldes, entra al servicio del hospital La Pitié.

Esta úlcera mide nueve centímetros de largo por siete de ancho, llegando su profundidad hasta por

detrás del borde interno de la tibia; de la úlcera parten irradiaciones varicosas que toman todo el sistema venoso de la safena interna. Se le hace la resección de este sistema desde el triángulo de Scarpa hasta la úlcera. El enfermo mejora, su úlcera empieza á cerrar hasta llegar á adquirir dimensiones pequeñas y en estas condiciones pide su alta.

Al poco tiempo ingresa á este servicio nuevamente, pues su úlcera que nunca cerró del todo, ha aumentado de extensión; á más, se ven partir de ésta, irradiaciones varicosas que se unen en un tronco común tomando el sistema safeno externo.

Se interviene nuevamente, resecando las várices que quedaron de la primera operación, como también en su totalidad la safena externa. El enfermo cura lentamente y queda al final una pequeña úlcera de un centímetro que no cierra y á la cual se le hace un ingerto dermo-epidérmico, curando ésta definitiva y rápidamente.

En la tercera observación se trata de un viejo de sesenta años, al cual se le opera debido á una úlcera en el lado interno de la pierna izquierda y de várices que ocupan todo el miembro. Se reseca la safena interna hasta por arriba de la úlcera. Sale curado de esta última, pero con várices que persisten en el lado externo, que dan lugar después á la formación de una nueva úlcera en el lado correspondiente. Su lado interno está completamente curado. A pesar

de esta reaparición de la úlcera, el enfermo declara que su miembro operado se encuentra en mejores condiciones que el otro que no lo ha sido y cuya impotencia es casi absoluta. En una segunda operación se le reseca la safena externa izquierda, curando completamente.

En la cuarta observación se trata de un individuo de cincuenta y siete años, con várices de los dos miembros y úlceras aparecidas hace veinte años. Es operado después de haber ensayado todos los tratamientos médicos en el hospital Cochin, siguiendo el método de Trendelemburg. El resultado obtenido es de una mejoría muy relativa, pues él se presenta al hospital La Pitié á los tres meses de esta operación.

Se ven las cicatrices clásicas de la operación de Trendelemburg. Al examen se encuentran voluminosas várices en ambos lados de su pierna con una úlcera submaleolar externa. Se resuelve una resección doble, y el enfermo cura rápidamente.

La enseñanza que se puede sacar de estas cuatro operaciones es la siguiente: En el primero, los éxitos durables de la resección de la safena interna, en un miembro varicoso y con úlceras, dando resultados más eficaces que la operación de Mariani-Reclus, al menos en este caso.

En la segunda, la curación por la doble resección de las safenas de una úlcera antigua y rebelde á todo otro tratamiento.

En la tercera, la curación durable de várices y de una úlcera interna por la resección total de la safena del mismo lado, pero la aparición posterior de una úlcera externa sobre várices correspondientes, pero que curan después de la resección total de la safena externa.

En la cuarta, la ineficacia de la operación de Trendelemburg para obtener la curación durable de las várices y úlceras antiguas y el éxito completo, obtenido después por la resección doble.

Estos hechos demuestran de una manera bien clara, á más de otras observaciones del mismo autor, coronadas con los mismos éxitos operatorios, á repetir, que para obtener los mejores y más durables resultados en el tratamiento de las várices y úlceras, es necesario resecar lo más posible las venas enfermas, así como también los troncos colaterales y ligar las venas perforantes.

Cuando existe una úlcera, esta incisión no puede continuarse sino hasta por arriba de ella, justamente al nivel donde se encuentran las grandes perforantes tibiales que no pueden ser ligadas. Pero si bien es cierto que esta causa puede dar lugar á que la cura de las úlceras se haga más lentamente en estas de orden esencialmente varicoso, nadie podrá negar que este método de resección es el más lógico de los hasta ahora empleados para arribar á la cura de las piernas y úlceras varicosas.

En este último tiempo y con el fin de atacar á la corriente sanguínea superficial subyacente á la úlcera, se ha ensayado en el servicio de Terrier en las úlceras situadas en el medio de la pierna ó á algunos centímetros solamente por arriba de los maleolos, al mismo tiempo que la resección total por arriba de esta úlcera, la incisión circular por abajo, supra maleolar de Moreschi. Por este método se ha curado un caso con resultado satisfactorio.

Si esta resección total ó doble de los troncos superficiales, es lógica del punto de vista operatorio como método curativo de las várices y úlceras, se puede preguntar si ellas no traerían alteraciones de órdenes fisiológicos, debido á la supresión de la totalidad de las venas é interrumpiendo, por lo tanto, la circulación por estos vasos.

Sabemos, por otra parte, que las venas superficiales están unidas á las profundas por numerosas anastomosis, las que muestran que en ciertos casos deben suplir ó ayudar la circulación venosa profunda. Entonces, las venas superficiales parecen estar encargadas de dos clases de funciones; por una parte, llevan la sangre venosa cutánea y subcutánea, y por otra, ayudan á la circulación venosa profunda por medio de las perforantes; cuando después de un trabajo muscular grande, la cantidad de sangre que circula profundamente aumenta, escapa de esta cir-

culación á la superficial por intermedio de las venas comunicantes.

Según los doctores Terrier y Alglave, en sus operados, tanto de resecciones totales como de simples, no se ha visto, salvo en un caso de várices consecutivas á una flebitis profunda post-tifica, que esta operación traiga edema, ni éxtasis sanguíneo, ni dificultad funcional de alguna especie, sino que por el contrario procura rápidamente á los enfermos un bienestar persistente.

A más, en el servicio de cirugía del doctor Emina, donde he tenido ocasión de observar varios enfermos operados por este método, no he visto presentarse nunca complicaciones post-operatorias, sino todo lo contrario, los enfermos curaban rápidamente, como se verá por las historias adjuntas.

En varios casos de resección parcial de venas varicosas, se han podido seguir vasos neo-formados, que poco á poco, por necesidades de la circulación, han conducido mayor cantidad de sangre, hasta adquirir el calibre de gruesas venas. En un cadáver, al que se le hizo la disección de un miembro varicoso, se veía una de estas venas que recorría todo el miembro inferior, desde por delante del maleolo interno, hasta desembocar, después de haberse anastomosado con venas varicosas que habían escapado á la resección, en el triángulo de Scarpa, en el cabo superior de la safena interna.

Pero, mientras que sobre un miembro que se ha hecho la resección parcial, los vasos neo formados tienen el inconveniente de volver al estado anterior la circulación en las venas varicosas dejadas, sobre un miembro en el cual la resección es total, los vasos neo formados no encuentran este mismo inconveniente, por que las venas varicosas no existen.

No siempre, en todos los casos, es conveniente hacer una resección total de las venas safenas. En algunos enfermos portadores de várices de las piernas en los cuales, en el muslo, esta circulación no es alterada se hará la resección de la safena en su porción tibial teniendo cuidado sí, de ligar las perforantes. Con este tratamiento se consiguen curas en estos enfermos.

Cuando las várices son localizadas en distintas regiones, están serán resecadas y sus perforantes ligadas.

Las indicaciones á la resección de las safenas, existen en todos los casos de várices esenciales, cuando el enfermo se queja mucho debido á fuertes dolores, ya sean estos constantes ó intermitentes, cuando hay impotencia funcional, sea ó no completa, cuando existe flebitis con trombosis más ó menos extendidas, y siempre dañosas por las embolias á que pueden dar origen frecuentemente. Las trombosis ampulares de

várices, son responsables en muchos casos de muerte súbitas que ellas ocasionan por embolia.

Es también indicada en las hemorragias y úlceras, á las cuales estas venas dan lugar; en estas condiciones, deben ser resecadas íntegra y definitivamente, desde el momento que ellas constituyen una amenaza. Su resección es el mejor tratamiento preventivo de todas sus complicaciones.

Hay contra indicación á la resección total de várices, aunque éstas tengan un gran desarrollo, en enfermos de edad avanzada, de lesiones cardíacas manifiestas, arterio esclerosis evidentes, obesidad muy marcada, factores estos en los cuales hay que pensar antes de hacer una intervención.

TÉCNICA OPERATORIA

La resección de várices debe ser estudiada para la safena externa é interna, separadamente.

Para la resección total de la safena interna, practicaremos en dos tiempos una incisión que partiendo del triángulo de Scarpa, termine en el borde anterior del maleolo interno.

Se hace primero una incisión que partiendo del cayado de la safena termine en el plano posterior del cóndilo interno del fémur y, cuando la safena haya sido resecada en toda esta extensión y la herida cerrada, trazaremos nuestra segunda incisión, que conti-

nuando de la primera, termine en el borde anterior del maleolo interno.

Se procede así para reducir á su mínimum los peligros de las infecciones en heridas que ya de por sí, son bastante extendidas.

Cuando existe una úlcera en la parte media de la pierna ó en su tercio inferior, la incisión debe terminar por arriba de esta.

Los puntos de reparo para trazar esta incisión son los siguientes:

Se investiga la arcada crural y á un través de dedo por dentro del medio de esta arcada y tres traveses por debajo del pliegue de la ingle, se hace partir la incisión. De este punto y siguiendo un trayecto curvilíneo de concavidad anterior que sigue la dirección de la vena, se termina en el borde posterior del cóndilo interno del fémur.

La segunda incisión parte rectilineamente de este último punto para terminar un poco arriba del borde anterior del maleolo interno.

En algunos casos, para mejor atacar las várices de la parte media de la pierna, se hacen dos incisiones que se cabalgan un poco en la parte superior de la tibia.

La que parte del triángulo de Scarpa desciende hasta el tercio superior de la tibia, dirigiéndose al medio de esta; la segunda arranca más arriba de la terminación de la primera, un poco por debajo del

cóndilo interno del fémur, á algunos centímetros por detrás de la otra, para terminarse abajo, delante del maleolo interno.

Después de la incisión crural, empezamos por disecar el cayado de la safena; una vez que está completamente descubierto, pasamos un hilo de seda ó catgut para ligarla sólidamente y evitarnos el pasaje de todo émbolo que podría destacarse de un punto cualquiera del tronco venoso ó de una ampolla inflamada.

En el momento que ligamos el vaso, se le ve achatarse en una extensión de unos pocos centímetros por debajo de esta ligadura y es recién después que se ha librado á la vena de toda su envoltura célulo-aponeurótica, que este achatamiento se produce en todo su largo; es debido á que las adherencias que se habían formado entre el vaso y el medio ambiente y que las tenían fijas en el diámetro que esta vena había adquirido, no permitiéndole su aplanamiento, han sido destruídas.

El estuche célulo-aponeurótico juega un gran rol en el sostenimiento de la pared venosa; está formado al nivel del muslo, por la aponeurosis femoral adentro y la fasia superficialis afuera; la vena se encuentra cubierta por fibras que van desde la aponeurosis á esta facia. Ahora bien, en las maniobtras que se hacen para poner esta vena á desnudo, es necesario abrir

por fuera de la vena, respetando por lo tanto la aponeurosis femoral que es inútil herir.

Cuando hemos librado á toda la vena de su estuche, la seccionamos por debajo de la ligadura que se encuentra en el cayado de la safena, después, á medida que avanzamos en la disección, ligamos los vasos colaterales lo más lejos posible de la desembocadura en este cordón. Algunas veces, á unos centímetros por dentro del tronco safeniano, existe una colateral importante que es bueno ligarla.

Cuando se reseca la vena safena interna en su totalidad y el segmento terminal de sus gruesas ramas, se abren perforantes que deben ser ligadas. Estas son más gruesas comúnmente al nivel del canal de Hunter.

Una vez separado el tronco de la safena del muslo, se hace la hemostasia de las ramas colaterales y perforantes seccionadas. Se cierra la herida por puntos separados con crin de florencia ó por una sutura continua hecha con seda.

En el segundo tiempo de la operación, cuando la incisión cutánea ha sido hecha, se disecan los bordes de la herida en un ancho de cuatro ó cinco centímetros, tomando las partes subcutáneas en las cuales se hallan incluídas numerosas venas varicosas.

Cuando las várices han estado inflamadas durante largo tiempo, siendo, por lo tanto, la piel interesada por el proceso inflamatorio, es muy difícil dise-

car las ampollas varicosas, pues están íntimamente unidas á la piel por adherencias muy sólidas. Hay interés, entonces, de resecar la piel y las ampollas varicosas conjuntamente en toda la extensión de sus adherencias, debiendo hacerse esta resección en forma fusiforme para facilitar el cierre de la herida (Schwartz).

Comúnmente, es muy fácil separar la piel de las partes subyacentes en un ancho de varios centímetros.

Cuando la herida ha sido bien disecada se ven las várices entrelazadas formando dos planos, uno subcutáneo y el otro profundo, comprendiendo el tronco safeneano y algunas de sus gruesas ramas; este plano está en contacto con la aponeurosis tibial.

Es necesario levantar el paquete varicoso completo, despegándolo por decirlo así, de la aponeurosis tibial, tratando de llevar lo más posible en él, las ramas colaterales que le llegan.

Aislado este paquete se liga sobre el cabo inferior del tronco safeneano y es seccionado y levantado junto con el paquete. En seguida se hace la hemostasia; se ligan las colaterales y perforantes.

Las ligaduras pueden ser hechas como lo aconseja Terrier, con seda fina, salvo los casos en que hay úlceras, en donde ésta puede ser infectada, usándose entonces de preferencia el catgut.

Después de hacer la hemostasia y sutura como

en la operación anterior, se trata de coaptar en lo posible los labios de la herida.

Para la resección de la safena externa, se hace una incisión cutánea, que parte un poco por debajo del medio del pliegue del hueco popliteo y se termina por abajo en el borde posterior y un poco por arriba del maleolo externo.

Se busca el cayado de la safena externa que está incluído en un túnel aponeurótico formado por la aponeurosis tibial posterior y los vientres de los gemelos.

Se liga este cayado y se procede en seguida como para la safena interna á la ablación del tronco venoso y resección en toda la extensión posible de las ramas colaterales por debajo de los labios de la incisión; se ligan las perforantes, siendo las más voluminosas las que encontraremos en la parte media é inferior de la pantorrilla.

Se hace la hemostasia y se cierra la herida de la manera ya indicada.

El tiempo que se emplea en esta intervención es más ó menos de cuarenta á cuarenta y cinco minutos para la safena interna, quince á veinte para la externa; ahora bien, comprendiendo el lavaje y la preparación de las regiones á operar, en una resección doble se empleará de una hora á hora y diez minutos (Terrier).

Los puntos se sacan á los doce días más ó menos

Cuando se sacan estos, se suele encontrar á veces, á lo largo de la cicatriz, un edema poco abundante é indoloro, debido á la linforragia de los troncos linfáticos que costeaban las gruesas venas; este, desaparece en tres ó cuatro días.

Los operados simplemente de várices, siempre que no aparezcan complicaciones, se pueden dar de alta á los diez y ocho ó veinte días. A los portadores de úlceras es bueno tenerlos acostados hasta tanto se haga la cicatrización de éstas; cuando es una úlcera antigua y que la cicatrización se hace lentamente, se le puede hacer ingertos dermo-epidérmicos con el fin de ayudar su pronta curación; se puede también aconsejar la operación circular de Moreschi.

En cualquier caso, deben estas úlceras ser lavadas y frotadas fuertemente en seguida de la operación de sus várices, con agua á una temperatura de sesenta grados más ó menos; este procedimiento ha dado buenos resultados en el servicio de cirugía del doctor Emina, del Hospital Pirovano.

Cuando la cicatriz de la úlcera es espesa é indurada se le puede dar masage durante algunas semanas, bajo su influencia, la nutrición de la piel se hace de una manera eficaz.

Estos masages son útiles también en las cicatrices de resección de los paquetes varicosos, volviéndolas en algunas semanas blandas y devolviendo á la piel su coloración normal.

Las conclusiones que se sacan de las consideraciones precedentes son las siguientes:

El número de causas mecánicas que explican el desenvolvimiento y extensión de las várices, pueden reducirse á dos importantes:

De un lado, la «poussée profunda» que se ejerce á favor de las venas perforantes, y del otro el «reflujo superficial», que interviene cuando en las safenas, ya muy dilatadas hay insuficiencia valvular.

En las grandes várices de las safenas, las operaciones de Trendelemburg-Schwatrz, mejorarían al enfermo, pero la poussée profunda se ejercerá íntegramente por las venas perforantes, tarde ó temprano, produciendo nuevas recidivas varicosas en el miembro enfermo.

Todo lo contrario pasará con la resección completa, lo más posible de los troncos varicosos, método aplicable á todos los casos de várices dolorosas, con impotencia del miembro, etc., pues no sólo esta operación atacará á la vez el reflujo superficial y poussée profunda, suprimiéndolos, sino que á más garantizará al miembro de toda recidiva.

———

No quiero concluir este trabajo, sin antes agradecer sinceramente al doctor Enrique del Arca su aceptación de padrino en esta tesis.

Al doctor Juan B. Emina, mi más sincero agra-

decimiento por cuanto con entera bondad ha puesto á mi disposición, tanto su sala de cirugía del Hospital Pirovano, como así también sus preclaros consejos en este pequeño trabajo.

A mis profesores, á más de agradecerles todo lo que de ellos he aprendido, les pido un poco de indulgencia por los errores que contenga esta tesis, pues ellos serán hijos de mi falta de experiencia y saber, tan justificados en la profesión en la cual me voy recién á iniciar.

OBSERVACIONES

Servicio de Cirugia del doctor Juan B. Emina del Hospital Pirovano

OBSERVACIÓN I

José Ferrando, taliano, soltero, barrendero, 20 años.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — No recuerda haber tenido ninguna enfermedad hasta los 14 años, en que tuvo fiebre palúdica (terciana), le duró un año; al siguiente tuvo fiebre tifoidea, durando ésta dos meses. No hay hábito alcohólico.

Enfermedad actual — Empezó hace cuatro meses con dolores en las piernas, impotencia funcional del miembro, sensación de hormigueo, calambres. Nota que á la noche sus piernas se hinchan, desapareciendo ésta con el reposo; la piel se conservó siempre normal.

Estado actual — Las venas tributarias de la sa-

fena interna, como también este mismo tronco, se encuentran aumentadas de volumen, dibujándose debajo de la piel.

En la posición de pie, sus vasos venosos se injurgitan de sangre; hay insuficiencia valvular. Haciendo acostar al enfermo, y una vez que las venas se borran, comprimiendo el cayado de la safena, se le hace parar, se nota que éstas se llenan con lentitud de abajo hacia arriba; sacando el dedo vemos á la safena llenarse bruscamente, pero ahora es de arriba á abajo (signo de Trendelemburg), lo que nos comprueba que existe reflujo superficial á causa de la insuficiencia valvular; si damos un papirotazo sobre la vena safena interna, vemos que esta ondulación se trasmite á gran distancia (signo de Schwartz). El cayado de la safena se encuentra dilatado en ampolla, su coloración es azulada.

Estas venas dilatadas se siguen en forma tortuosa hasta la altura de los maleolos. Existen paquetes varicosos á la altura de la pantorrilla, la piel no es adherente á éstos. Cuando el enfermo se pone de pie, sus várices aumentan de volumen. No hay úlceras.

Operación — Es operado bajo la anestesia clorofórmica, se resecan los paquetes varicosos, así como también la safena externa en una extensión de unos 60 centímetros, las colaterales son ligadas lo más lejos posible; las perforantes se ligan para evi-

tar la poussée profunda. En fin, se sutura la piel después de haber hecho la hemostasia.

A los 12 días se sacan los puntos; á los 25 sale de alta.

No ha habido ninguna complicación; la temperatura normal.

OBSERVACION II

Joaquín Baptista, portugués, 30 años, jornalero, entra á este servicio para hacerse operar de várices y úlcera de la pierna derecha.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Pulmonía, sarampión. No hay hábitos de alcohol.

Enfermedad actual—Desde hace ocho años comienza por ver dibujarse numerosas venas en su pierna derecha, las que aumentan de volumen en la estación de pie, para borrarse por completo cuando permanece por largo tiempo acostado; nota cuando camina, á la tarde, que sus piernas se ponen edematosas, dolorosas, hay traba funcional, existen también sensaciones de hormigueos y calambres.

Desde hace seis años, la piel de la región antero externa (tercio inferior) comienza á pigmentarse, al principio de un color rosa pálido, más tarde de una coloración parda oscura.

Como al año, aparece un pequeño punto, que él describe como un grano, el cual se agranda, produciendo una pérdida de sustancia que da origen á la

formación de una úlcera que llega á adquirir el tamaño de una moneda de dos centavos.

Estado actual — Gruesas venas surcan la cara interna del muslo y la pierna; hay paquetes varicosos en la pantorrilla y á la altura del condilo interno del femur. Existe en el tercio inferior é interno de la pierna una úlcera del tamaño de dos centavos.

Existen los signos de Trendelemburg y Schwartz, que demuestran de una manera bien clara la insuficiencia valvular; á la palpación se notan en estas venas tortuosas partes depresibles por el dedo alternadas con otras duras.

Operación — El enfermo es operado bajo la anestesia clorofórmica. Se resecan la vena safena interna en un largo de unos 50 centímetros, como también los paquetes varicosos; las colaterales son resecadas lo más lejos posible y ligadas, como así también las venas perforantes.

La úlcera es reavivada con fuertes frotaciones con agua caliente á una temperatura de 60 grados más ó menos. Se sutura la herida después de haberse asegurado la hemostasia.

Se acuesta al enfermo con la pierna un poco en alto. A los 12 días se sacan los puntos; á esta altura empieza á disminuir de volumen; sale de alta á los 50 días con la úlcera cicatrizada.

OBSERVACIÓN III

Francisco Rubinal, 37 años, argentino, jornalero (quintero, cochero), casado.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Viruela á los cinco años, coqueluche á los 10, sarampión á los 12. Ha sido bebedor desde los 15 años hasta los 30, de preferencia bebidas blancas.

Enfermedad actual — Data desde 20 años. Comenzó en el cayado de la safena interna del lado derecho, sintiendo la aparición de un tumorcito blando, blanco, no doloroso, que desaparecía por la compresión para reaparecer cuando esta compresión no se ejercía; al principio la piel fué blanca, más tarde rojiza.

Al mismo tiempo que este tumorcito se fué agrandando, las venas comenzaron á dibujarse debajo de la piel, en una extensión que llegó á la altura del maleolo interno. En las marchas aumentaban de volumen para desaparecer con el reposo.

Tiene calambres muy dolorosos, pero de poca duración, hormigueos y sensación de picazón que lo obligan á rascarse.

Hace un año que empieza su edema en el miembro enfermo.

Tiene una úlcera en la misma pierna que comenzó por un punto del tamaño de un alfiler (no da datos precisos de su tiempo).

Estado actual — Venas gruesas que se dibujan en toda la altura del miembro inferior y que toman, por lo tanto, todo el sistema safeniano interno. Aumenta en la posición de pie y disminuye en la posición horizontal.

A la palpación se notan, siguiendo sus tortuosidades, dilataciones venosas depresibles situadas de trecho en trecho, otras porciones son duras y no se dejan deprimir. Se comprueba como en los casos anteriores, signos avanzados de insuficiencia valvular, hay reflujo superficial.

Existe una úlcera correspondiendo al mismo miembro enfermo, de un tamaño de cinco á seis centímetros.

Operación — Es operado como el anterior. Bajo la anestesia clorofórmica, se le resecan sus venas varicosas, como también un gran trozo de la vena safena interna. Se ligan las colaterales y perforantes; se sutura y se trata la úlcera como en el caso anterior.

El enfermo permanece acostado con la pierna un poco en alto. A los 12 días se sacan los puntos y á los 45 días es dado de alta.

AGUSTIN SILVEYRA.

Mayo 30 de 1908.

Buenos Aires, mayo 30 de 1908.

Nómbrase al señor consejero doctor Juan A. Boeri, al profesor titular doctor Pascual Palma y al profesor suplente doctor Carlos Robertson para que constituidos en Comisión Revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, junio 13 de 1908.

Habiendo sido aceptada esta tesis por la Comisión precedente, según constancia del acta Nº 1866 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la reglamentación establecida.

E. CANTON.
Decano

H. Larguía,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿La electro-aco-puntura puede emplearse en el tratamiento de las flebectasias?

J. A. Boeri.

II

Las válvulas en las venas del miembro inferior.

Palma.

III

Patogenia de las várices.

Robertson.

Imp. Ad. Grau—Moreno 960.