



Año 1917

Núm. 3273

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento de las várices del miembro inferior

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

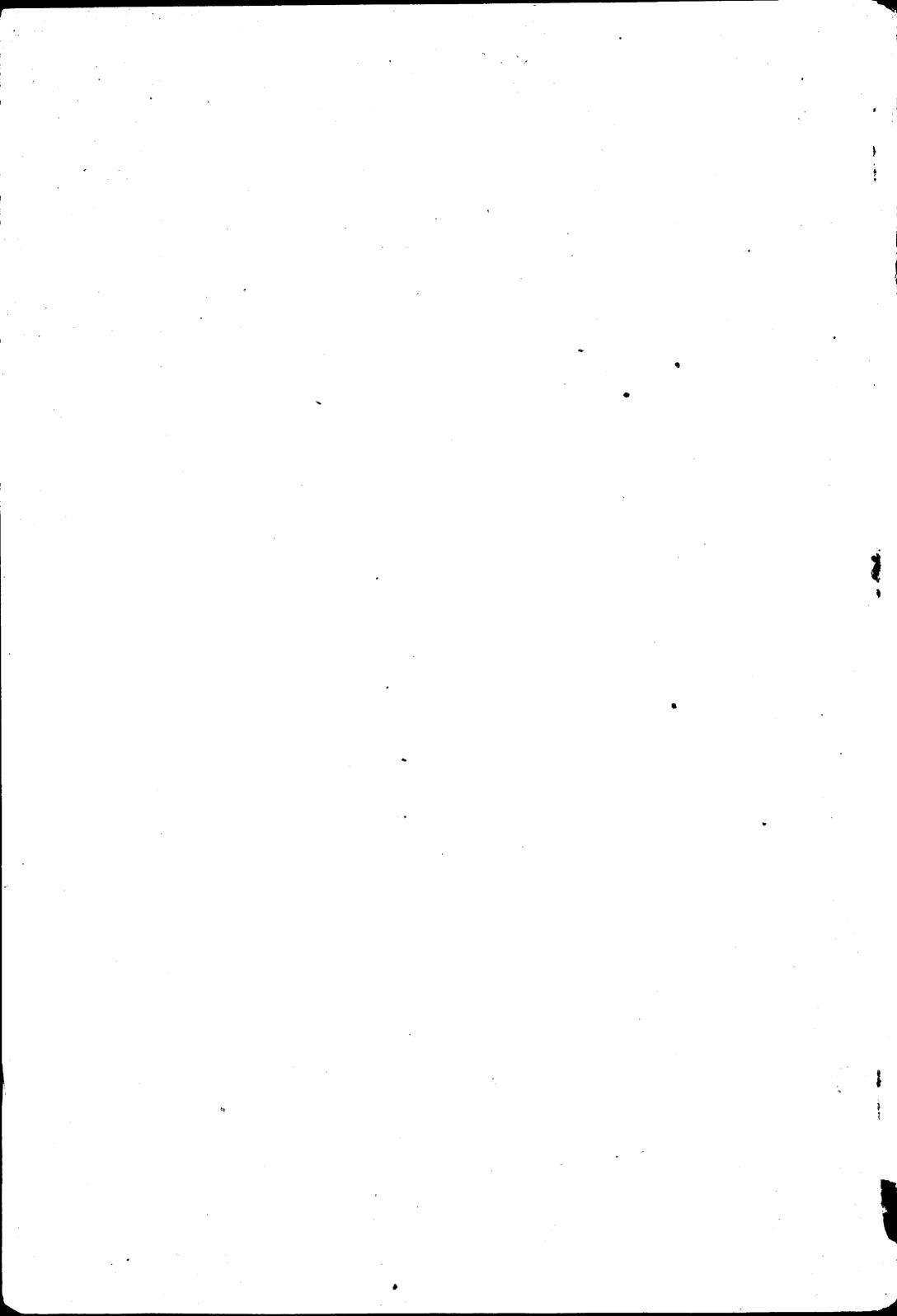
ROBERTO R. DIAZ



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BÜFFARINI
CÓRDOBA 1877 · BUENOS AIRES

Mic. B. 20.10



**TRATAMIENTO DE LAS VARICES
DEL MIEMBRO INFERIOR**



Año 1917

Núm. 3273

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento de las várices del miembro inferior

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROBERTO R. DIAZ



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 · BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la U.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidentes

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidentes

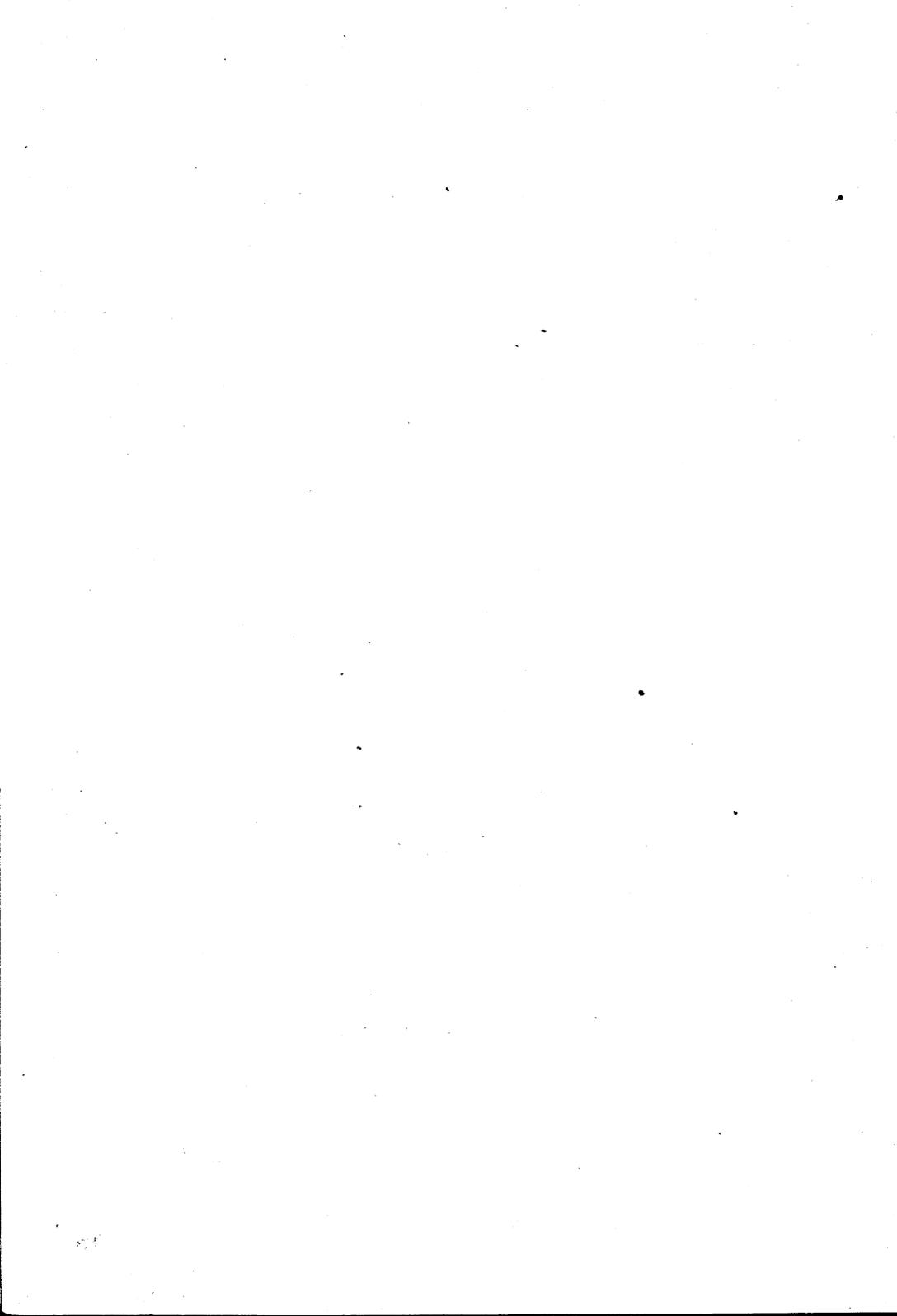
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GUÉMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

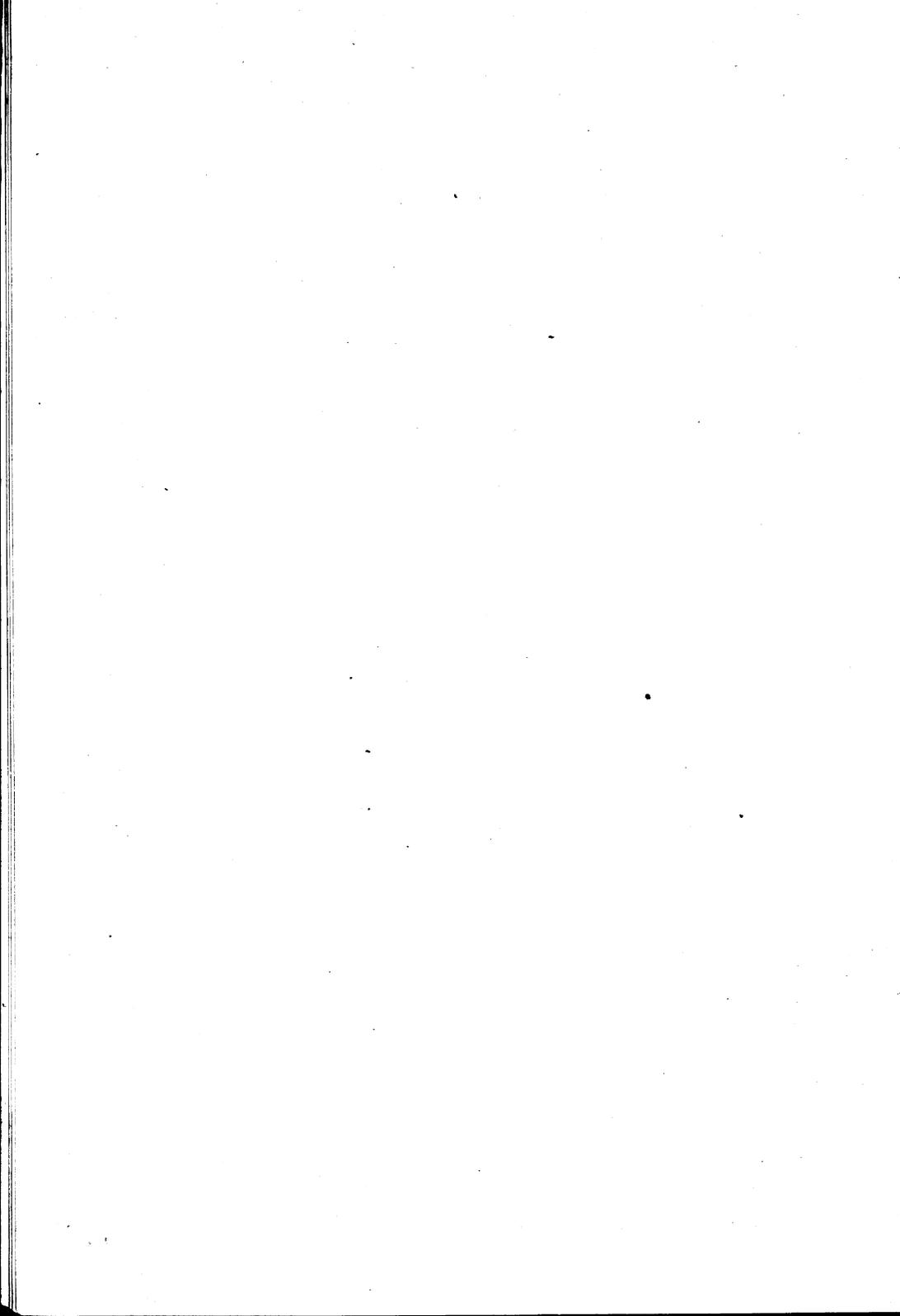


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

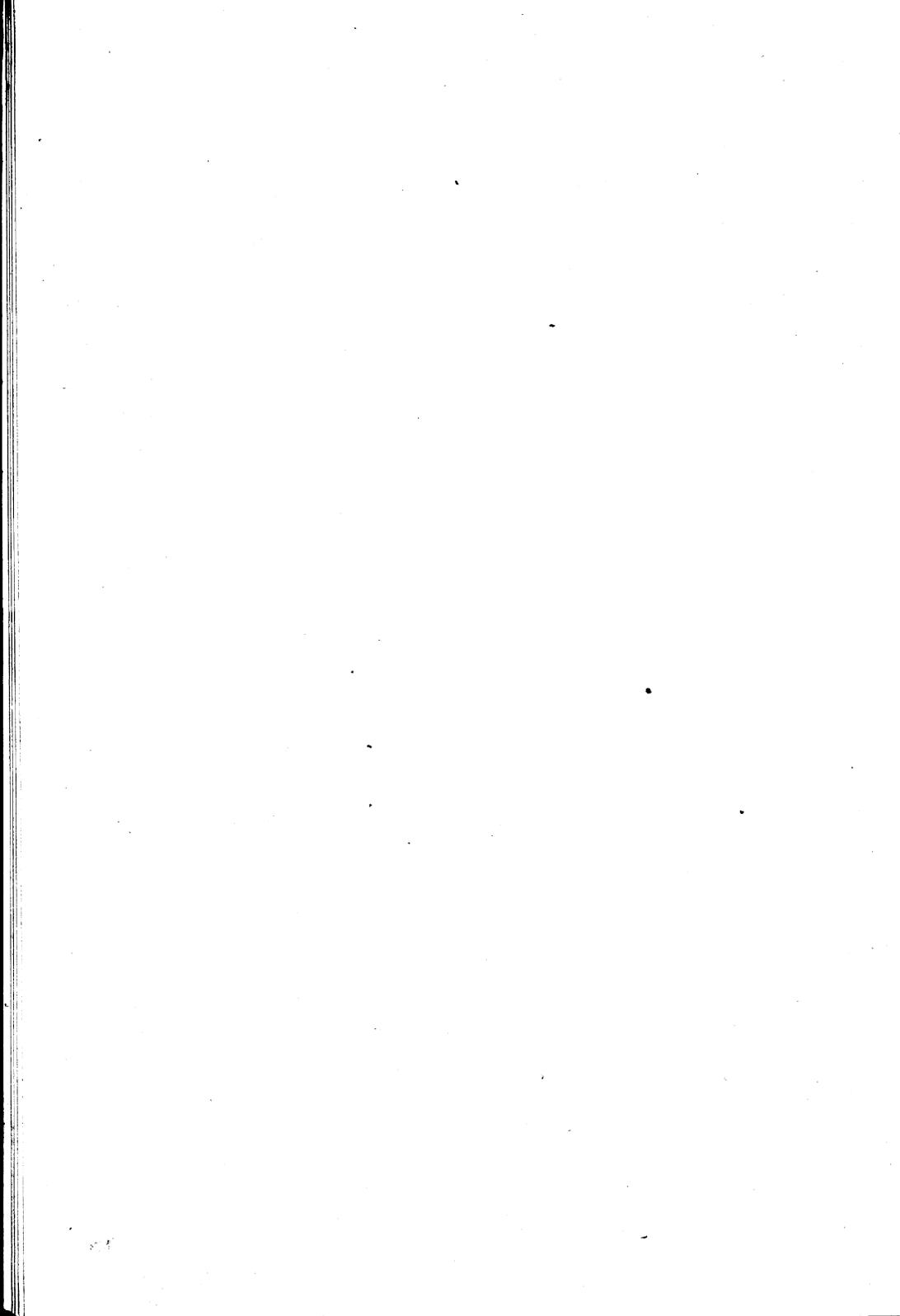
Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
.. .. ELISEO CANTON
.. .. ANGEL M. CENTENO
.. .. DOMINGO CABRED
.. .. MARCIAL V. QUIROGA
.. .. JOSE ARCE
.. .. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
.. .. DANIEL J. CRANWELL
.. .. CARLOS MALBRAN
.. .. JOSE F. MOLINARI
.. .. MIGUEL PUIGGARI
.. .. ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
.. .. FANOR VELARDE
.. .. IGNACIO ALLENDE
.. .. MARCELO VISAS
.. .. PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA

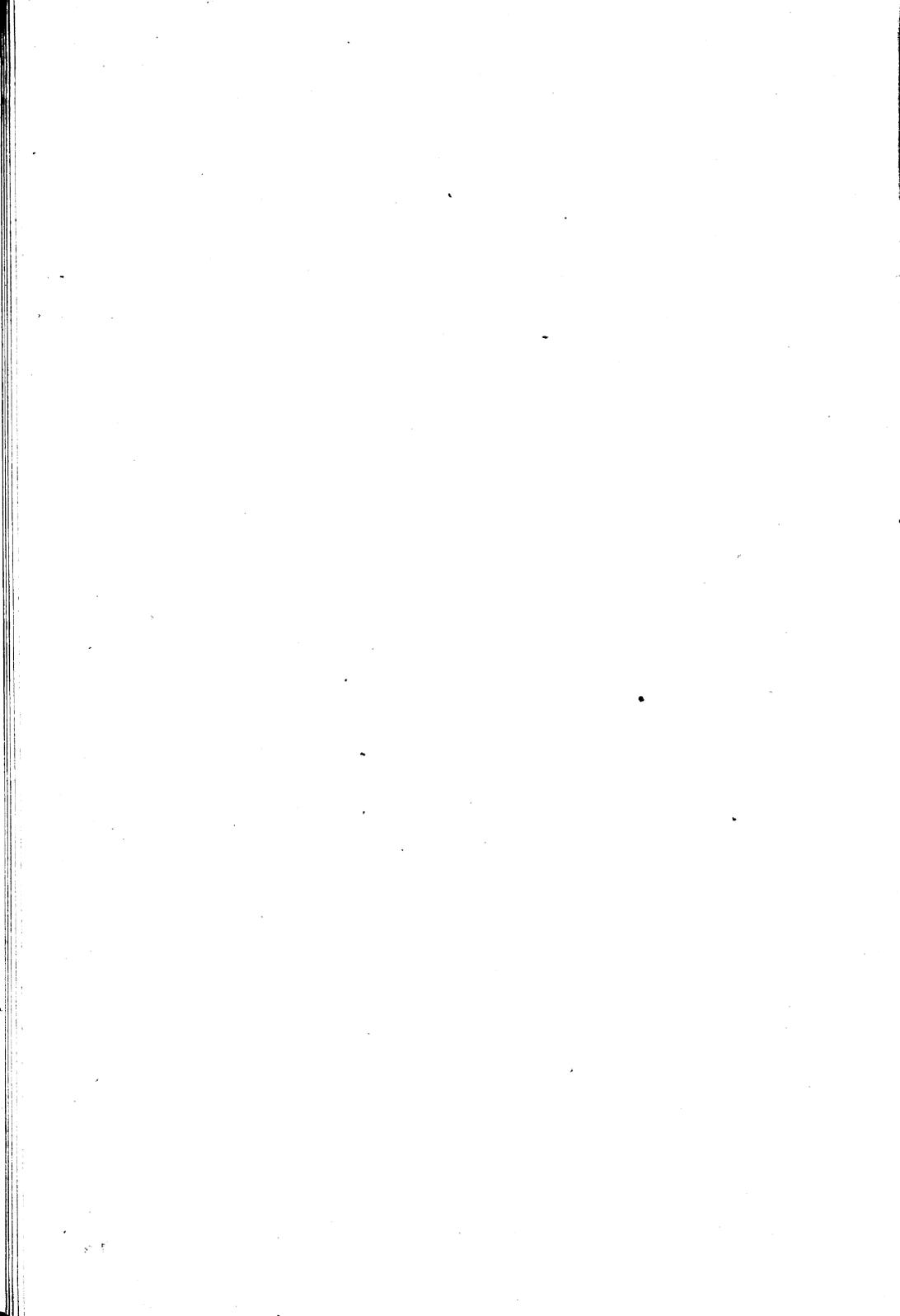
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

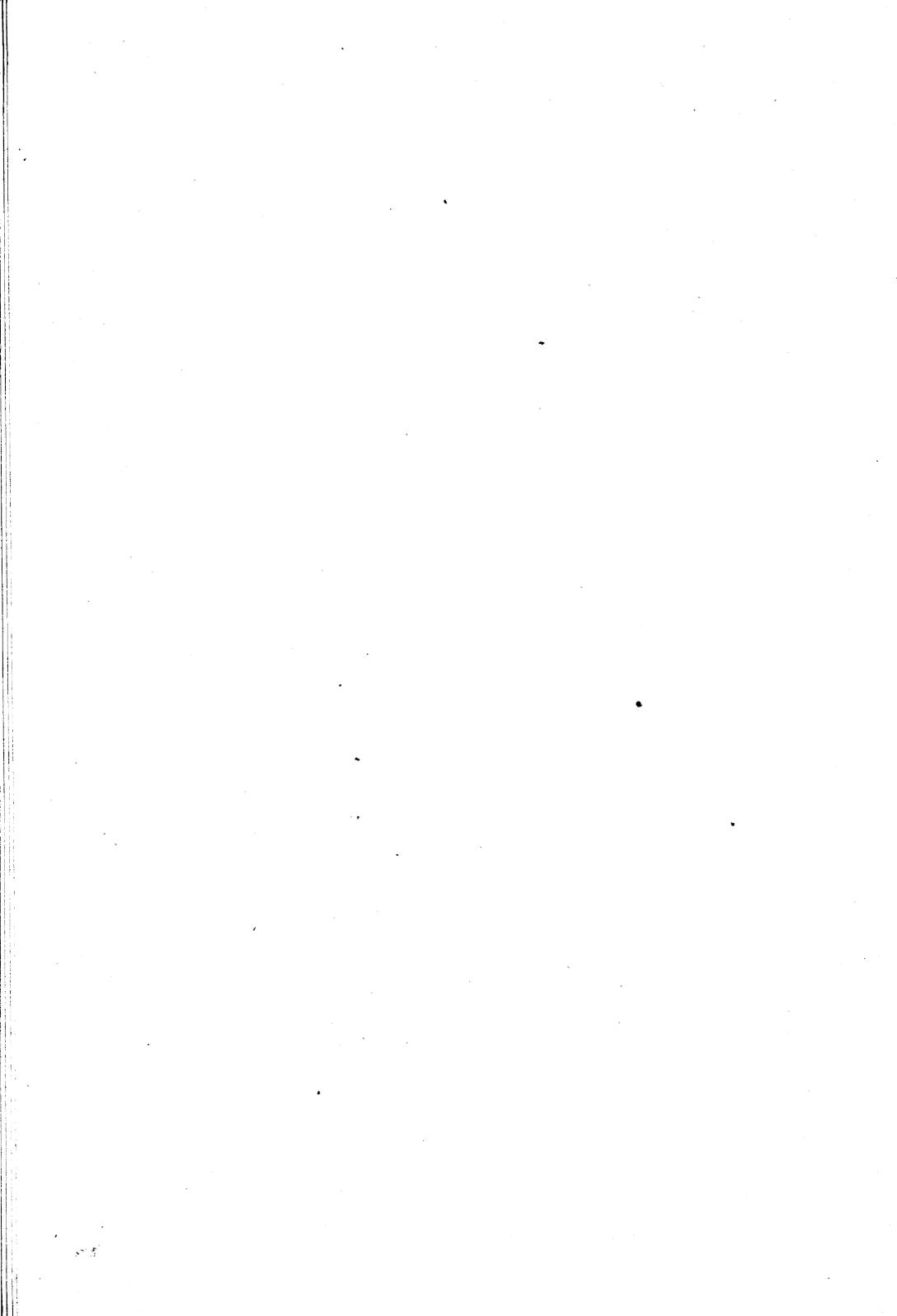
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
" JUVENCIO Z. ARCE
" PEDRO N. ARATA
" FRANCISCO DE VEYGA
" ELISEO CANTON
" JUAN A. BOERI
" FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

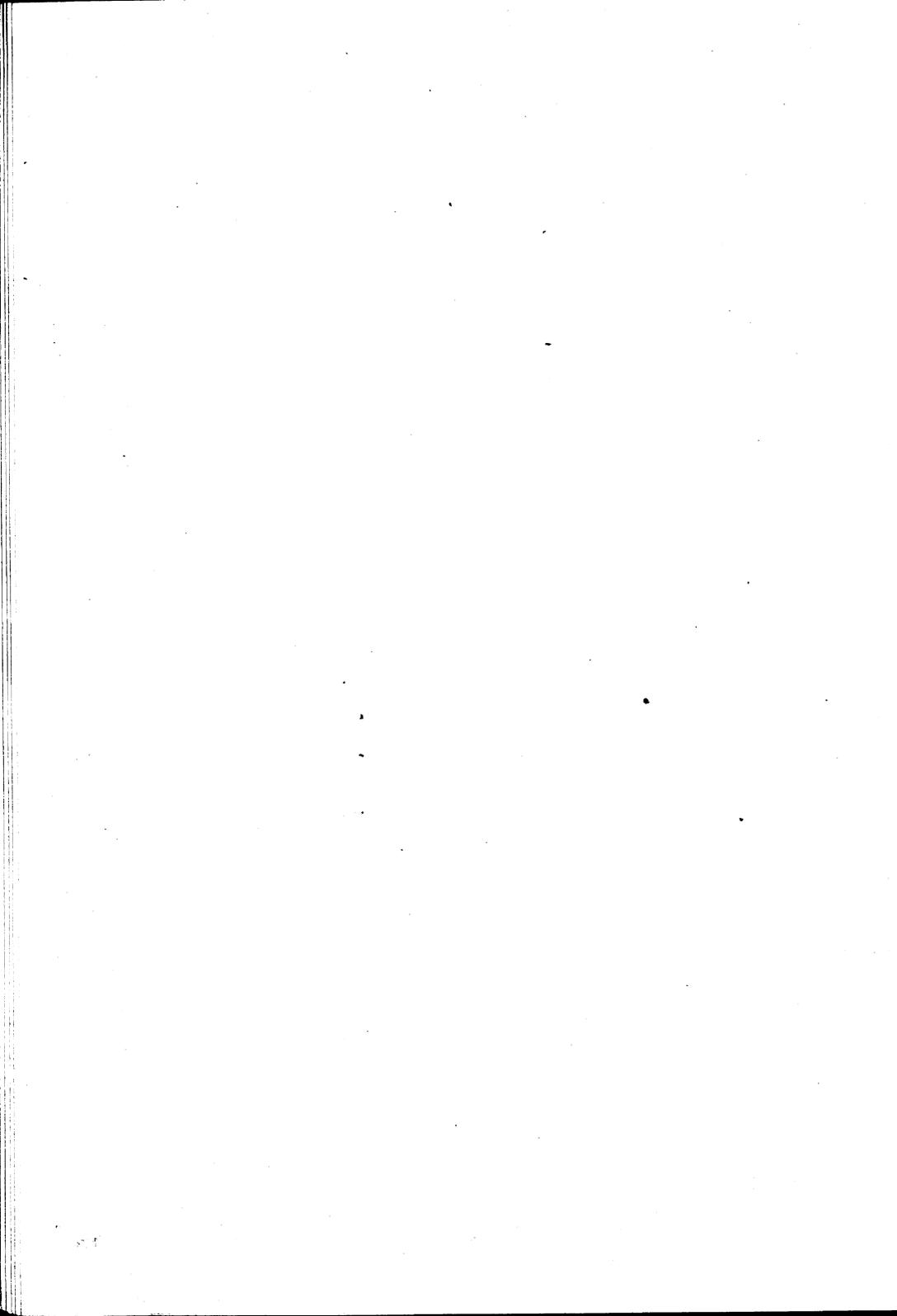
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ ROBOLO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PISERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos ...	{ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	„ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Génito-urinarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SESORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	„ Vacante
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	{ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VISAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediatría	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

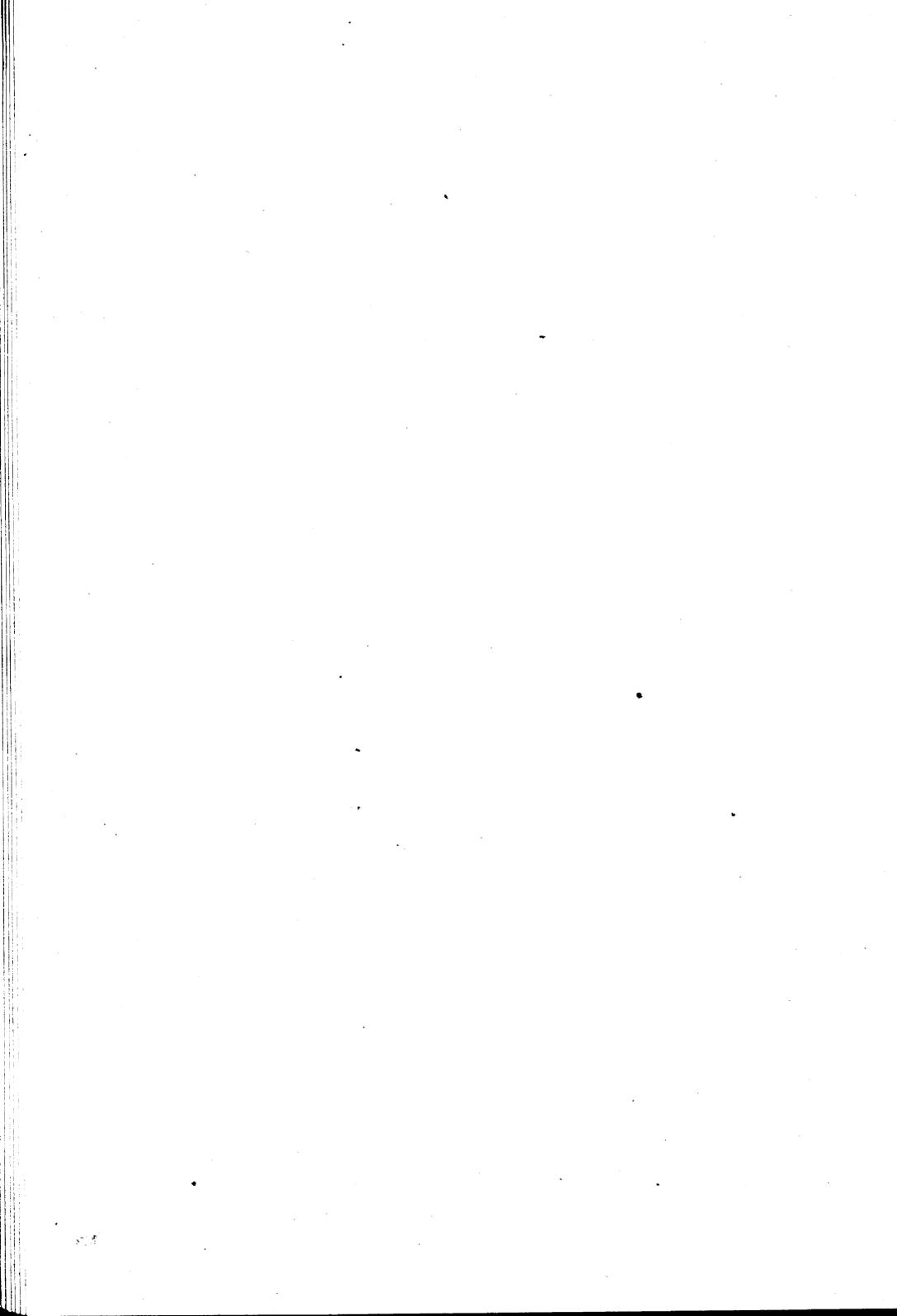
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clinica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica	„ ANTONIO F. PISERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI



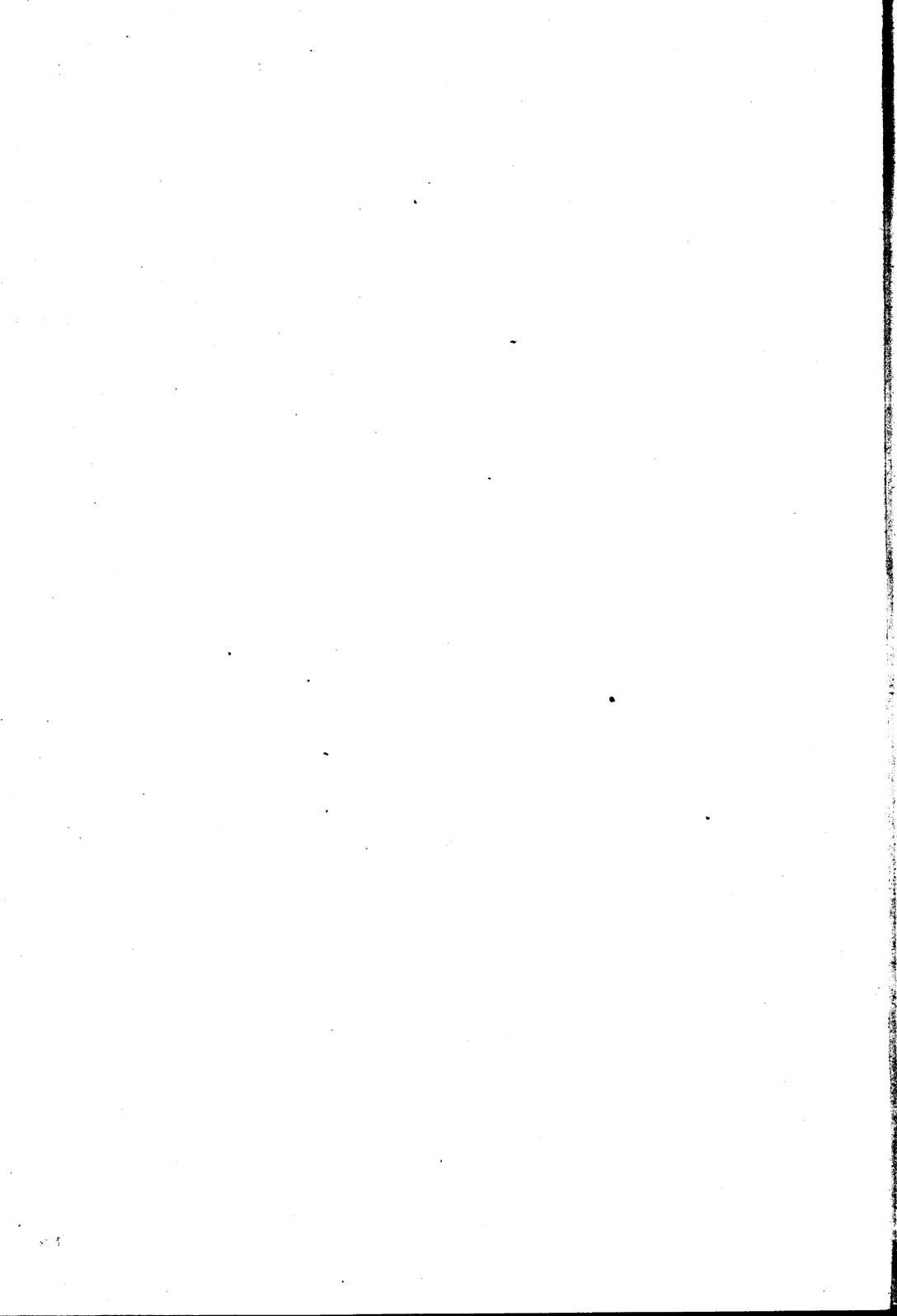
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	" EUGENIO GALLI
	" FRANK L. SOLER
Bacteriología	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Química Biológica	" GERMAN ANSCHUTZ
	" SALVADOR MAZZA
Higiene Médica	" BENJAMIN GALARCE
	" FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía Patológica	" ALFREDO VITON
	" JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia	" ANGEL H. ROFFO
	" JOSE MORENO
Medicina Operatoria	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
Patología externa	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
Clínica Dermato-sifilográfica	" ENRIQUE M. OLIVIER
	" ALEJANDRO CERRALLOS
" Epidemiológica	" NICOLAS V. GIBCO
	" PEDRO L. BALISA
" Oftalmológica	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
" Oto-rino-laringológica	" ANTONINO MARCO DEL PONT
	" ENRIQUE B. DEMARIA (en ejer.)
Patología Interna	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
Clínica Quirúrgica	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
Clínica Neurológica	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
" Médica	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
" Quirúrgica	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
" Neurológica	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
" Médica	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
" Quirúrgica	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANIVAR
Clínica Neurológica	" VICENTE DIAMTRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
" Médica	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
" Quirúrgica	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
" Neurológica	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
" Médica	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
" Quirúrgica	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
" Neurológica	" MAMERTO ACUSA
	" GENARO SISTO
" Médica	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
" Quirúrgica	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
" Neurológica	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
" Médica	" OSVALDO I. ROITARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
" Quirúrgica	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGE
" Neurológica	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
" Médica	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. ROERO
" Quirúrgica	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
Medicina Legal	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

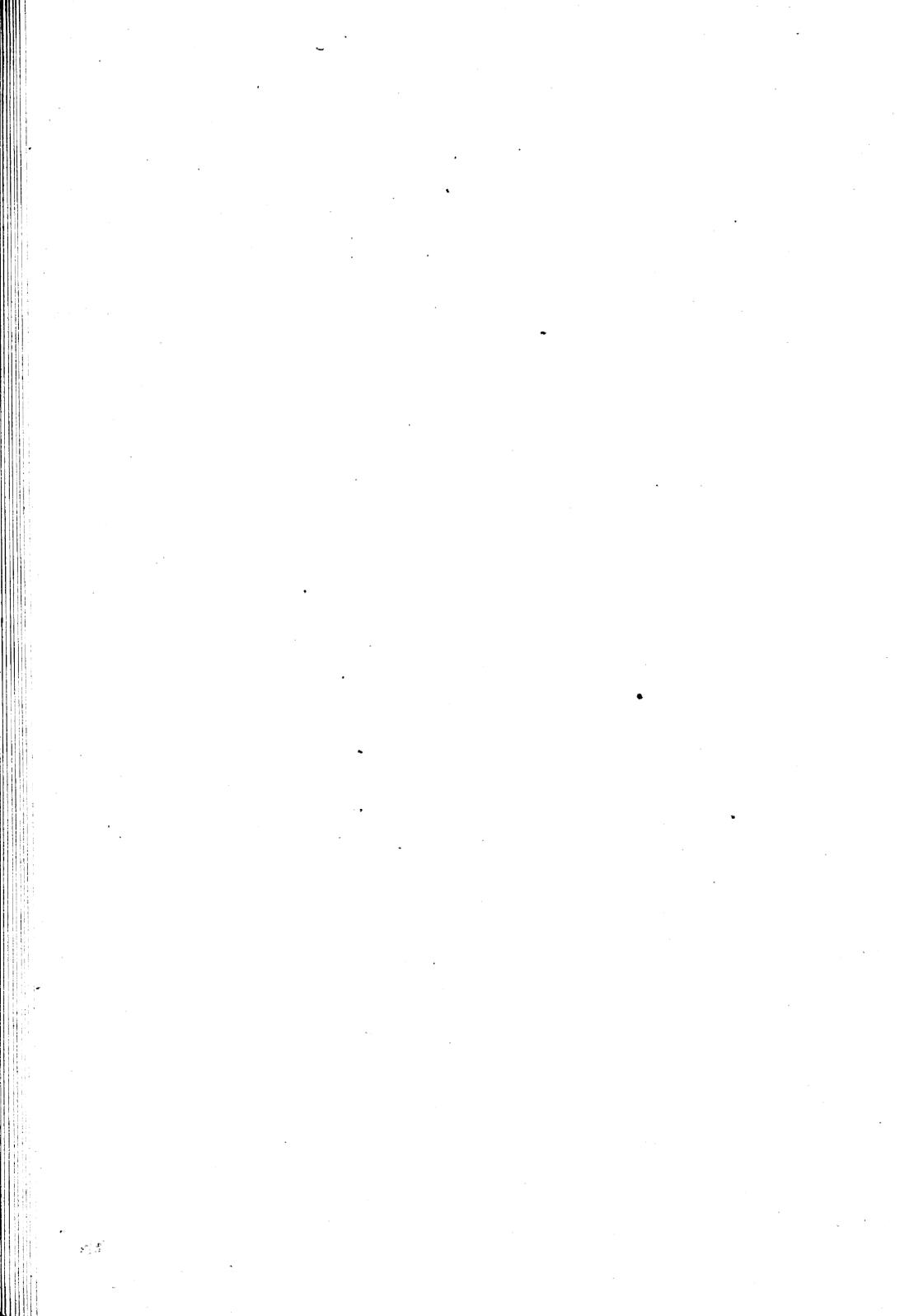
Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica	„ FANOR VELARDE
Puericultura	„ UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	„ ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PEIGGARI
Química orgánica aplicada	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica	DR. 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 sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	„ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica	DR. TOMAS J. RUMI
Química analítica	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica	„ LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES

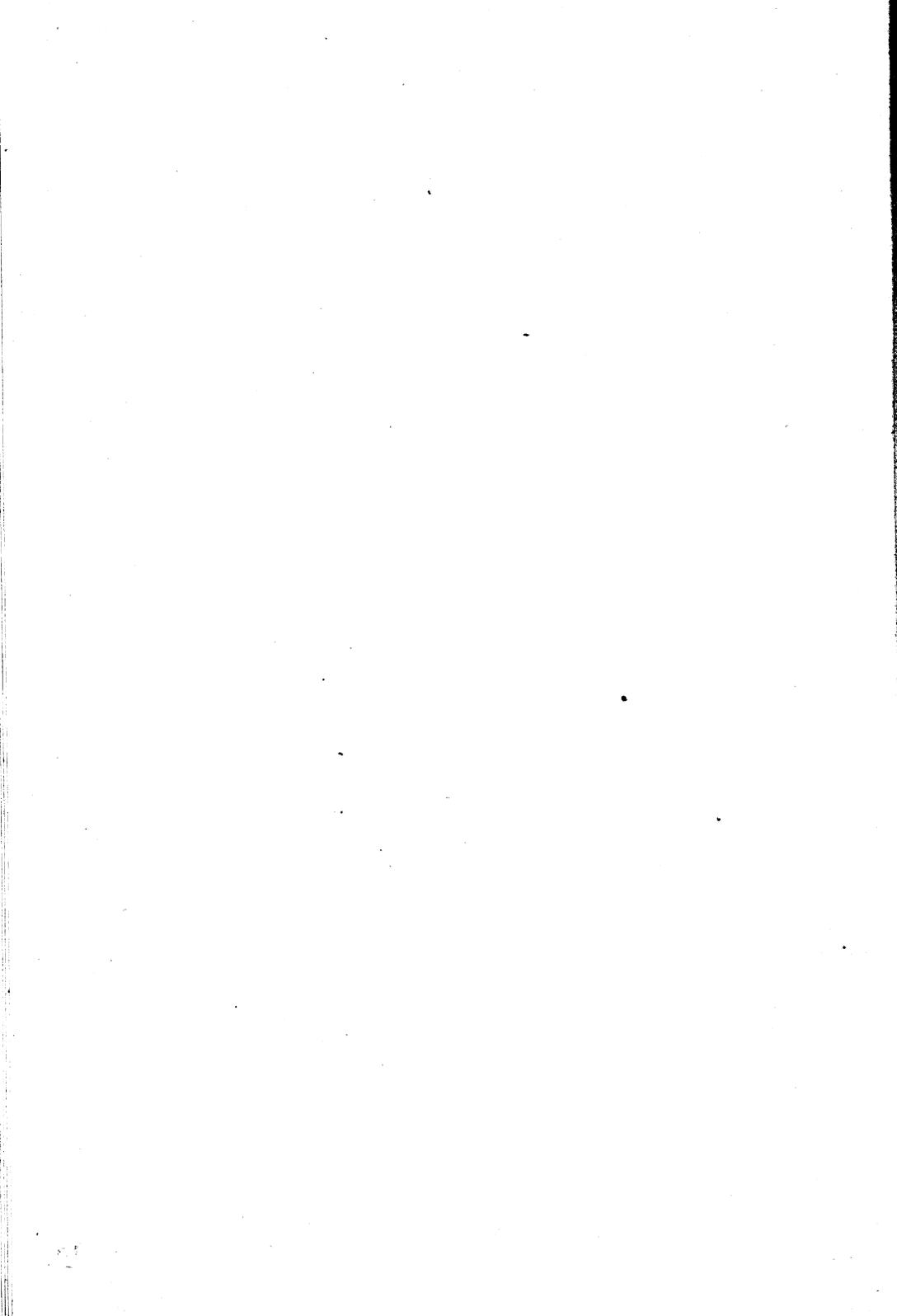


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	" LEON PEREYRA
3er. año	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

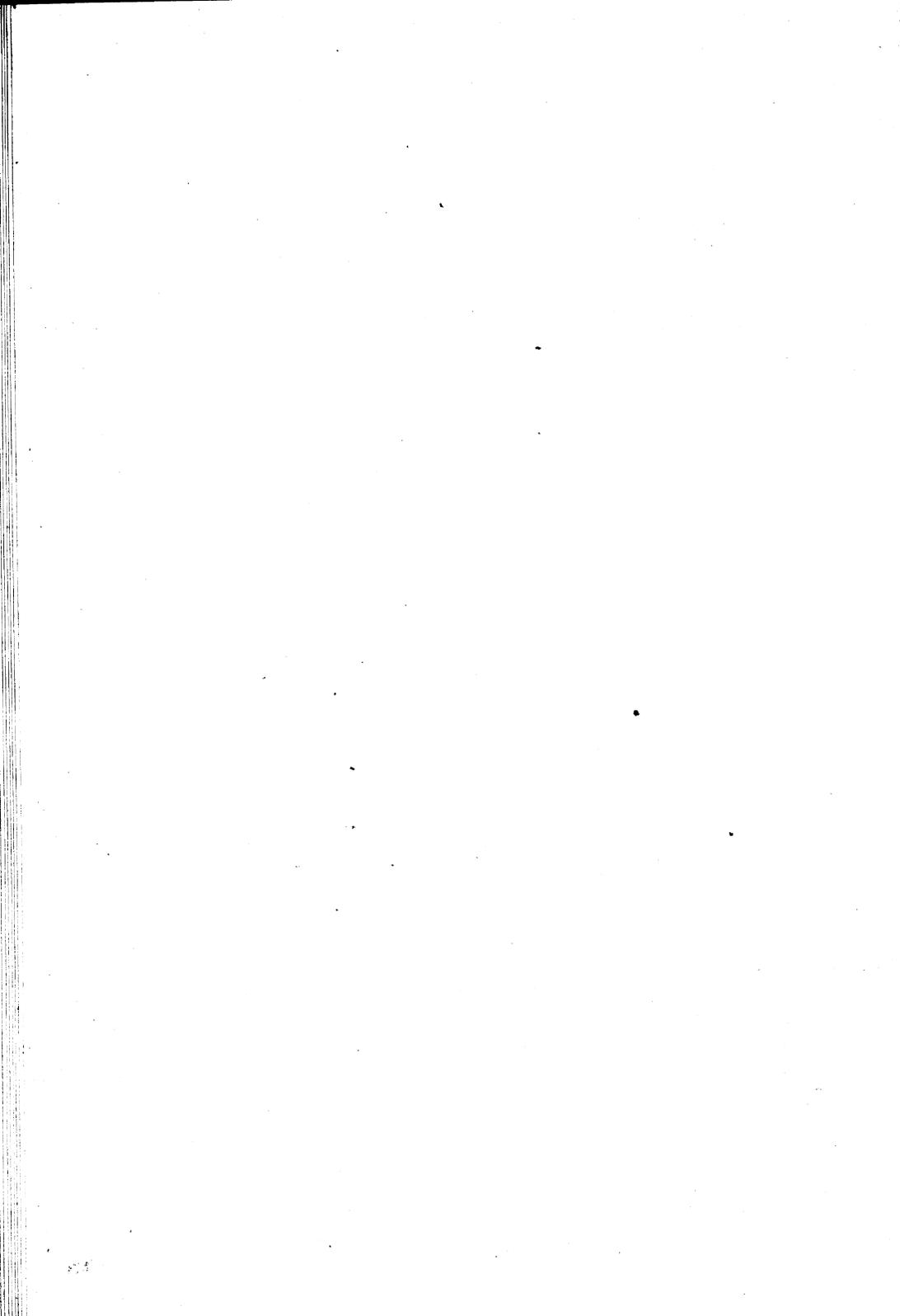
Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)

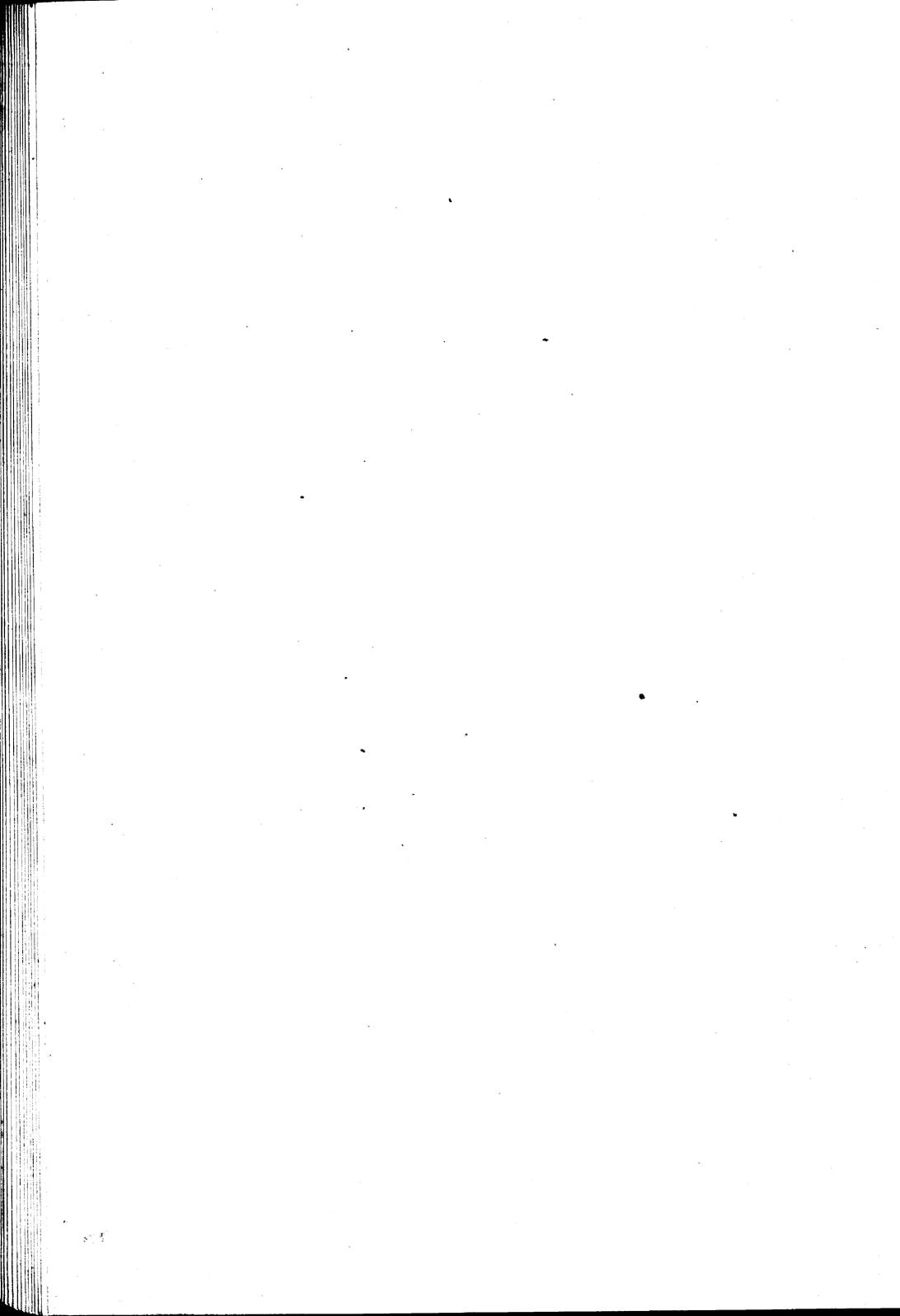


PADRINO DE TESIS:

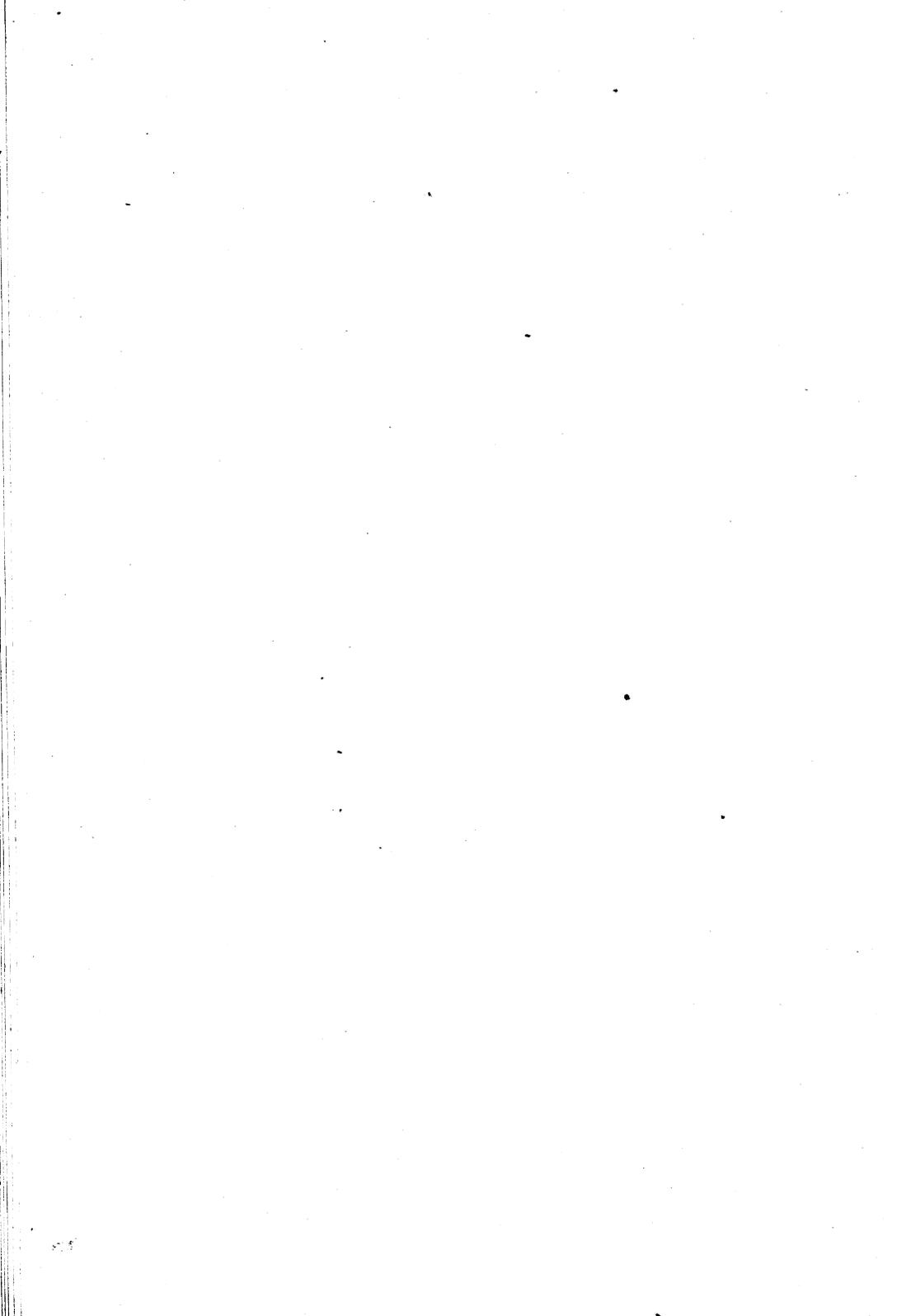
DR. ALBERTO F. ROTH



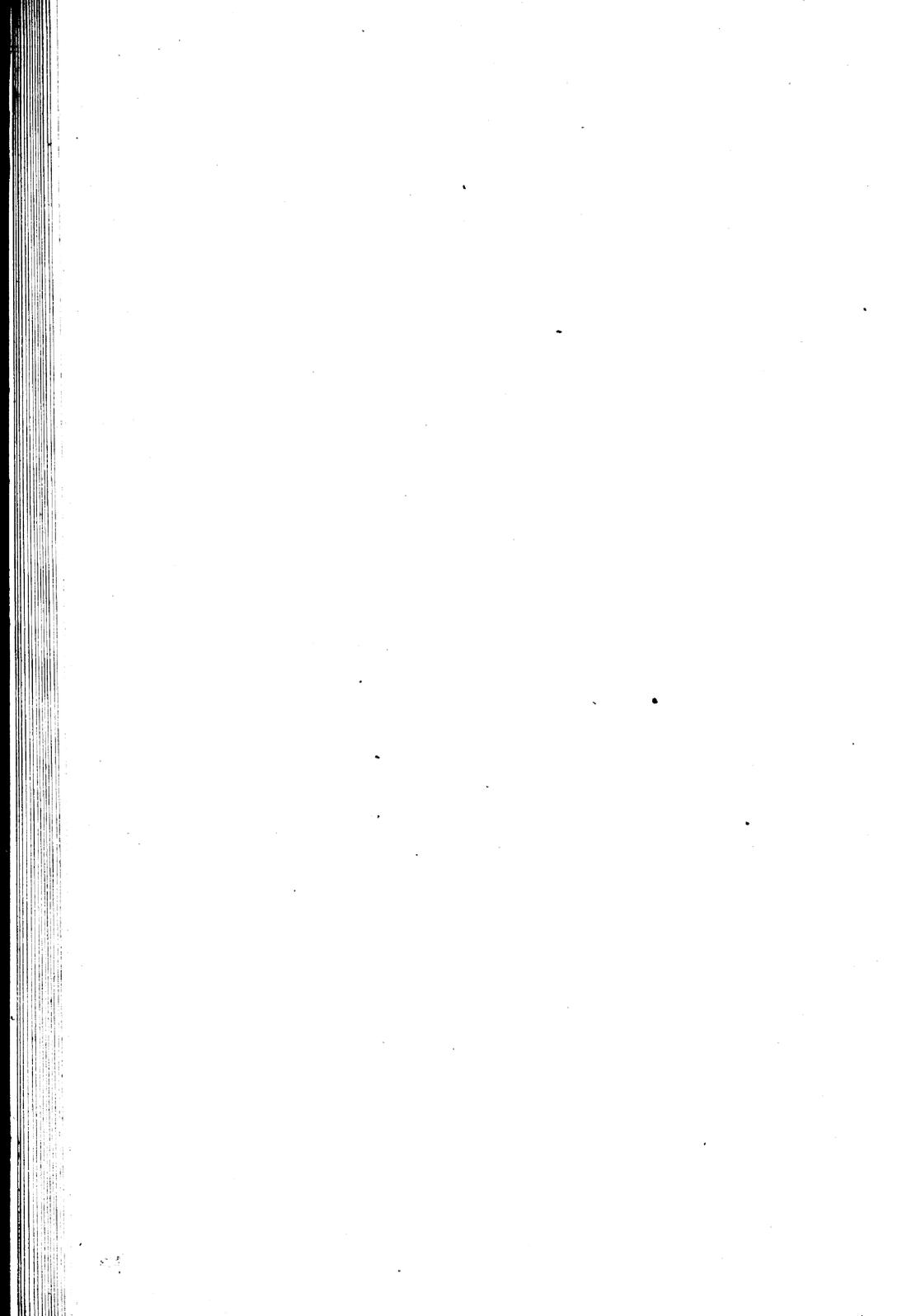
A LA MEMORIA DE MI QUERIDA MADRE



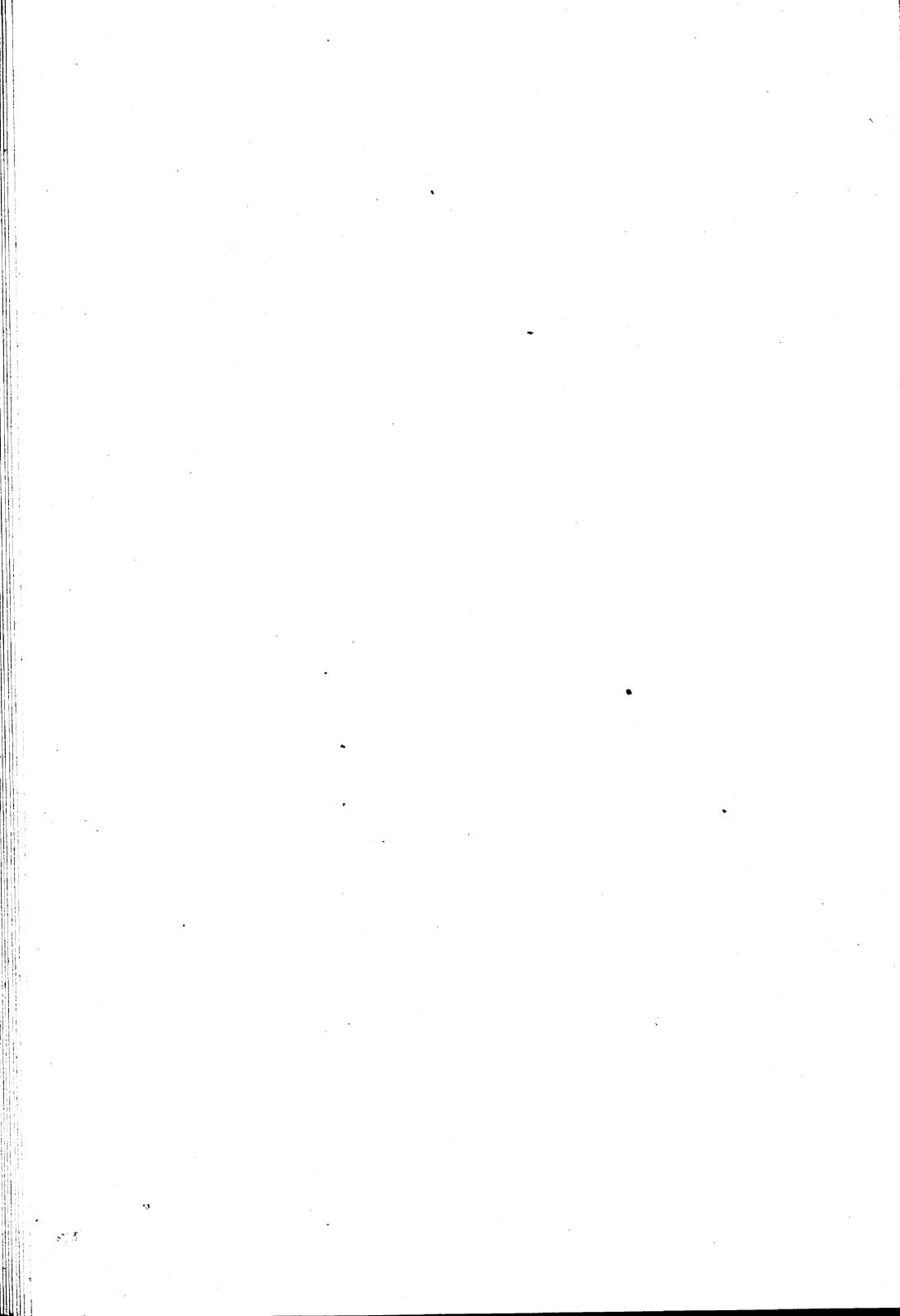
A MI PADRE



A MI ESPOSA E HIJITAS

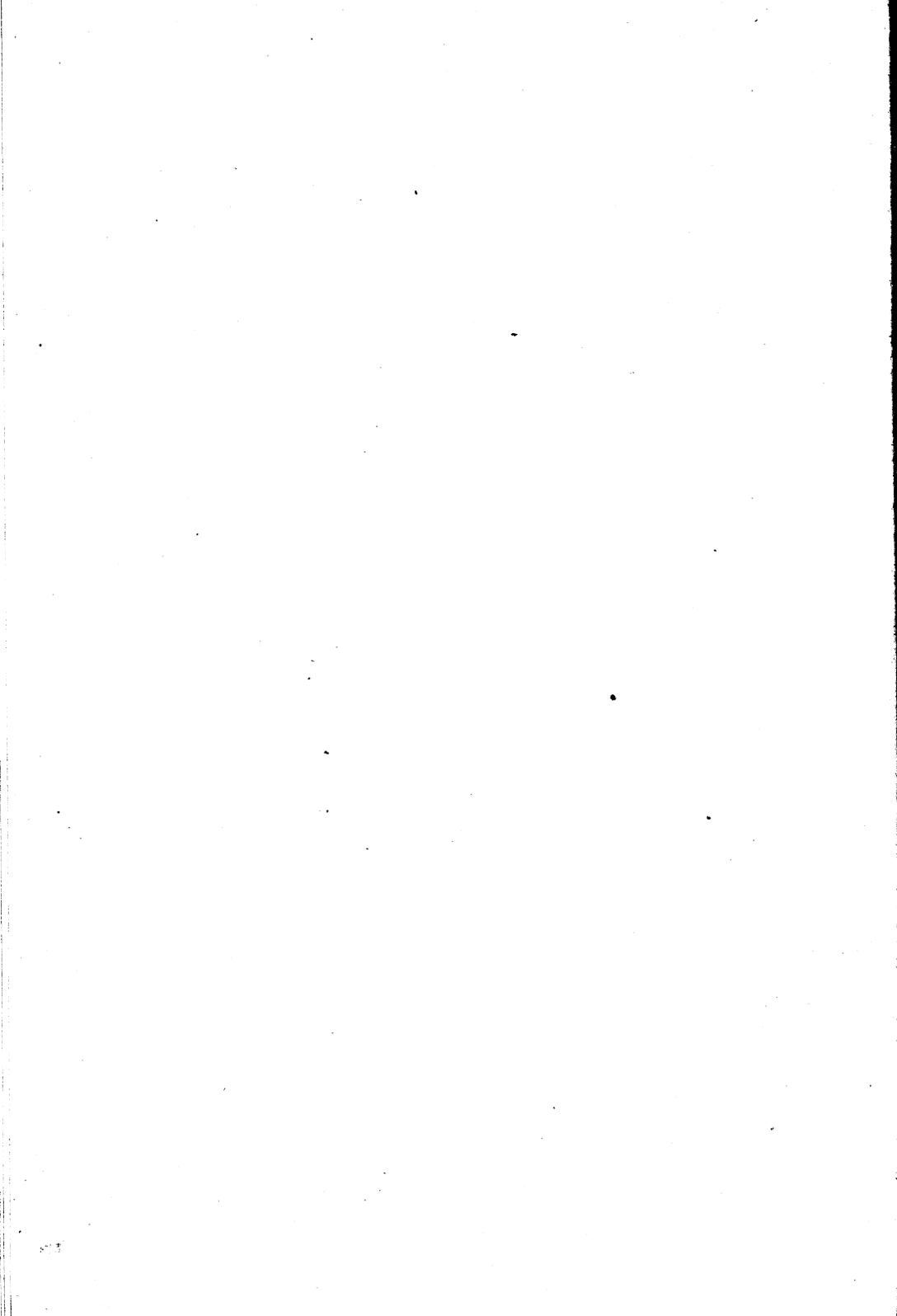


A MI HERMANO

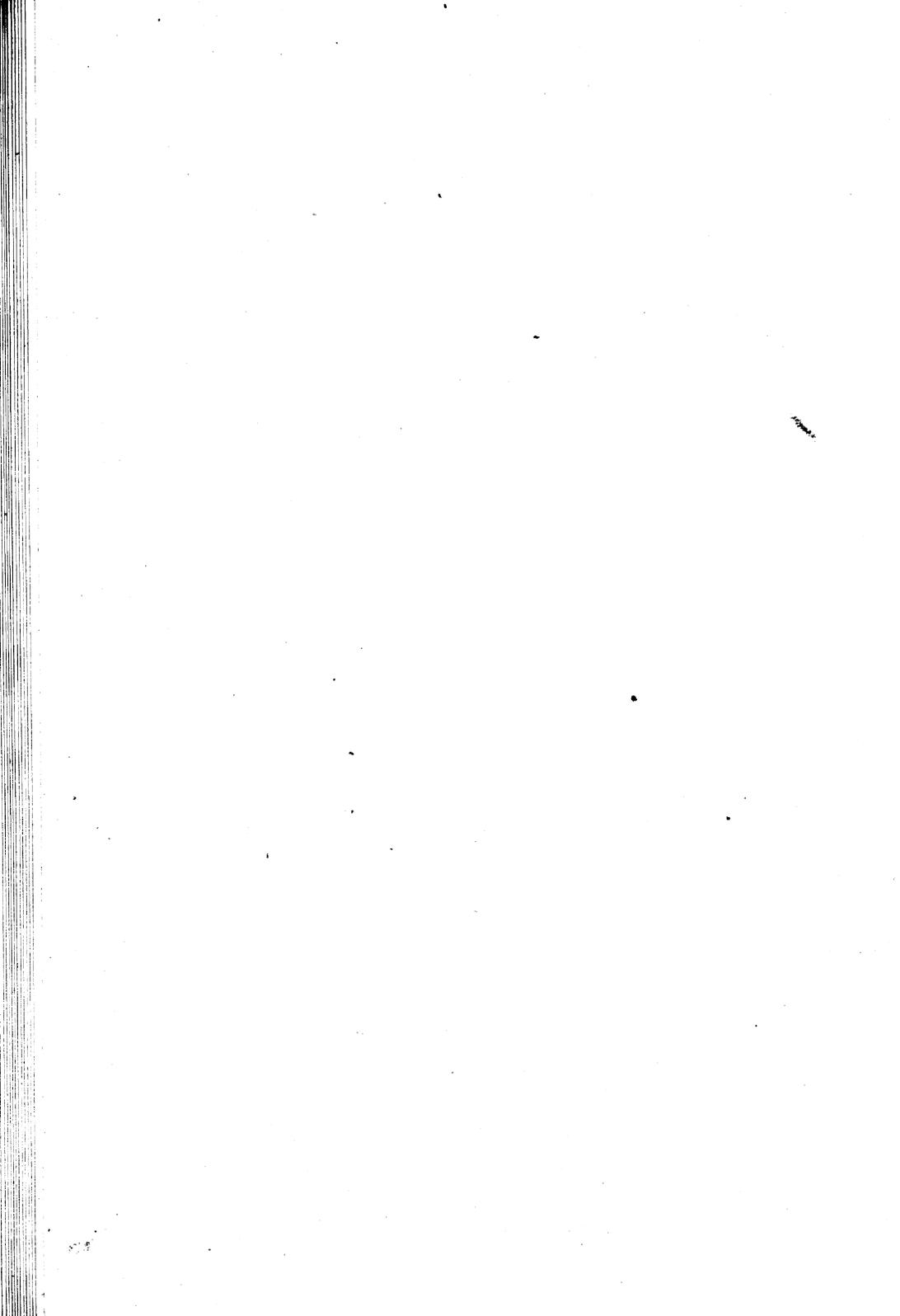


A LA SEÑORA

ANGELINA GOMEZ DE DIAZ



A MIS AMIGOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

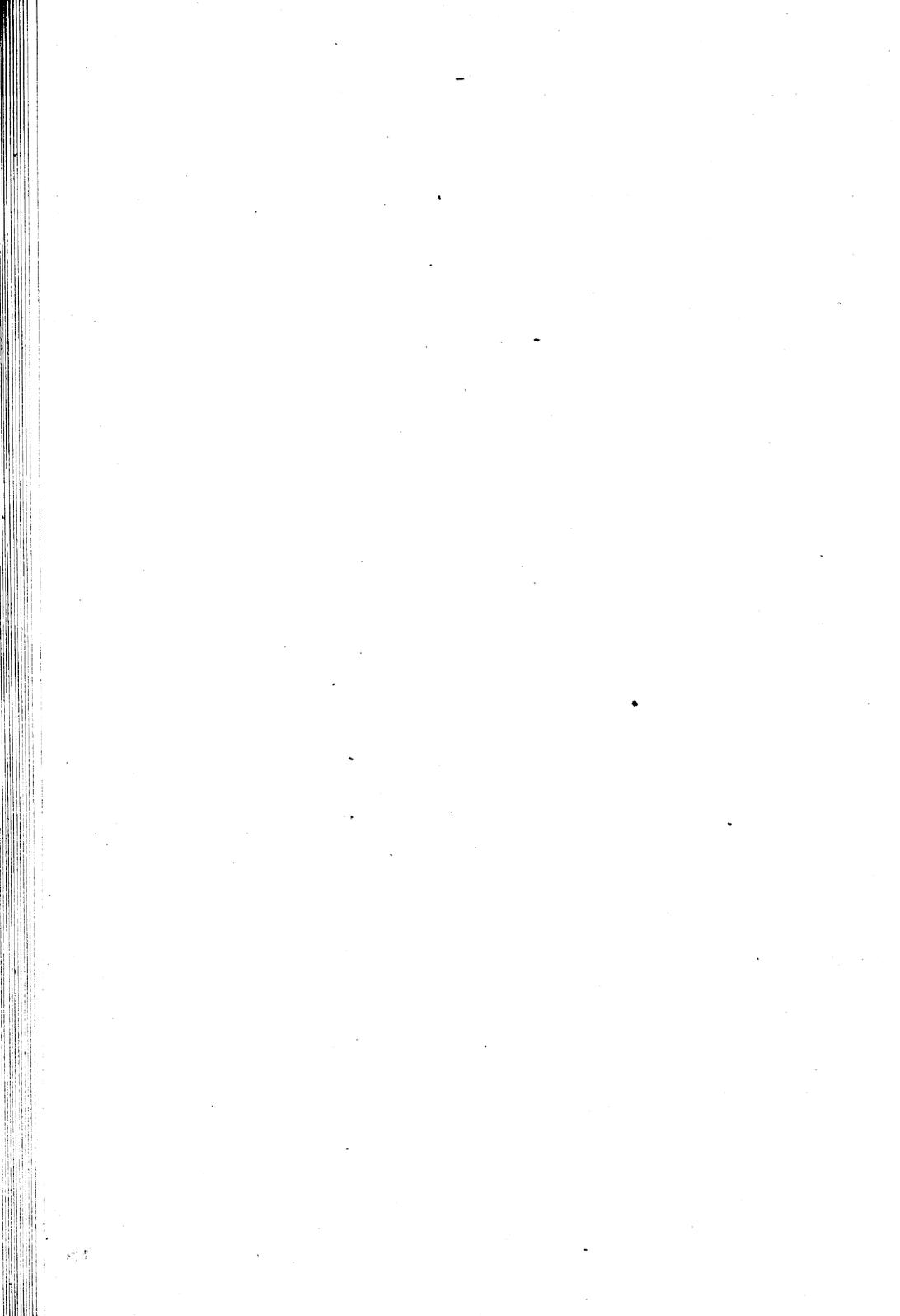
Con este trabajo que elevo a vuestra distinguida consideración, cumplo con el último deber que me impone la Facultad, para optar al título de Doctor en Medicina.

Iba a tratar tan solo, de tratamiento de las várices del miembro inferior, pero creo necesario decir algunas palabras antes, sobre la etiología y patogenia, por considerarlas de sumo interés.

Permitidme que al abandonar la Facultad deje constancia de mi más profundo agradecimiento, hacia aquellos profesores que supieron orientarme con sus sabias lecciones y templar mi espíritu con sus consejos.

La seguridad de mi cariño agradecido al doctor Alberto Roth, que me honra, acompañándome en este acto.

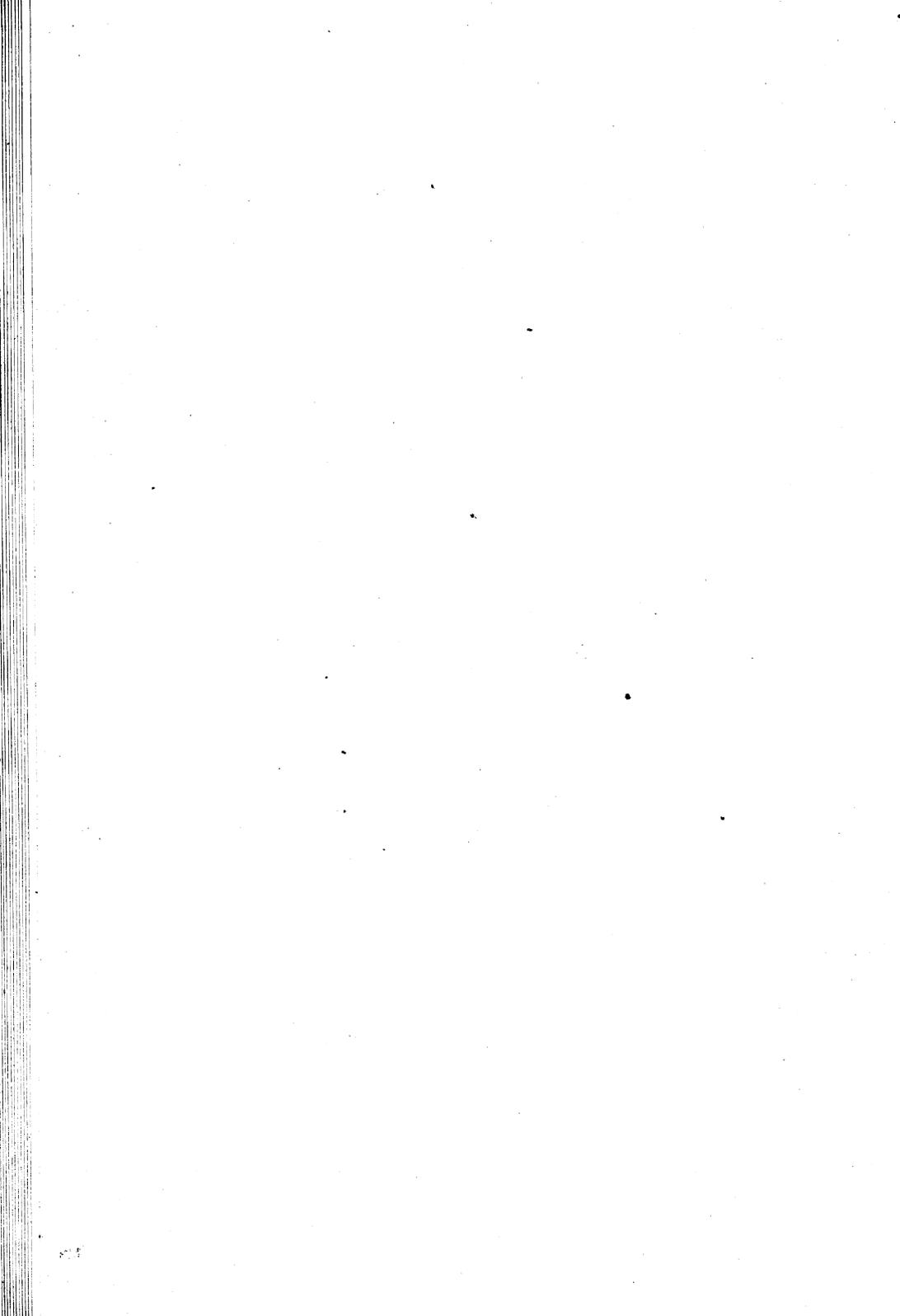
Al doctor Juan C. Lamón, la más sincera gratitud por su desinteresada ayuda.



DEFINICIÓN

Las várices están constituídas por una dilatación de las venas (flebectasia) permanente y acompañándose de una alteración patológica de las paredes del vaso sanguíneo.

Las venas de todas las regiones pueden ser atacadas de várices, pero ciertos territorios venosos son más predispuestos. Las várices genitales del cordón en el hombre constituyen el varicocele; las várices ano-rectales constituyen las hemorroides. Pero el término várices se aplica sólo a las localizadas en los miembros inferiores.



ETIOLOGÍA

Las várices son frecuentes en los adultos y en las personas de edad; raras en los niños. Una de las principales causas eficientes es la posición de pie prolongada con inmovilidad. La circulación venosa de los miembros inferiores está en esta posición, contrariada por la acción de la gravedad y además está privada de la ayuda de las contracciones musculares que en la marcha, comprimen las venas y las exprimen a cada movimiento. Por ésto las várices, relativamente raras en los grandes andarines, son por el contrario muy comunes en los lacayos, los tipógrafos, lavanderas, cocineros y en todos los individuos que por su oficio deben permanecer mucho tiempo de pie. En los fogoneeros, cocineros, vidrieros, etc., se admiten como causa coadyuvante, la acción del calor a que estos obreros se hallan expuestos.

Todo lo que entorpece la circulación venosa

de los miembros inferiores es una causa de várices, ligas, cinturones, corsets apretados, etc.

Los tumores pelvianos y abdominales, cualquiera que sea su naturaleza, ejercen una influencia considerable, y conducen rápidamente a la formación de las dilataciones venosas en cuanto adquieren gran volumen. El embarazo en particular ejerce un gran papel; durante el curso del mismo se observa a veces el desarrollo extraordinario de várices en los miembros inferiores y en la vulva.

Estas dilataciones no desaparecen sino en parte después del parto, y a cada embarazo la red venosa tiende a aumentar. Esta es una causa muy común en la mujer.

La flebitis y la trombosis que obstruyen los grandes troncos venosos ilíacos y crurales son igualmente un factor muy importante, particularmente en la mujer, a causa de la frecuencia de la flegmasia puerperal.

PATOGENIA

Las válvulas en las gruesas venas del miembro inferior. Houzé y Aulnoit, en su tesis de 1854, han estudiado el sitio y número de válvulas, y después las consecuencias fisiológicas de su disposición. En la femoral superficial el número de las válvulas es bastante variable ; sin embargo, Houzé le asigna tres. Una por debajo de la embocadura de la femoral profunda, siendo constante esta válvula. Otra en el canal de Hunter. En la vena poplítea hay dos. En las venas de la pierna son más numerosas. En las venas superficiales son mucho menos grande y más variables. En la safena interna se encuentra siempre la válvula ostial de dos valvas. La safena externa presenta siempre una válvula ostial. Las venas profundas no tienen válvula ostial, pero de una manera constante en el tronco, hay una válvula que la llama sub-confluente.

El primer par de válvulas de la femoral su-

perficial está colocado por debajo de la embocadura de la femoral profunda. Y en ésta el primer par de válvulas está colocado por debajo de un ramito muscular: es también una válvula sub-confluente. En la femoral se ven los pares valvulares constantemente dispuestos por debajo de la embocadura de una colateral, y es lo mismo en las venas más pequeñas. En las venas superficiales la distribución de las válvulas no es tan regular.

PATOGENIA DE LAS VARICES — *Rol de la insuficiencia valvular* — La insuficiencia valvular es la causa de las várices de la safena interna, dice Delbet. En estado normal, las válvulas de la safena interna y en particular la válvula ostial, son no solamente suficientes, sino muy poderosas. En los varicosos las válvulas son insuficientes; las constataciones anatómicas, fisiológicas y clínicas lo prueban. También cuando las venas no parecen dilatadas en el muslo, cuando no es clínicamente apreciable, cuando las várices son únicamente en la pierna, las válvulas son ya insuficientes ¿Cómo se podría interpretar este hecho? ¿La insuficiencia es el efecto o es la causa de las várices? Delbet piensa que es la causa. La insuficiencia valvular de la safena es primitiva y ella precede a la dilatación. Un hecho de observación corriente tiende a demos-

trarlo, y es que las várices comienzan por la pierna y no por el muslo. Si la dilatación fuera primitiva debería pasar lo contrario ; las primeras ectasias varicosas deberían aparecer sobre la safena misma.

En varios casos operados por Delbet ha comprobado, que las várices en su comienzo, ya van acompañadas de insuficiencia, y ésto no significa válvulas completamente atrofiadas ni ausentes. Y esta insuficiencia puede producirse no sólo por atrofia completa, sino también por la cortedad de las valvas, por rigidez, por inserción defectuosa.

Hay casos en que se encuentran válvulas insuficientes, y sin embargo, no hay dilatación ; esos casos son destinados a ser varicosos. En estos se muestra que la insuficiencia es el hecho primitivo. Nunca se ha encontrado una vena dilatada con válvula suficiente ; ésto debería demostrar que la dilatación no es el hecho primitivo.

La disposición de las válvulas persistente y suficiente regla la disposición de las várices.

Las venas que se encuentran en las mismas condiciones fisiológicas que la safena, se vuelven varicosas cuando sus válvulas son insuficientes..

Las recidivas después de resección incompleta de la safena, demuestran aún el rol de la insuficiencia valvular.

¿Cómo la insuficiencia valvular actúa para producir las várices ?

Delbet cree que es dudoso que por el aumento de presión se produzcan las várices, si bien es cierto que la presión que llega a 16 centímetros de Hg. en un esfuerzo moderado y llega a 26 cm. en un esfuerzo violento, las venas no son capaces de soportar presiones semejantes ; esta hipótesis vendría bien para las várices de las venas del muslo, pero esta presión no existe para las várices de la lengua, de los labios o del escroto. Fischer sostiene el origen inflamatorio de las várices.

Siendo la insuficiencia valvular la causa de las várices de la safena interna, ¿por qué la frecuencia relativa de várices unilaterales ?

La edad en que se empiezan a desarrollar las várices es frecuentemente de los 20 a los 30 años ; antes y después de estas edades son raras. Se puede admitir que una afección que se desarrolle en la edad de pleno vigor y también antes de la terminación del crecimiento, sean debida a una perturbación de la nutrición general.

También es probable que se trate de una debilidad congénita de las válvulas, y que las várices aparezcan a esa edad por el método de vida que el sujeto lleve a partir de esa edad, y así lo ex-

plica el rol de la profesión. Las cosas pasan igual como para las hernias congénitas.

Otro proceso puede intervenir en la producción de las várices, y es la atrofia progresiva de las válvulas.

En un niño las válvulas son muy numerosas. Dice Charpy : hay razón de pensar que al principio de su formación las venas son regularmente valvuladas como los vasos linfáticos y que desde los dedos del pie hasta el pliegue de la ingle una vena posee 120 válvulas.

Desde los primeros meses de la vida embrionaria la atrofia ataca un gran número de válvulas ; la mayoría han desaparecido al nacimiento y este fenómeno de regresión continúa durante toda la vida. La atrofia valvular es un hecho constante, pero muy variable, según los sujetos y también de un lado al otro.

La causa de esta atrofia valvular es desconocida, pero es incontestable, y Houzé de P'aulnoit ha señalado válvulas atrofiadas, delgados repliegues en creciente y también simples rodetes fibrosos sobre la pared venosa.

Es legítimo pensar que la exageración del proceso normal de atrofia valvular, pueda ser la causa de várices de la safena interna. Porque la insuficiencia valvular tiene en esta vena superficial, con-

secuencias que no pueden tener las otras, tal es la presión abdominal.

Por consiguiente, ausencia, debilidad congénita de las válvulas, exageración normal de la atrofia valvular, tales son las causas que traen con más frecuencia la insuficiencia valvular.

Es necesario hacer intervenir en la génesis de la insuficiencia valvular otros procesos: la inflamación y la esclerosis. Un cierto número de autores piensa que la insuficiencia valvular no es la causa primera, sino la consecuencia de las várices.

Así M. Jeannel admite que la insuficiencia valvular es la condición «sine qua non» del estado varicoso, y las várices no comienzan sino el día en que la flebo-esclerosis, irradiándose e inmovilizando las válvulas, ha determinado la insuficiencia.

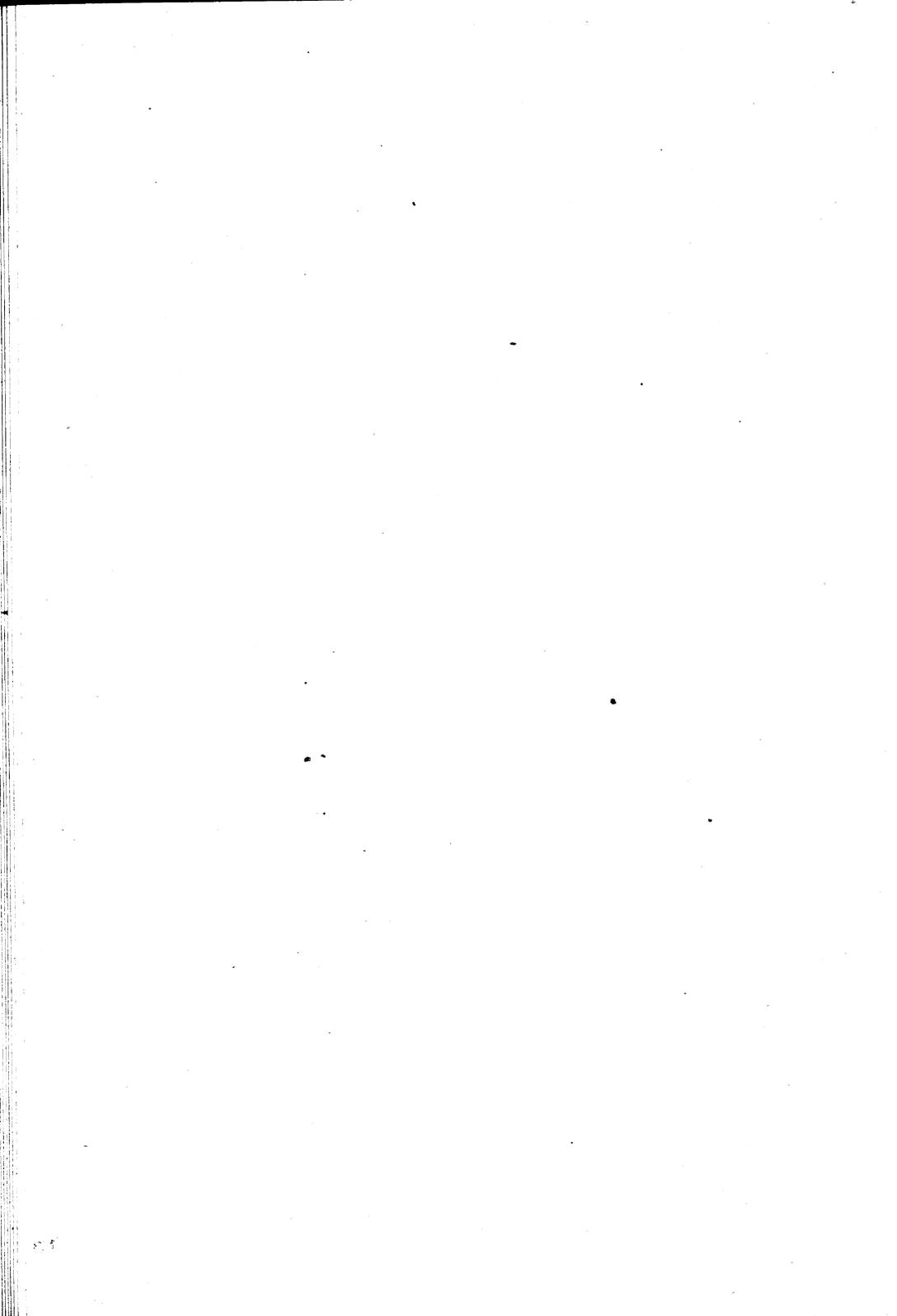
La pared venosa está enferma; mientras que las válvulas son indemnes y funcionan, hay flebitis y no hay várices; la vena aparece como un cordón duro a veces doloroso bajo el dedo que palpa; no es sinuosa ni dilatada.

Así la insuficiencia sería secundaria; los primeros fenómenos serían de orden inflamatorio; es la esclerosis que invadiría las válvulas dejándolas insuficientes. Que hay dilatación varicosa de origen flebítico, el hecho es cierto. Pero estas várices, dice

Delbet, no responden al tipo habitual de las várices de la safena interna.

Se ha hablado de flebo-esclerosis por analogía con la arterio-esclerosis, pero es difícil resolver con esta hipótesis los casos en que las várices son unilaterales, y por otra parte, la circunscripción de las várices a un pequeño número de venas y siempre al territorio de la safena interna. En la hora actual nadie niega el rol capital de los fenómenos mecánicos, y el rol de la insuficiencia valvular.

El estudio histológico de las venas, de la safena, nos muestra que la lesión primera y esencial es la hipertrofia de la capa muscular, que la esclerosis es secundaria y tardía, así como las lesiones de endoflebitis muestran bien que tal interpretación no podría ser aceptada.



TRATAMIENTO

Las várices de los miembros inferiores siendo esencialmente progresivas, hay necesidad de tratarlas, a pesar de que en algunos casos la compresión de las várices ha dado lugar a trastornos cardíacos que se suprimían con la decompresión de las venas, como el caso citado por Schwartz; se trataba de una asmática y cada vez que se hacía un vendaje en el miembro varicoso, sufría grandemente por palpitaciones, disnea, sofocación, etc.; todo pasaba si se sacaba el vendaje, posiblemente era una cardíaca; esa enferma murió después de hidrotórax.

Girod cita un caso de retención de orina en un hombre de veintisiete años, al cual se le aplicaba un vendaje compresivo sobre las várices; la retención cesa no bien se saca el vendaje.

Estos casos aislados y otros citados por Briquet, Dubois, Chaussier, etc., no pueden ser to-

mados en consideración contra el tratamiento de las várices de los miembros inferiores.

TRATAMIENTOS PALIATIVOS — Aquellos tratamientos que se dirigían a disminuir la tensión sanguínea, purgantes, sangrías, etc., hoy no tienen sino un valor histórico, ya que estos medios no modifican en nada la pared del vaso que está alterada.

La higiene del sujeto y la ortopedia son tratamientos paliativos. La influencia de la posición del sujeto ha sido observada por todos los cirujanos.

Schwartz dice : que el enfermo debe ser colocado en una posición tal que el curso de la sangre venosa no sufra ninguna influencia por el peso de la columna sanguínea que está por encima.

En la posición horizontal se ven disminuir enormemente el volumen de las várices y aún más si levantamos la pierna.

En todo caso la posición sola no es más que un ligero paliativo, un coadyuvante útil de otros medios curativos, pero que no puede ser empleado más que durante un tiempo bastante limitado. Es un medio temporario ; desde que el enfermo se levanta, sus várices reaparecen.

La compresión general que favoreciendo la circulación, prestando un punto de apoyo lateral a la

pared venosa, vacía las venas superficiales a expensas de las venas profundas, facilita la reabsorción de la serosidad derramada, provoca la resolución de la irritación cutánea y previene la ulceración.

La compresión como tratamiento remonta a la más alta antigüedad, y ya Hipócrates la había aconsejado, y después de él todos los cirujanos la han recomendado como el primer medio a poner en uso.

Consiste en envolver el miembro varicoso por un vendaje hecho de diferentes maneras, desde su extremidad hasta cierta altura, según el punto donde se detiene el estado varicoso; la aplicación de una media elástica da mejor resultado. Estos vendajes son colocados por la mañana y sacados a la noche, mientras el sujeto está acostado; tienen su inconveniente, porque esos vendajes se desarreglan durante el día, y si es la media elástica después de un tiempo más o menos corto se estiran y entences no llenan el fin que se desea; a más hay sujetos con lesiones poco apreciables en la piel o bien tienen úlceras y les es intolerable el llevar vendajes.

La compresión circunscripta inmediata preconizada por Delpech, quien hacía una incisión en la piel, aislaba la vena y la mantenía elevada, por medio de un trozo de yesca, fijado de cada lado de

la herida por bandeletas aglutinativas. La herida generalmente supuraba y provocaba la flebitis.

La compresión inmediata, dice Follin, tiene por fin detener el curso de la sangre y de provocar la obliteración de la vena por adhesión.

Colles, citado por Velpeau, dice haber curado várices de los miembros inferiores, aplicando un compresor en la embocadura de la safena interna en la femoral, empleaba un compresor análogo al que usaba Dupuytren para el pliegue de la ingle.

Sanson imagina un compresor más perfecto, especie de pinza terminada por dos placas ovalares que se aproximan o se separan una de otra por medio de un tornillo especial. Se ejercía la compresión sobre muchos puntos y su procedimiento conserva su nombre: «método de Sanson».

Más tarde Breschet y Landouzy modificaron un poco la instrumentación, pero el fondo del procedimiento era el mismo.

La dificultad de la aplicación del aparato era grande, porque el pliegue de la piel tiende siempre a deslizar y con ella las placas.

Estos medios tienen su relativa eficacia cuando el sujeto puede someterse a las reglas higiénicas, pero si es un obrero que tiene que trabajar parado o caminar mucho, ese tratamiento lejos de hacerle

bién, será de un efecto contraproducente, siéndole, por lo tanto, más nocivo que útil.

La reducción es un procedimiento también antiguo que consistía en una maniobra destinada a hacer circular la sangre que está estancada en las venas varicosas; es sobre todo cuando las várices están constituídas por venas muy dilatadas y muy flexuosas que este procedimiento encontraba indicación.

La punción, otro procedimiento antiguo, de interés histórico, que no tiene razón de ser actualmente, dado que tenemos procedimientos mucho más eficaces y menos peligrosos.

Cuando las várices estaban inflamadas tensas y dolorosas, amenazando romperse bajo la piel o con la piel, decía Nélaton, se hacía una punción en la vena o varias punciones, como lo hacía L. Petit; estas sangrías hacían cesar los accidentes.

El debridamiento derivado de una idea anatómica, fué preconizado por Herapath (de Bristol), que convencido que las venas sufrían un estrangulamiento al nivel de los orificios aponeuróticos, aconsejaba debridar el orificio por donde pasaba la safena interna al nivel de la fascia cribriformis y aquel que da paso a la misma vena en la región de la pantorrilla.

Verneuil hace igualmente intervenir la primera causa para explicar las várices profundas.

Herapath hacía una incisión suficiente vis a vis del orificio aponeurótico de la safena interna que era revelado por la prolongación de la vena. Se ponía a descubierto la vena y el anillo, el vaso era deprimido, el bisturí se deslizaba en el orificio y dividía el borde superior; la várice se desprendía inmediatamente y la herida se unía por dos puntos de sutura

Malgaigne opera una vez y hace un manual operatorio que recuerda al debridamiento herniario. Sin que ninguna vena fuese lesionada, trajo como consecuencia una flebitis adhesiva. Ahora se comprende todo el peligro de provocar una flebitis y tan cerca de la femoral que puede obliterarse.

TRATAMIENTO POR LAS INYECCIONES — Inspirados por los trabajos de Pravaz, sobre el tratamiento de los aneurismas por medio de agentes coagulantes, los cirujanos de Lyon, tuvieron la idea de inyectar percloruro de hierro en las venas varicosas. Con ese método se buscaba de producir una coagulación de la sangre y una inflamación de la pared venosa, en una palabra, la producción de una flebitis, tendiente a fraccionar la columna sanguínea venosa. Este método de inyecciones peri e intra-

venosas, preconizado por la escuela lionesa con Deltoides a la cabeza, es contrario a las operaciones sangrientas; fué él quien levantó el descrédito en que se hallaba ese método por una comunicación que hizo al Congreso de Lyon en el año 1894.

También se han hecho inyecciones peri-venosas tratando con éstas de provocar una inflamación sub-aguda seguida de retracción que se propaga hasta las várices. Broca aconsejaba inyecciones peri-venosas de alcohol diluído al 50 por 100.

La escuela de Lyon usaba el percloruro de hierro marcando 30° al areómetro de Beaumé límpido y sin precipitado al fondo del vaso encerrando la solución

Estas condiciones son esenciales para que se forme un percloro-ferrato de albúmina y hierro que pueda quedar sin peligro en la economía y sufrir un trabajo de resorción parcial. Si se encontrase al contrario peróxido de hierro en el líquido obraría en la vena como un cuerpo extraño capaz de determinar mecánicamente una inflamación, con supuración. Por otra parte, el percloruro debe ser inyectado en la sangre líquida y no en los coágulos fibrinosos, porque en este último caso se provoca la inflamación supurativa

Este tratamiento trae graves inconvenientes; así lo demuestra la estadística de Weinlechner sobre 32

enfermos tratados, 18 tienen gangrenas limitadas a la piel, a más produce coágulos sanguíneos que pueden dar origen a embolias.

Después se han hecho inyecciones con licor iodotánico, 15 gotas por inyección, pero los resultados, con este licor, son malos por la reacción local intensa y el dolor agudo que provoca la inyección.

Legendre en su tesis, sobre el tratamiento de las várices, recomienda la inyección, pero inyecta tan solo seis o siete gotas.

Negretti aconseja inyecciones intravenosas de cloral al medio, tercio y cuarto de gramo, en un gramo de agua pura, para obtener una flebitis adhesiva.

Scharff, inyecta una solución de sublimado al 1 por 3000; al principio inyecta 0.5 cm. y después llega hasta 2 y 5 cm.

Bottini hace en las várices congénitas del miembro inferior inyecciones de cloral al 50 por.100 y obtiene una mejoría considerable.

Wood, con el fosfato de hierro, ha tratado 14 enfermas, pero sólo la mejoría completa se presentó en 4 casos.

Quenú decía: todo método que tenga por objeto provocar una flebitis es un mal método.

Las inyecciones perivenosas han sido preconizadas, sobre todo por English y Marc Sée.

English, siguiendo el método de Schede, no obtiene sino resultados temporarios; la permeabilidad de las venas se restablece de ordinario; ensaya entonces inyecciones perivenosas de alcohol al 5 por 100. Observa un proceso inflamatorio bastante violento y puede ir hasta la supuración. Marc Sée aumenta la dosis de alcohol y hace inyecciones al 25 por 100 y dice haber obtenido buenos resultados

Además de alcohol se ha empleado la solución acuosa de cornezuelo de centeno y ergotina.

Schwartz cita un caso de una embarazada a la cual se le inyectó varias veces, por fuera de las venas del miembro inferior, una solución acuosa de cornezuelo de centeno.

Estas inyecciones son peligrosas, por el líquido que es muy inestable, por la técnica difícil y delicada, porque la inyección se hace a ciegas, sin saber si en la región hay comunicaciones más o menos extensas, con la profundidad, y porque esta coagulación artificial no se puede medir y puede provocar embolias.

Entonces Schiassi el año 1908 hace inyecciones intra-venosas de iodo en solución acuosa y no inyecta nunca en las venas ni una sola gota de tintura de iodo o alcohol o de otra substancia capaz de actuar directamente sobre la sangre con efecto

de coagulación. Inyecta : iodo metáico 1 grl., ioduro de potasio 1.10 gr., agua destilada 100 grs. Se convierte en ioduro de sodio, se puede inyectar hasta 50 y 60 cm.³ de esta solución. La técnica es así : Primero hace una incisión por encima del cóndilo interno y otra por debajo descubriendo la vena safena interna, entre pinzas secciona la vena y a la parte central la liga de una manera definitiva y en la parte distal introduce un pequeño tubito y hace una inyección de 20 cm.³ que sale por la otra incisión por debajo de la rodilla, después hace la ligadura definitiva.

En la extremidad inferior de la pierna hace otra pequeña incisión y descubre la vena y hace la misma operación que antes, es decir, hace la inyección de 20 cm.³ de la solución, de manera que salga por la otra extremidad de la vena en la parte inferior de la rodilla. Con ésto él consigue provocar la retracción y la oclusión por obliteración de la vena y sin dejar sangre coagulada que podría traer la supuración.

TRATAMIENTO QUIRURGICO — Los procedimientos quirúrgicos se han efectuado desde la más alta antigüedad, preocupados de encontrar un medio de curar radicalmente las várices, los habían ya preconizado muchas veces.

M. Charrade en su tesis, describe con detalles la operación que Plutarco efectuó sobre Marius.

Celso, también persuadido de que las várices eran producidas por un aflujo de sangre, muy considerable, en las venas, hacía una ligadura de la vena varicosa por encima de la rodilla.

Dionis, en 1714, nos da la descripción de un manual operatorio muy preciso, quien marcaba con tinta la piel, sobre la várice en una longitud de tres traveses de dedo; tomaba la piel con dos dedos por una parte, y un ayudante por otra, en el lugar marcado y haciendo tracción cortaba la piel; dejando después relajada la piel, hacía una diseción del vaso varicoso y después pasaba una aguja enhebrada de dos hilos; una por encima y otra por debajo de la várice, ligaba estos hilos a un través de dedo uno de otro, para tener la libertad de cortar con tijera la vena entre dos hilos o dejarla si lo creía conveniente.

Everard Home, dice Charrade, practicaba la ligadura a distancia, haciendo para los tumores varicosos el mismo razonamiento que para los aneurismas. Pensaba coagular la sangre, obliterando la vena a cierta distancia de los tumores; trataba de actuar especialmente sobre las úlceras varicosas que complican tan a menudo las várices. Su procedi-

miento determina numerosos accidentes que lo hicieron abandonar.

J. L. Petit aconseja la extirpación cuando hay un grueso paquete varicoso inflamado y doloroso, se hace una ligadura por encima y otra por debajo y se saca la vena con una porción de piel.

Este procedimiento ha sido seguido por muchos, pero después abandonado por ser muy doloroso y la inflamación grave, que sucedía a la operación.

Gracias al cloroformo el dolor ha sido eliminado; gracias a la antisepsia, la gravedad de los accidentes consecutivos es atenuada y también suprimida. A pesar de todo siempre han tenido los cirujanos sus sorpresas. Lisfranc, por ejemplo, pierde tres casos de infección purulenta (Charrade); Dupuytren teme enormemente la flebitis, y Vidal y Cassis no admiten que: «para una simple enfermedad se comprometa la vida del enfermo».

Pero estas complicaciones se han ido evitando con la antisepsia, cada vez más rigurosa.

Felipe Mari, haciendo la ligadura de la safena interna, asociada a la curación de Lister, obtiene excelentes resultados. Las ligaduras son hechas con catgut, después unía los labios de la incisión cutánea y las venas se transformaban en cordones duros.

Leiswinck, citado por Charrade, liga la safena en dos partes diferentes y en lugar de hacer la operación a cielo abierto, practica la *ligadura sub-cutánea* con catgut; al cabo de algunos días la misma operación fué hecha del lado opuesto, las venas se trombosaron, sin presentar ninguna reacción y el autor dice con resultados excelentes.

Medini relata un caso, en donde hizo, de un lado la ligadura simple con catgut y del otro lado, el simple aislamiento de la vena; los resultados fueron más rápidos con la ligadura.

En Alemania Schede (1877) hace la extirpación de várices voluminosas, con resultados buenos, pero no menciona los resultados lejanos, al punto de vista, de la recidiva, que es el punto más importante, según Schwartz.

Más tarde Madelung (1884) extirpa las várices sacando grandes extensiones de venas, liga por encima y por debajo sobre venas sanas, y si es necesario sobre el mismo miembro hace dos o tres extirpaciones sucesivas. No dice nada tampoco de recidivas.

Schwartz, en 1885, admite la utilidad de la intervención con un fin de mejoría y no de cura radical; proclama que la extirpación y la resección de las venas varicosas son los procedimientos menos

peligrosos y que su eficacia es real ; son, por lo tanto, procedimientos de elección.

Trendelenburg ha publicado sus primeros resultados el año 1890, trayendo a la memoria la antigua operación de Everard Home (1799).

Trendelenburg no practica la ligadura nada más que en los casos donde el tronco de la safena está invadido por la dilatación varicosa y cuando el examen revela una insuficiencia valvular completa.

Así que no todos los enfermos son adecuados para el tratamiento. Necesita que exista el fenómeno de Trendelenburg. Se procede así, dice Klapp, de Berlin : Se levanta el miembro inferior enfermo, poniéndolo en posición vertical, se expulsa la sangre de ella por medio de frotaciones dirigidas en sentido centrípeto, se comprime sólidamente el tronco de la safena con el dedo y sin interrumpir esta compresión, se hace que el enfermo se levante o deje colgar la extremidad. Si entonces el árbol constituido por la vena y sus ramas vuelve a llenarse, la ligadura no tiene razón de ser, mientras que si la vena safena permanece vacía, cabe esperar que la ligadura estará seguida de éxito.

Entonces el fin de la operación de Trendelenburg es remediar la insuficiencia valvular de la safena interna y es la primera que ha sido practicada con este fin.

Dice él que : el hecho de que las ramas varicosas de la safena a causa de la dilatación del tronco, no están separadas de la vena cava por ninguna clase de válvulas, es la causa de los sufrimientos y peligros ; entonces nació la idea de impedir por una operación : que cierre la safena, que impida el reflujo y descargue así las venas de la pierna y del pie de la presión anormal que ellas soportan.

Este resultado es obtenido por la doble o triple ligadura y la sección de la vena.

Trendelenburg preconiza entonces dos operaciones : La primera consiste en seccionar la vena safena interna entre dos ligaduras ; esta sección se hace a la altura del tercio inferior y los dos tercios superiores del muslo. La segunda intervención que se hace con el mismo objeto consiste en tres ligaduras sobre la safena interna, situadas, una por encima del cóndilo interno del femur, la otra por debajo 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.

Schwartz recomienda hacer cuatro ligaduras ; a más de las tres que hace Trendelenburg hace otra por debajo de la desembocadura de la safena.

Chalot aconseja después hacer una sola liga-

dura de la safena interna a tres traveses de dedo arriba del cóndilo interno del fémur, respetando la anastomosis de la safena externa con la safena interna del hueco poplíteo.

Ledderhose dice : que cuando la vena epigástrica o la vena pudenda externa, desembocan en la vena safena, o esta última es doble, es preciso ligar, igualmente, aquellas ramas afluentes, a las dos venas safenas respectivamente.

También se ha practicado en los casos graves, con resultados favorables, la extirpación de las venas varicosas en una extensión considerable, como lo hacía Madelung.

En Francia, Lucas Championiere liga la vena safena interna y casi en la misma época (1875) Rigaud de Nancy propone el procedimiento de *denudación y aislamiento*, que lo hacía así : En un primer tiempo, hace la incisión de la piel, cuatro centímetros, paralela a la vena. El vaso denudado es en seguida aislado y se pasa por debajo, un tubo de cauchout o un hilo. Así privada de sus medios de comunicación con los tejidos vecinos, la vena se deseca y muere.

Este tratamiento no da resultado, porque lesiona la túnica interna y provoca así la trombosis.

Chaumette empleaba la *ligadura percutánea*,

que la hacía, introduciendo bajo la vena, un hilo, que después ataba contra la piel.

Montaz de Grenoble emplea un procedimiento parecido, sólo que en vez de una ligadura hace varias con crin de Florencia, todo bien esterilizado, casi no necesita anestesia. Con estas ligaduras hechas a distancias muy aproximadas, se obtiene rápidamente la trombosis de la vena que al cabo de algunos días se transforma en un cordón delgado, constituido por tejido fibroso.

La *ligadura temporaria* difiere de la ligadura ordinaria, dice Nélaton, en que aquel no busca de seccionar la vena, sino a provocar una flebitis externa que propagándose al interior traería la adhesión de las paredes. Practicada por Freer, no deja el hilo más que cuatro horas; en cambio otros, entre ellos Wise, mantienen en su lugar el hilo hasta setenta horas. Esta operación está abandonada hoy día.

La *ligadura de la arteria femoral* practicada por Mauclaire en 1910, se le ocurrió hacerla, dice, observando en el museo de Dupuytren, las piezas de várices depositadas por Verneuil, se sorprendió de ver la enorme cantidad de sangre que contenía un miembro varicoso; por eso los varicosos se quejan de adormecimientos en las piernas y de una sensación enorme de peso, cuando tratan de ca-

minar. Es por estas razones que en un enfermo hizo la ligadura de la arteria femoral bajo la arcada crural. Tiene por fin disminuir la plétora sanguínea, pero no tuvo efecto sobre la evolución de la úlcera

Dice Delbet que las razones de Manclaire no son suficientes

Chevrier ha propuesto teóricamente la ligadura de la vena femoral por encima de la desembocadura de la safena, para poner al abrigo, de los golpes de presión abdominal, toda la circulación del miembro inferior.

La vía de retorno se establecería por las venas isquiáticas y las venas de la pared abdominal anterior. Esta operación no ha sido ejecutada.

Esta operación no es lógica, basándonos en la teoría de Delbet. La vena femoral misma, en los varicosos, posee válvulas suficientes; las venas profundas están, por consiguiente, al abrigo de los golpes de presión abdominal y para proteger la safena, no hay necesidad de suprimir la femoral.

Parona, obedeciendo a otras consideraciones, ha practicado la *ligadura de la vena poplítea*; para él, las várices profundas son el todo, las várices superficiales son secundarias a las várices profundas; es por consiguiente, a ellas que es necesario atacar y curar; ligando la vena poplítea se suprime la pre-

sión sanguínea en la red profunda de la pierna y, por consecuencia, en la red superficial.

Según Jeannel, esta operación ha sido practicada 26 veces por Parona, de los cuales cuatro han sido observados al cabo de 2 años en muy buen estado.

Acordándose como es impulsada la sangre de las venas profundas, en el momento de las contracciones musculares se ve que el método de Parona no haría más que agravar las várices.

Cecca y Katzenstein han realizado el uno el hundimiento sub-aponeurótico y el otro la inclusión intramuscular de las venas varicosas. Insisten sobre la acción coadyuvante de las contracciones musculares, sobre la circulación del miembro inferior y muestran que si la safena está predispuesta a la ectasia varicosa, es precisamente porque la musculatura no puede actuar sobre ella más que de un lado; sobre el otro lado hay una fascia, que acaba por ceder a la presión.

Cecca en 1908, descubre la vena por una gran incisión y corta la aponeurosis paralelamente a la vena y la desprende a derecha y a izquierda. Si encuentra una colateral, corta la aponeurosis paralelamente a esta colateral sin disecarla ni ligarla, después sutura la aponeurosis por encima de la vena y colaterales y después sutura la piel.

Katzenstein pone a descubierto por medio de una incisión apropiada de la piel, los tumores que los aísla con cuidado. Después de haber incindido la aponeurosis, divide por disección delicada con bisturí, el tejido muscular siguiendo la dirección de sus fibras, para alojar, en la brecha así formada, la vena dilatada ; el músculo es en seguida cerrado por medio de un surget continuo con catgut, dejando encerrada la vena ; después termina la operación suturando la aponeurosis y después la piel.

Este método parece bastante racional, pero no es más que un engaño, dice Delbet. No se sabe si la resistencia de la cicatriz aponeurótica es suficiente, la operación puede muy bien impedir que se dilaten las venas, pero no puede tener influencia sobre las modificaciones de presión que es lo más importante.

Robinson recomienda una operación que consiste en aislar el cayado de la safena de todas sus venas afluentes: La operación se hace bajo anestesia local ; descubrir las venas superficiales es fácil. Las venas pudendas profundas presentan un poco más de dificultad. Se carga cada una de las venas sobre una aguja roma, se liga y se secciona entre dos ligaduras, y se completa la operación, como lo ha preconizado Herapath, incindiendo el borde del repliegue de Allan Burns.

Monflet en su tesis de Paris (1910), relata 17 casos operados por el método de Robinson, con buenos resultados. Pero no dice nada de resultados alejados.

Esta operación no remedia en nada la insuficiencia de la safena interna, a menos que no traiga una trombosis del cayado.

Las incisiones circunferenciales actúan sobre las venas de una manera análoga. Estas operaciones se han hecho contra las úlceras varicosas y tienen por fin modificar las condiciones tróficas seccionando los nervios superficiales.

Moreschi en 1889, propone hacer incisiones circulares, interesando la piel y el plano sub-cutáneo hasta la aponeurosis y secciona venas y nervios superficiales; una incisión la hace a 5 o 6 cm. por encima de la úlcera y otra por debajo de los malleolos.

Mariani y Reclus han empleado varias veces esta operación, pero no hacen más que la incisión superior.

Después Rinfleisch ha publicado casos con buenos resultados, trazando incisiones que rodean varias veces la extremidad en dirección espiral y ligando todas las venas que pasan por estas incisiones.

Novaro da su preferente atención, a las venas comunicantes; entonces asocia la ligadura y la re-

sección de la safena, a la ligadura y resección de las venas comunicantes insuficientes ; necesita operaciones sucesivas.

Moro, que ha practicado muchas veces esta operación, dice que se observa raras veces la recidiva.

Las resecciones parciales habían sido preconizadas en Alemania por Madelung. Según Hesse las extirpaciones con el método de Madelung dan el 30 por 100 de recidiva.

La resección total de las venas varicosas como lo proponen Terrier y Alglave en 1906. Estimando que la causa esencial primordial es la pousée sanguínea profunda, hacen entonces la operación siguiente : Para la safena interna hace una incisión que comienza a un través de dedo, dentro del medio de la arcada crural y a tres traveses de dedo por debajo de ella ; con un trayecto ligeramente cóncavo hacia adelante, llega al borde posterior del cóndilo interno ; después sigue descendiendo en línea casi recta a lo largo del borde interno de la pierna y se termina un poco por encima del borde anterior del maleolo interno. Aísla, liga y secciona la vena al nivel del punto donde describe su cayado ; el tronco en seguida es liberado de arriba abajo, se ligan y seccionan las colaterales y perforantes y después sutura la piel. Para la safena externa hace una incisión vertical, comenzando un poco por en-

cima, del medio del pliegue poplíteo y termina un poco por encima del borde posterior del maleolo externo ; haciendo con las colaterales la misma operación que con la safena interna, después sutura la piel.

Cassatti describe un método para arrancar la vena después de movilizar el tronco principal por medio de la tracción y disección sub-cutánea.

Narath extirpa la safena entera, a través de una serie de pequeñas incisiones interrumpidas, que le permiten aislar la vena de los tejidos circundantes ; por tracción y otras maniobras sub-cutáneas. Las incisiones se practican a intervalos de 15 a 20 centímetros, aislando y exteriorizando la vena, por medio de pinzas hemostáticas, a través de cada una de las aberturas, pero sin seccionarla hasta haberla desprendido de todas sus tributaras en la totalidad de su extensión, en cuyo momento se extrae el tronco entero, desde la ingle hasta el tobillo, después de ligarlo al nivel de la incisión femoral. Estas incisiones no tienen más de 1 cm .de largo y se cierran con un solo punto de sutura. Keen lo ha practicado con éxito muchas veces.

El método de Narath ha sido considerablemente simplificado gracias al ingenioso instrumento de Mayo, el cual lo describe con el nombre de enucleador. Consiste este instrumento en un tallo de

acero de un cuarto de pulgada de diámetro, montado en un mango muy largo, pareciéndose el instrumento en conjunto a un raspador uterino, doblado en ángulo, junto a su punta. Con el mismo fin emplea también un par de largas pinzas, cuyas puntas una vez cerradas, forman también un arco o anillo.

La técnica actual de Mayo es la siguiente : se busca y se secciona la vena en el tercio superior del muslo. Se liga su extremo central y su extremo distal se hace pasar por el anillo formado por los extremos de las citadas pinzas o por el del instrumento en forma de larga sonda que dejamos descrito y se cierra el extremo de la vena. Por medio de un movimiento de perforación obtusa, suave, pero enérgico, se va tirando subcutáneamente de la vena enganchada en el anillo, hacia abajo y mientras un ayudante sostiene también tensos los tejidos, se empuja el anillo del enucleador o de las pinzas a lo largo del vaso, en una extensión de 6 a 8 pulgadas, desprendiendo por desgarro las ramas laterales ; en este momento se hace hacer relieve al anillo o a las ramas de las pinzas por debajo de la piel, se incide ésta inmediatamente por encima del relieve así formado y por esa herida se extrae el trozo de vena que obtusamente se ha disecado y que aparece como enhebrada en el anillo del instrumento.

Se saca la vena del instrumento y éste de la herida, se vuelve a enhebrar otra vez el extremo, nuevamente descubierto de la vena en el anillo, y se vuelve a empujar con el mismo, siempre sub-cutáneamente, hasta otro punto más bajo, en donde se practica una nueva incisión, y así sucesivamente. Las pequeñas ramas laterales de la vena, son desgarradas, y por regla general, poseen una contractilidad suficiente, para retraerse y cerrarse, por sí mismas, sin dar apenas sangre. Si se rompe el tronco venoso principal al practicar estas maniobras, se hace una incisión debajo de la rodilla y a través de ella, se descubre una nueva porción de vena, se secciona y engancha en el anillo y continúa la operación del mismo modo. Si se observan depósitos calcáreos en las paredes de la vena, entonces debe hacerse el método a resección abierta, maniobrando sub-cutáneamente solo a nivel de la rodilla.

Babcock sigue un procedimiento muy ingenioso, que consiste en extirpar todo el tronco de la vena safena por la vía sub-cutánea. Para ésto pone a descubierto esta vena, al nivel del agujero oval, la liga en la parte más alta de la incisión y pasa un asa de hilo, por debajo del vaso, en la parte baja. Después de ésto introduce en el cabo periférico una sonda de estaño larga y flexible que termina en uno y otro de sus extremos en un botón de di-

mensiones diferentes, de los cuales, el que se introduce en la vena, es el menor. Después de haber introducido esta sonda en la mayor extensión posible, va en busca de la vena guiándose en ella por el extremo de la sonda introducida, poniendo la pierna en dirección vertical, anuda la mencionada asa de hilo; sobre la sonda, secciona la vena entre las dos ligaduras, y atrae al exterior por la incisión inferior la vena junto con la sonda.

Klapp, en Berlin, ha practicado muchas veces esta operación, con buenos resultados, pero declara que no se puede decir nada sobre sus resultados definitivos.

Vaquí, en Rosario de Santa Fe, hace el método de extirpación de la vena *por inversión*, que consiste en extirpar la safena interna, mediante dos secciones operatorias, introduciendo en ella una bujía especial que invagina la vena, para extraerla arrancándola.

PROCEDIMIENTO QUE TIENE POR FIN DESTRUIR UNA PARTE DE LA VENA—*Cauterización*: Este método es muy antiguo, ya Celso habla de él e indica como se ha de proceder. A. Paré dice: «Otra manera de cortar la várice es aplicar un cauterio potencial que penetre y corte la vena, después se retira de arriba hacia abajo».

Dionis y más tarde Brodie lo usaron durante el período pre-antiséptico.

Bonnet emplea la potasa cáustica, por aplicaciones sucesivas, haciendo la aplicación en forma de cruz.

Langier hace una incisión en la piel, delante de la vena y después aplica el cáustico.

Antes de aplicar el cáustico, cualquiera que él sea, se afeita la piel y se hace marchar al enfermo para que se hinchen las várices. Se marca entonces con nitrato de plata, los puntos donde debe aplicarse el cáustico.

El principal lugar de elección en los miembros inferiores es debajo de la rodilla. Este procedimiento es muy doloroso; el operado está condenado a pasar en cama mucho tiempo, y después deja cicatrices muy desagradables. Dice Schwartz que trae también dolores vivos y persistentes y recidiva con suma frecuencia.

La sección simple, transversal a cielo abierto como lo hacía Brodie en 1816 y después de él Velpeau y más tarde Beclard, no les ha dado resultados muy halagüeños.

Brodie también hace después la sección subcutánea, modificado este procedimiento después por Jules Guerin, también con accidentes numerosos.

Muy bien lo dice Nélaton, que la sección trans-

versal no llena su fin, porque la obliteración es más o menos momentánea, la linfa plástica se reabsorbe así como la sangre coagulada de los vasos; es un fenómeno muy común que el retorno de la circulación venosa se haga por sus antiguas vías.

La *acupuntura* que Franck de Montpellier ensayara por primera vez, lo hacía pasando una aguja por debajo de la vena, atravesaba los tegumentos, paralelamente al vaso y envolvía un hilo bien apretado como en una sutura. La aguja la dejaba 10 a 15 días y en esta época se constataba una ligera induración de 2 a 3 centímetros de extensión. Los tegumentos eran respetados, nunca se producía escara.

Este procedimiento más o menos modificado por Velpeau ha sido a menudo aplicado por Roux y por Jobert, dándoles éxitos. Pero las recidivas son frecuentes y a menudo rápidas.

La *gálvano-puntura* también ha sido usada, pero después abandonada por ser un procedimiento largo, doloroso y de una aplicación muy dudosa.

Tratamiento por anastomosis—Coenen, de Berlín, el año 1911, ha practicado en un caso de várices grave, con úlcera rebelde, la *anastomosis del cabo central de la arteria femoral* con el cabo periférico de la safena seccionada, el resultado fué

desfavorable, gran edema del miembro inferior, lo que obligó a ligar después la arteria femoral. En otro enfermo hizo la anastomosis de la safena interna con la vena tibial posterior con resultado mejor.

Tratamiento de Delbet — La condición esencial que debe llenar toda intervención, dirigida contra las várices de la safena interna de la supresión total del reflujo de arriba hacia abajo. Esta condición no es siempre realizada por la ligadura de la safena, porque la permeabilidad de la vena puede restablecerse cuando se hace una ligadura simple y porque el reflujo puede producirse por vías colaterales que se han vuelto insuficientes y sometido a las mismas condiciones fisiológicas que la safena misma.

Es de absoluta necesidad suprimir no solamente la parte superior de la safena, sino también las venas colaterales que terminan con ella en la femoral.

Semejante operación sería excelente si existiese en el muslo anastomosis entre el sistema venoso superficial y el sistema venoso profundo, así se impediría la transmisión de los grandes golpes de presión que vienen de la cavidad abdominal y las anas-

tomosis permitirían a la safena de vaciar su contenido en el sistema venoso profundo.

Estas anastomosis directas entre la safena y la femoral son excepcionales ; se encuentran con frecuencia anastomosis indirectas ; la safena recibe algunas ramas venidas del músculo sartorio, y en la vecindad del músculo y también en su espesor, estas ramas se anastomosan con otras que van a la femoral.

Entonces Delbet pensó que se obtendría un buen resultado si se permitiese a la vena vaciarse en otra para ponerse al abrigo de las variaciones de la presión abdominal ; no podía rehacer las válvulas forzadas de la safena, pero se puede abocar en una vena cuyas válvulas están sanas ; esta vena es la femoral. La femoral posee normalmente 3 pares de válvulas suficientes ; es necesario saber lo que valen estas válvulas, en un varicoso, dice Delbet.

En la mayoría de los sujetos no varicosos esta válvula falta y en los varicosos que presentan el fenómeno de Trendelenburg y la impulsión en la safena es ciertamente insuficiente.

Es necesario determinar el punto de elección de la anastomosis entre la safena y la femoral ; este punto es en el tercio medio de la femoral, que es necesario abocar la safena y resulta que el punto óptimo descubierto por Delbet y Mocquot está

situado a dos centímetros por debajo del medio del espacio comprendido entre el ligamento de Falopio y el tubérculo del gran adductor, haciendo en este punto se está seguro, que por encima hay un buen par de válvulas, el que está colocado por abajo de la desembocadura de la femoral profunda, a menudo hay dos y a veces tres pares.

Según Hesse y Schaack, el primer par de válvulas de la femoral superficial se encuentra a 3, 5 y 8 cm. por debajo de la desembocadura de la safena, entonces dicen que el lugar de elección para la anastomosis es a 10 cm. por debajo de la desembocadura de la safena.

¿Qué se puede esperar de esta operación? Si se restablecen las condiciones mecánicas de la circulación en la safena, tal como es en estado normal, se suprimen no solamente los accidentes de las várices, sino también las várices mismas. Es claro que las venas calcificadas; llenas de flebolitos, no se retraen más, pero las venas varicosas guardan largo tiempo su contractilidad. La clínica lo demuestra, la histología lo confirma.

Pero la operación no puede restablecer en la safena las condiciones mecánicas de la circulación tal cual como en estado normal, porque normalmente las venas superficiales, la safena en particular, están al abrigo del aumento de presión que

viene de las venas profundas por su válvula ostial : esta válvula ostial impide todo reflujo de la femoral, es forzosamente menor que en la safena, pero desde que la presión en la femoral se eleva, la válvula se cierra de tal manera, que en la safena la presión no es más reglada que por la vis a tergo.

Al contrario después de la embocadura quirúrgica, la safena desprovista de su válvula ostial, es sometida al régimen de las venas profundas. Ella está al abrigo de los grandes golpes de presión que vienen del tórax y del abdomen ; después de la embocadura ya debajo de válvulas eficaces, pero como ella está desprovista de válvulas, la presión en su interior se vuelve igual al de las venas profundas.

Después de estas consideraciones de Delbet, pasaré a describir la operación :

Antes de hacer la incisión, se puede marcar la vena, con nitrato de plata, estando el sujeto parado. Esta marca queda visible después de pasarle el iodo para hacer la asepsia. Se hace la incisión en el medio del muslo sobre la vena, de tal manera que el medio de la incisión corresponda al punto donde se va hacer la anastomosis.

Una vez descubierta la safena se disecciona cuidadosamente y las colaterales se ligan ; después se abre la vaina del sartorio. En general es más cómodo reclinar este músculo, con un separador, ha-

cia adelante y hacia afuera ; estamos delante de los vasos femorales, se incinde la vaina de los vasos y se descubre la vena femoral ; se disecciona cuidadosamente y se ligan las colaterales que se encuentren.

La hemostasia se hace sobre la vena femoral, mientras que a la safena se liga de una manera definitiva la parte central, y se coloca una pinza Crile sobre el cabo periférico.

A 3 o 4 cm. por encima y por debajo del lugar elegido, para la anastomosis, la vena femoral es desnuda, sobre todo su contorno, en cada uno de estos puntos, se coloca una pinza Crile. Después se corta la safena muy oblicuamente en pico de flauta a expensas de su lado póstero-externo. Esta sección oblicua da un orificio más ancho y se adapta mejor sobre el flanco de la vena femoral.

La incisión de la vena femoral se hace sobre el lado interno de la vena ; con bisturí se hace primero una punción de la vena ; una vez la sangre evacuada, se lava con suero y es bueno irrigar con una cánula de pequeño orificio y bajo débil presión para arrastrar los pequeños coágulos ; después se prolonga la incisión con tijeras finas de manera a hacer una incisión vertical y proporcional al calibre de la safena en estado de distensión media. Su longitud es en general de 12 milímetros.

La anastomosis la hace término-lateral, con

puntos perforantes, pues no puede hacer de otra manera y a más no hay peligro, siempre que sean asépticos.

La pared de la safena es aún bastante gruesa ; en cambio la pared de la vena femoral es tan delgada que no se puede hacer más que puntos perforantes.

Es necesario colocar puntos de sostén para facilitar la sutura. Delbet coloca 4 puntos de sostén ; una vez que estos puntos están anudados, se suturan los espacios intermediarios por un surget simple.

Después del surget, viene la resección del cabo superior de la safena. Se prolonga la incisión hacia arriba, siguiendo la dirección de la safena, y ésta es rápidamente disecada hasta la parte superior ; es necesario tener cuidado de ir hasta la embocadura ; la safena es denudada y se liga a ras de la vena femoral ; hay que ligar y cortar las colaterales, en particular las que llegan a nivel del cayado.

Hesse y Schaack han adoptado una técnica parecida a la gastró-enterostomía, para evitar la permeabilidad de la sangre.

Edward Castle el año 1911 propone hacer la anastomosis de la safena, a una colateral de la vena femoral bastante voluminosa que encontraría en la parte inferior del triángulo de Scarpa. Esta rama

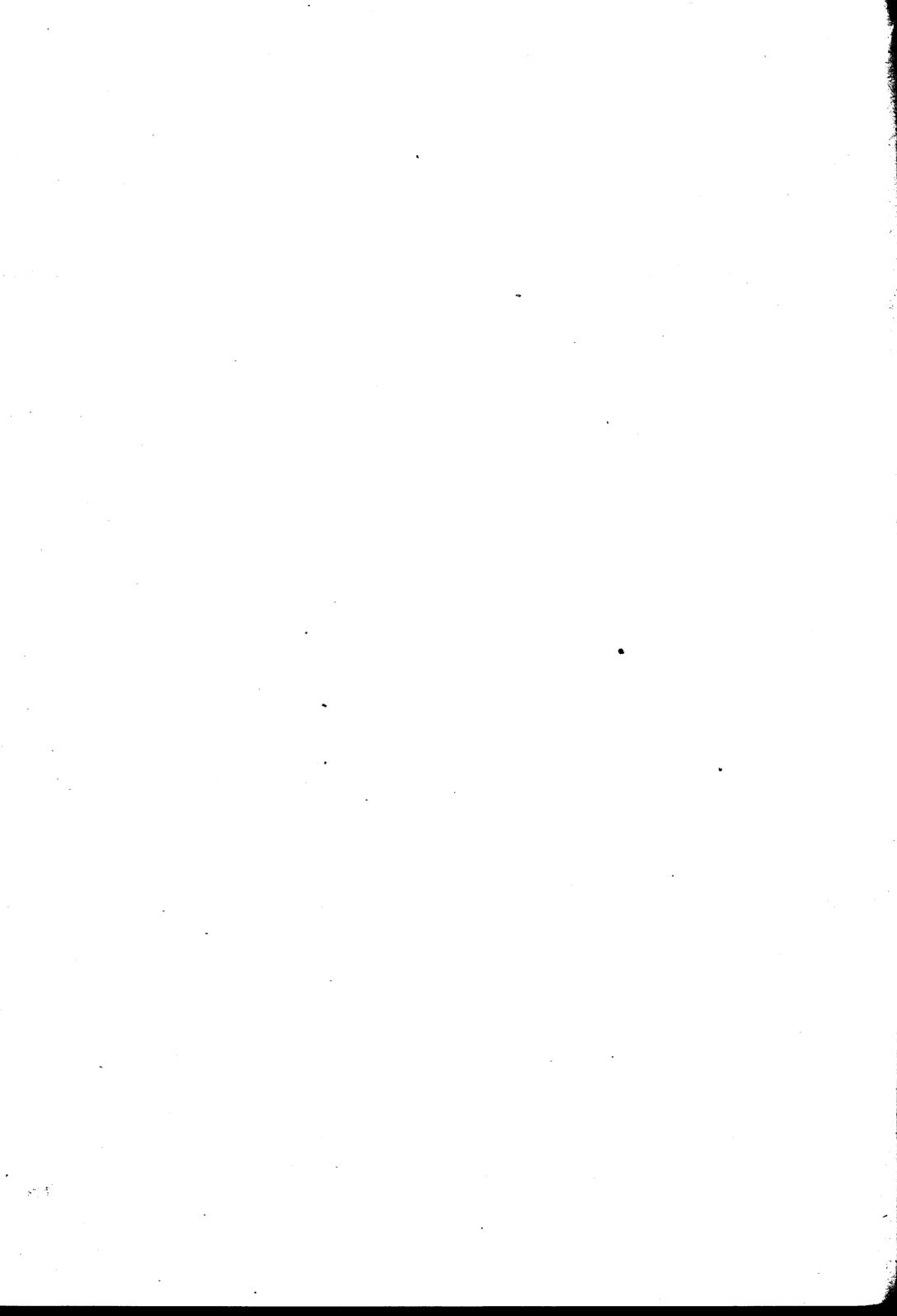
es ligada a dos traveses de dedo de la vena femoral, y una pinza de Langenbeck es colocada sobre el cabo central, la vena es seccionada y anastomosada, cabo a cabo, con la extremidad de la safena, según la técnica indicada por Jensen y después por Carrel con 3 puntos de apoyo.

La idea de Castle es muy seductora, pero hay la dificultad de encontrar esa colateral y después queda por saber si más arriba hay una válvula suficiente que es el punto capital; porque si no existe una válvula para poner a la safena al abrigo de la presión abdominal, el resultado de la operación sería nulo.

Los resultados son buenos, de los 30 casos operados, ninguno ha tenido accidentes, todos han curado rápidamente.

Hesse y Schaack presentan 23 casos, de los cuales uno murió a los 25 días de operado por infección general.

Maury y Duboucher publican un caso en la Presse Médical del año 1914, con excelente resultado después de 6 meses, el excema ha curado completamente, los dolores en la pierna han desaparecido, aunque existen algunas várices todavía. El enfermo satisfecho del resultado de la operación, pide que le hagan lo mismo en la otra pierna.



INDICACIONES OPERATORIAS

¿Cuándo se debe operar un varicoso? Es necesario desde luego basarse sobre el principio de que la operación da mejores resultados, cuanto más precoz se hace la intervención.

Cuando se operan enfermos, cuyas várices son aún poco voluminosas, cuya piel es sana, cuyo tejido celular está intacto, se puede afirmar un resultado durable y también definitivo.

Ahora cuando hay flebitis, rupturas, úlceras, sobre todo que rápidamente se complican de lesiones de las arterias y nervios, dan origen a recidivas.

Las várices que vienen acompañadas de complicaciones hay que diferenciarlas de las otras benignas, sin dolor y sin perturbación funcional.

Algunos enfermos piden ser operados por razones de estética; otros piden la intervención por-

que en tal o cual empleo no los admiten con várices.

La indicación operatoria es evidente en las várices con perturbaciones funcionales, dolores, hormigueos, calambres, etc. La indicación es más formal aún, cuando las complicaciones se han producido. La úlcera sobre todo que frecuentemente va acompañada de flebitis.

La flebitis varicosa, constituye para el cirujano una indicación operatoria presionante, en razón del peligro de las embolias, la cual es tan fácil detener por una ligadura, colocada en la parte superior de la safena, esta intervención, no es legítima sino cuando la flebitis está en el período inicial. La indicación operatoria no persiste cuando el coágulo adherente está constituido.

Las contraindicaciones operatorias nacen sea del estado general del enfermo, sea del estado del miembro varicoso.

CONCLUSIONES

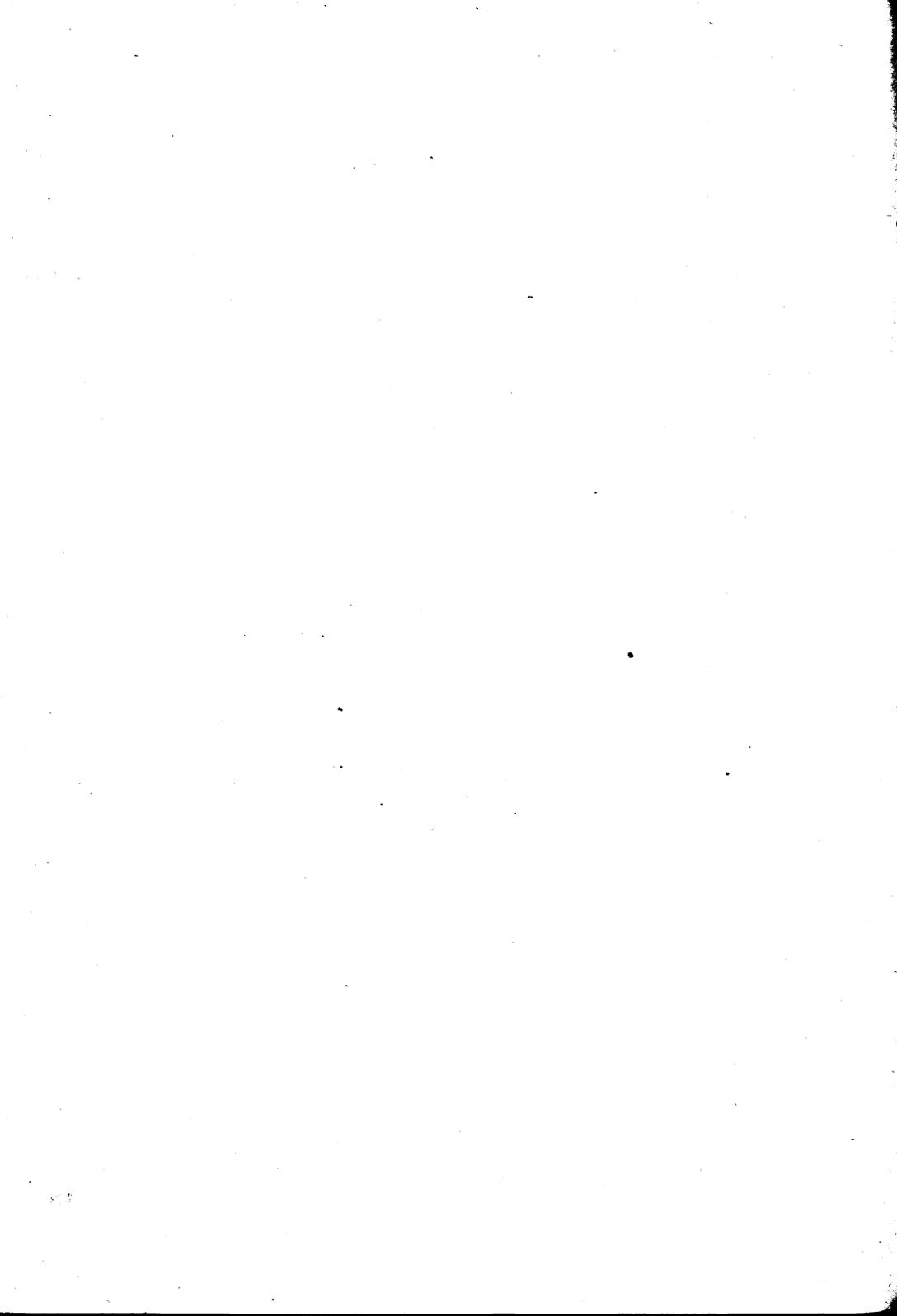
1°—Las várices no se modifican por el tratamiento médico.

2°—Las várices siendo esencialmente progresivas, pasan a ser del dominio de la cirugía.

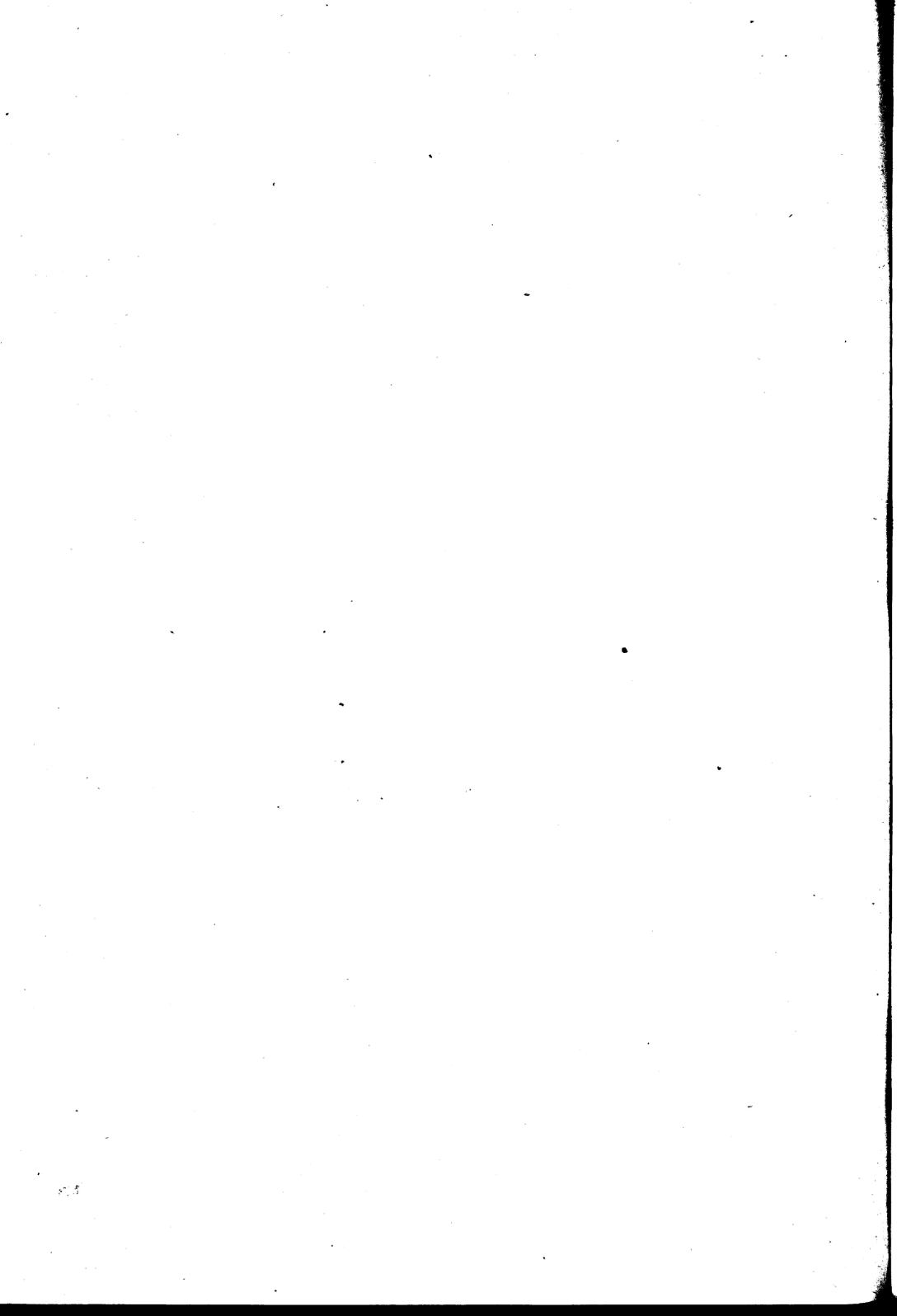
3°—Hoy por hoy no hay una operación radical para las várices.

4°—Que el tratamiento debe ser precoz para asegurar el mejor resultado.

5°—Que el tratamiento mejor, es el más simple, que consiste en la ligadura de la safena, con extirpación parcial de los paquetes varicosos.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Miguel Sussini. — Sala III. — Cama 11. — Julio 4 de 1916.

I. M., 47 años, español, casado, profesión corredor de comercio.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Viruela a los 7 años. Hemorragia a los 18 años; afirma haber sido alcoholista, vicio que hoy no tiene.

Enfermedad actual — En el año 1896 nota una pequeña úlcera en su pierna derecha, lado interno, que con tratamiento médico obtiene mejoría. En 1900 nota por vez primera la presencia de várices en el lado interno de su muslo y pierna. Moderando su trabajo que lo obliga a estar mucho de pie, y usando al mismo tiempo media elástica mejora de sus várices. Poco tiempo después tiene una nue-

va úlcera, que no cede a ningún tratamiento y está tan molesto, que resuelve ingresar a este servicio.

Estado actual — Presenta en la región ántero-externa de su pierna derecha y en su tercio medio, una úlcera de 10 cm. de largo por 3 cm. de ancho, que a los pocos días con antisepsia y reposo mejora notablemente. Sus várices muy marcadas en la pierna y muslo derecho. Fenómeno de Trendelenburg positivo.

Operación — Se sutura la safena interna en su cayado, se extirpan parcialmente los paquetes varicosos. Sale de alta en agosto 10 de 1916, completamente curado.

OBSERVACION II

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Miguel Sussini. — Sala III. — Cama 12. — Enero 15 de 1916.

E. H., 24 años, ruso, soltero, profesión peón.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sarampión en la infancia y blenorragia a los 20 años, que curó bien.

Enfermedad actual — Desde hace 1 mes, aproximadamente, el enfermo viene notando dolores en los miembros inferiores, especialmente del lado derecho, al mismo tiempo nota, que la marcha se hace dificultosa, que se le edematizan los pies; a la inspección se nota un trayecto varicoso en ambas piernas.

Estado actual — Las venas superficiales están muy desarrolladas; las safenas internas y sus

ramas hacen relieve muy marcado bajo la piel, hay insuficiencia de las válvulas de la pierna derecha y también de la izquierda; los paquetes varicosos han sufrido un proceso de flebitis, están adheridos a la piel, que es violácea a ese nivel.

Primera operación, lado izquierdo. Extirpación completa de todo el trayecto de la safena interna hasta tres traveses de dedo por encima del maleolo interno. Curación por primera.

Diez días después se hizo la segunda operación, lado derecho. Ligadura de la safena en su desembocadura en la femoral y extirpación de la misma de tres a cuatro centímetros; por encima del cóndilo se extirpa un paquete varicoso, en una extensión de 8 a 10 cm.; se extirpan por fin los paquetes varicosos de la pierna por medio de dos incisiones, una que sigue el trayecto principal de la vena y la otra por dentro para extirpar el trayecto de la colateral. Curación por primera. El enfermo sale de alta el 10 de febrero en muy buen estado.

OBSERVACION III

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Miguel Sussini. — Sala III. — Cama 9. — Septiembre 20 de 1916.

E. B., 45 años, argentino, soltero, profesión portero.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — No recuerda haber tenido nunca ninguna enfermedad.

Enfermedad actual — Desde hace muchos años, viene notando la presencia de várices en ambas piernas, hace seis años se le ulceraron y como luego cicatrizaron no les dió mayor importancia. En el año 1915, volvieron a ulcerarse las várices, ingresando a un hospital municipal, donde permaneció tres meses, sin obtener mejoría; siguió así hasta la fecha, donde decide entrar a este servicio.

Estado actual — Las dos piernas tienen una coloración violeta oscura, con una red venosa superficial, bien manifiesta. En el muslo no se nota la vena safena interna. No hay fenómeno de Trendelenburg. Sobre el maleolo interno de la pierna derecha se constata una ulceración de bordes casi regulares que ocupa casi toda la extensión del maleolo.

Operación (septiembre 28) — Se hace una incisión espiral alrededor de la pierna que comienza sobre el borde externo del pie y se extiende hasta el hueso poplíteo. La incisión alcanza hasta la aponeurosis, se ligan todas las venas que aparecen en la herida. Se extirpa la úlcera y se sutura la piel. El enfermo pidió el alta el 1º de noviembre, quedándole todavía una pequeña úlcera en vías de cicatrización. Las heridas perfectamente cicatrizadas.

OBSERVACION IV

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Miguel Sussini. — Sala III. — Cama 22. — Enero 25 de 1917.

B. C., 64 años, italiano, casado, profesión cocinero.

Antecedentes hereditarios y personales — Sin importancia.

Enfermedad actual — Desde hace 10 años el enfermo presenta dilataciones venosas en la pierna izquierda, especialmente en el lado interno. Ha tenido ulceraciones en la misma pierna consecutivas a sus várices, estando hoy cicatrizadas.

Estado actual — El enfermo presenta un gran paquete varicoso en el tercio superior de la pierna, cara interna, y otro paquete no tan grande en el tercio inferior, donde se notan las cicatrizaciones

de las úlceras anteriores ; hay fenómeno de Trendelenburg.

Operación — Ligadura de la safena en el cayado y extirpación de los paquetes varicosos en la pierna. El enfermo es dado de alta el 15 de febrero.

ROBERTO R. DIAZ.



Buenos Aires, Abril 30 de 1917

Nómbrese al señor Académico doctor Diógenes Decoud, al profesor titular doctor Leandro Valle y al profesor suplente doctor Adolfo F. Landivar, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario.

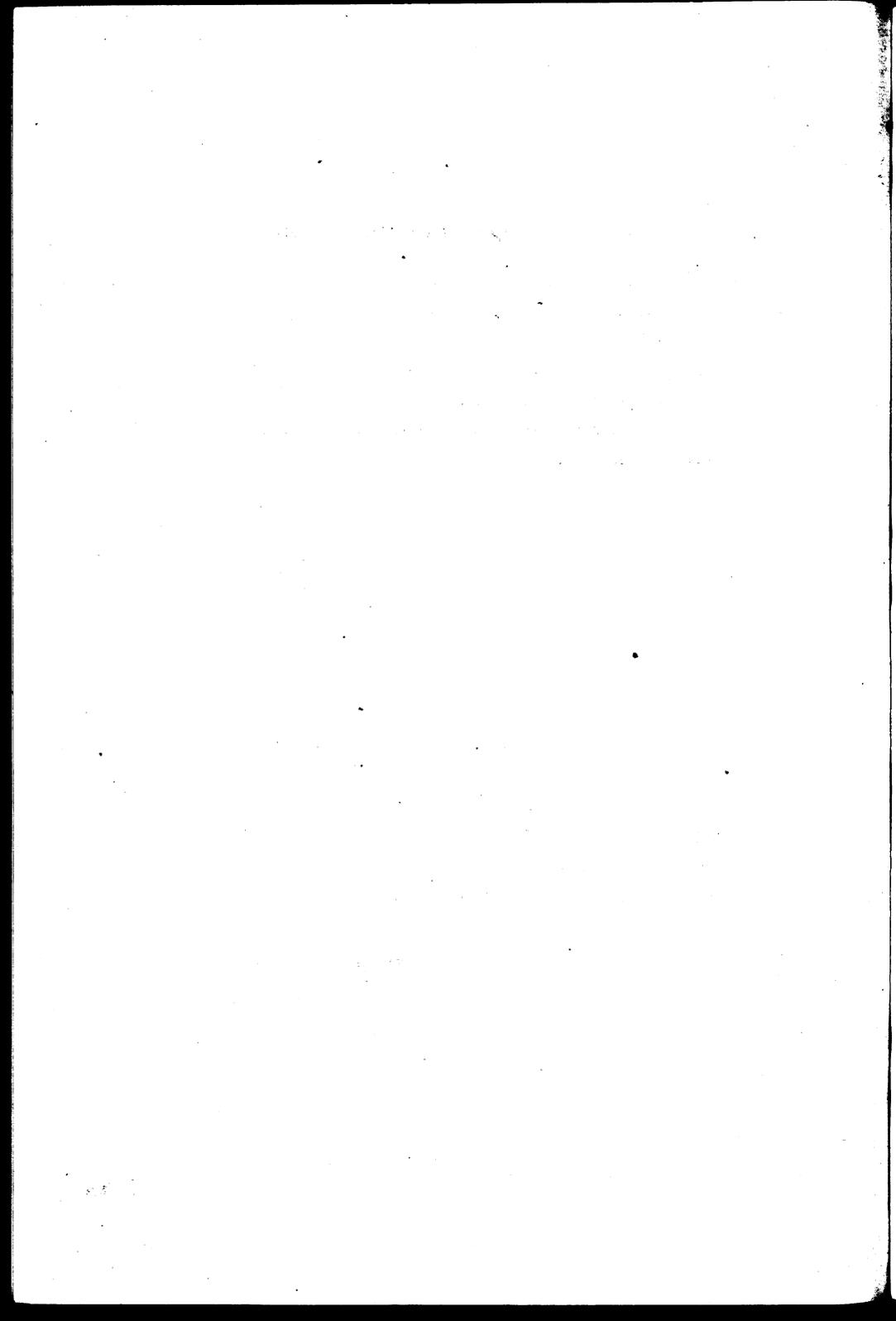
Buenos Aires, Mayo 14 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3273 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Evolución de las válvulas venosas según la edad.

Decoud.

II .

Complicaciones posibles de la extirpación.

Leandro Valle.

III

Flebitis varicosa. Formas clínicas y su tratamiento.

A. F. Landivar.

30398

