



MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Facultad de Ciencias Médicas

TROMBOFLEBITIS DE LOS MIEMBROS INFERIORES.-

----1110111----

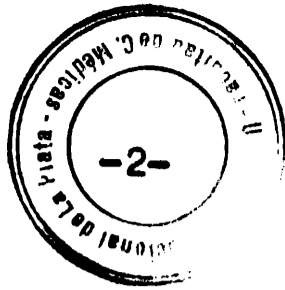
PADRINO DE TESIS:

Prof.Dr. INOCENCIO F. CANESTRI.-

TESIS DE DOCTORADO DE:

Luis J.J. AMBROSELLI.-

- AÑO 1949 -



AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA:

RECTOR:

Dr. JULIO M. LAFFITTE.-

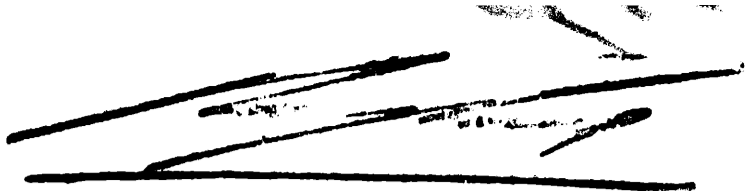
VICE-RECTOR:

Ing. HECTOR CEPPI.-

SECRETARIO GENERAL:

Dr. JOSE ARMANDO SECO VILLALBA.-

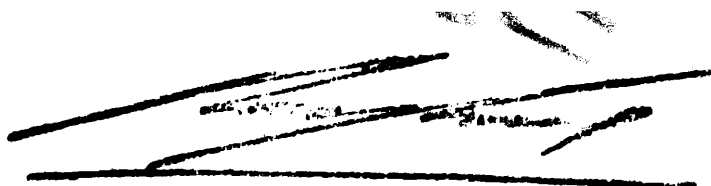
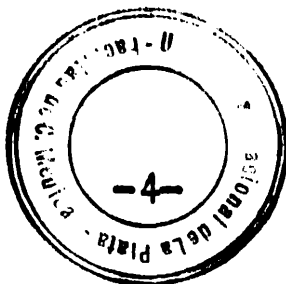
-----oooo0oooo-----



CONSEJO - UNIVERSITARIO

- Prof. Dr. JUAN F. MUÑOZ DRAKE.-
- Prof. Dr. EUGENIO MORDEGLIA.-
- Prof. Dr. ROBERTO CRESPI GHERZI.-
- Prof. Ing. MARTIN SOLARI.-
- Prof. Dr. JULIO H. LYONNET.-
- Prof. Dr. HERNAN D. GONZALEZ.-
- Prof. Ing. CESAR FERRI.-
- Prof. Ing. JOSE M. CASTIGLIONE.-
- Prof. Dr. GUIDO PACELLA.-
- Prof. Dr. OSVALDO A. ECKELL.-
- Prof. Ing. HECTOR CEPPI.-
- Prof. Ing. ARTURO M. GUZMAN.-
- Prof. Dr. ROBERTO H. MARFANY.-
- Prof. ARTURO CAMBOURS OCAMPO.-
- Prof. Dr. EMILIO J. MAC DONAGH.-
- Cap. de Fragata (R) GUILLERMO O. WALLBRECHER.-

-----oOoOoOoOoOoO-----



AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano:

Prof.Dr. JULIO H. LYONNET.-

Vice-Decano:

Prof.Dr. HERNAN D. GONZALEZ.-

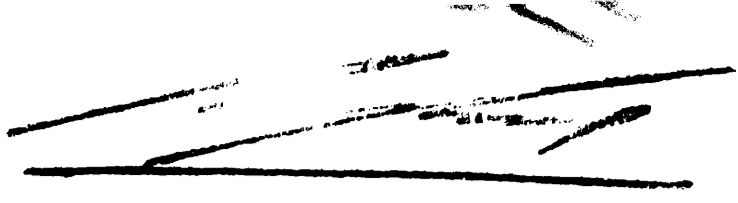
Secretario:

Dr. HECTOR J. BASSO.-

Pro-Secretario:

D. RAFAEL G. ROSA.-

-----oOoOoOoOoOoOoOo-----



CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSEJEROS TITULARES:

- Prof. Tit. Dr. DIEGO M. ARGUELLO.-
- Prof. Tit. Dr. INOCENCIO F. CANESTRI.-
- Prof. Tit. Dr. ROBERTO GANDOLFO HERRERA.-
- Prof. Tit. Dr. HERNAN D. GONZALEZ.-
- Prof. Tit. Dr. LUIS IRIGOYEN.-
- Prof. Tit. Dr. ROMULO R. LAMBRE.-
- Prof. Adj. Dr. VICTOR A. E. BACH.-
- Prof. Adj. Dr. JOSE F. MORANO BRANDI.-
- Prof. Adj. Dr. ENRIQUE A. VOTTA.-
- Prof. Adj. Dr. HERMINIO L. ZATTI.-

-----oOoOoOoOoOoO-----



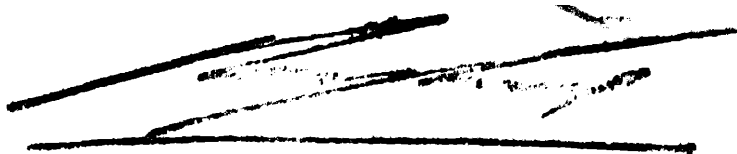
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS:

- Dr. AMEGHINO Arturo.-
Dr. ROPHILE Francisco.-
Dr. GRECO Nicolás V.-
Dr. SOTO Mario L.-

PROFESORES TITULARES:

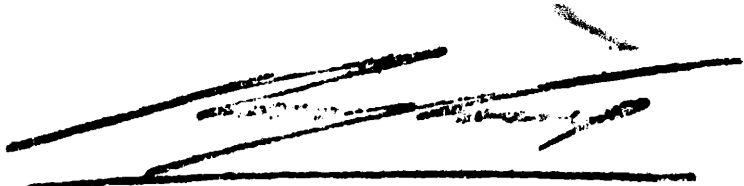
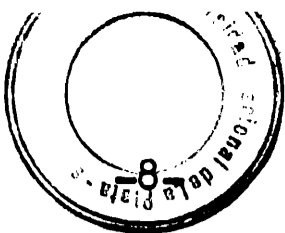
- Dr. ARGUELLO DIEGO M. - Clínica oftalmológica.-
Dr. BALDASSARRE ENRIQUE C.- F.F. y T. Terapéutica.-
Dr. BIANCHI ANDRES E.- Anatomía y F. Patológicas.-
Dr. CAEIRO JOSE A.- Patología Quirúrgica.-
Dr. CANESTRI INOCENCIO F.- Medicina Operatoria.-
Dr. CARRATALA ROGELIO F. - Toxicología.-
Dr. CARREÑO CARLOS V. - Higiene y M. Social.-
Dr. CERVINI PASCUALR. - Cl. Pediátrica y Pueric.-
Dr. CORAZZI EDUARDO S. - Patología Médica Ia.-
Dr. CHRISTMANN FEDERICO E.- Cl. Quirúrgica IIa.-
Dr. D'OIDIO FRANCISCO R. - P. y Cl. de la tuberculosis.-
Dr. ERRECART PEDRO L. - Cl. Otorrinolaringológica.-
Dr. FLORIANI CARLOS - Parasitología.-
Dr. GANDOLFO HERRERA ROBERTO - Cl. Ginecológica.-
Dr. GASCON ALBERTO - Fisiología.-
Dr. GIRARDI VALENTIN C. - Ortopedia y Traumatología.-
Dr. GONZALEZ HERNAN D. - Cl.de E.Infecciosas y P.T.-
Dr. IRIGOYEN LUIS - Embriología e H. Normal.-
Dr. LAMBRE ROMULO R. - Anatomía descriptiva.-
Dr. LOUDET OSVALDO - Clínica Psiquiátrica.-
Dr. LYONNET JULIO H. - Anatomía Topográfica.-
Dr. MACIEL CRESPO FIDEL A. - Semiología y Cl.Propedéutica.-
Dr. MANSO SOTO ALBERTO E. - Microbiología.-



PROFESORES TITULARES: (CONTINUACION)

- Dr. MARTINEZ DIEGO J.J. - Patología Médica IIa.-
- Dr. MAZZEI EGIDIO S. - Clínica Médica IIa.-
- Dr. MONTENEGRO ANTONIO - Cl. Genitourológica.-
- Dr. MONTEVERDE VICTORIO - Cl. Obstétrica.-
- Dr. OBIGLIO JULIO R.A. - Medicina Legal.-
- Dr. OTHAZ ERNESTO L. - Cl. Dermatosifilográfica.-
- Dr. RIVAS CARLOS I. - Cl. Quirúrgica Cat. Ia.-
- Dr. ROSSI RODOLFO - Cl. Médica IIa.-
- Dr. SEPICH MARCELINO J. - Clínica Neurológica.-
- Dr. USLENGHI JOSE P. - Radiología y Fisioterapia.-

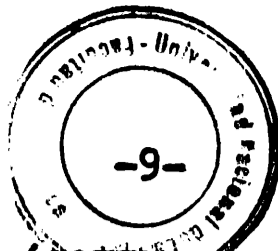
-----000000000000-----



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

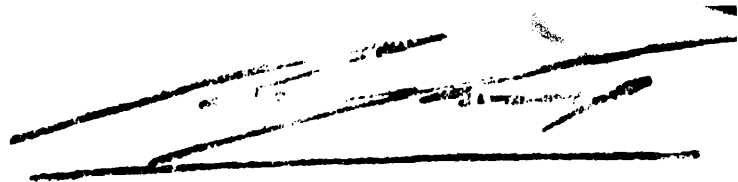
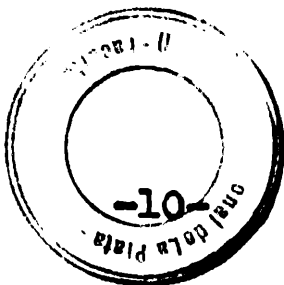
PROFESORES ADJUNTOS:

- Dr. AGUILAR GIRALDES DELIO J. - Cl. Pediátrica y Pueric.
Dr. ACEVEDO BENIGNO S. - Química Biológica.-
Dr. ANDREU LUCIANO M. - Clínica Médica.-
Dr. BACH VICTOR EDUARDO A. - Clínica Quirúrgica Ia.-
Dr. BAGLIETTO LUIS A. - Medicina operatoria.-
Dr. BAILA MARIORAU 9 Clínica Médica.-
Dr. BELLINGI JOSE - Patología y Cl. de la tuberculosis.-
Dr. BIGATTI ALBERTO - Clínica Dermatosifilográfica.-
Dr. BRIASCO FLAVIO J. - Cl. Pediátrica y Pueric.-
Dr. CALZETTA RAUL V. - Semiología y Cl. Proped.-
Dr. CARRI ENRIQUE L. - Parasitología.-
Dr. CARTELLI NATALIO - Cl. Genitourológica.-
Dr. CASTEDO CESAR - Cl. Neurológica.-
Dr. CASTILLO ODENA ISIDRO - Ortopedia y Traumatología.-
Dr. CIAFARDO ROBERTO - Clínica Psiquiátrica.-
Dr. CONTI ALCIDES L. - Clínica Dermatosifilográfica.-
Dr. CORREA BUSTOS HORACIO - Clínica oftalmológica.-
Dr. CURCIO FRANCISCO I. - Clínica Neurológica.-
Dr. CHESCOTTA NESTOR A. - Anatomía descriptiva.-
Dr. DAL LAGO HECTOR - Ortopedia y Traumatología.-
Dr. DE LENA ROGELIO E.A. - Higiene y M. Social.-
Dr. DRAGONETTI ARTURO R. - Higiene y M. Social.-
Dr. DUSSAUT ALEJANDRO - Medicina Operatoria.-
Dr. ECHAVE DIONISIO - Física Biológica.-
Dr. FERNANDEZ AUDICIO JULIO CESAR - Cl. Ginecológica.-
Dr. FUERTES FEDERICO - Cl. de E. Infecciosas y P.T.-
Dr. GARIBOTTO ROMAN C. - Patología Médica.-
Dr. GARCIA OLIVERA MIGUEL ANGEL - Medicina legal.-
Dra. GIGLIO IRMA C. de - Clínica Oftalmológica.-



PROFESORES ADJUNTOS (CONTINUACION):

- Dr. GIROTTI RODOLFO - Clínica Genitourológica.-
Dr. GOTUSSO GUILLERMO O. - Clínica Neurológica.-
Dr. GUIXA HECTOR LUICIO - Clínica Ginecológica.-
Dr. INGRATA RICARDO N. - Clínica Obstétrica.-
Dr. LASCANO EDUARDO FLORENCIO - Anatomía y F.Patológ.
Dr. LOGASCIO JUAN - Patología Médica.-
Dr. LOZA JULIO CESAR - Higiene y M. Social.-
Dr. LOZANO FEDERICO S. - Clínica Médica.-
Dr. MAINETTI JOSE MARIA - Clínica Quirúrgica IIa.-
Dr. MANGUEL MAURICIO - Clínica Médica .-
Dr. MARINI LUIS C. - Microbiología.-
Dr. MARTINEZ JOAQUIN D.A. - Semiolog. y Cl. Proped.
Dr. MATUSEVICH JOSE - Cl. Otorrinolaringológica.-
Dr. MEILIJ ELIAS - Patología y Cl. de la tuberculosis.-
Dr. MICHELINI RAUL T. - Clínica Quirúrgica Cat. IIa.-
Dr. MORANO BRANDI JOSE FRANCISCO - Cl.Pediátrica y Pueric.
Dr. MOREDA JULIO M. - Radiología y Fisioterapia.-
Dr. NACIF VICTORIO - Radiología y Fisioterapia.-
Dr. NAVEIRO RODOLFO - Patología Quirúrgica.-
Dr. NEGRETE DANIEL HUGO - P.y Cl.de la tuberculosis.-
Dr. PEREIRA ROBERTO F. - Clínica Oftalmológica.-
Dr. PRIETO ELIAS HERBERTO - Embriología y H. Normal.-
Dr. PRINI ABEL - Clínica otorrinolaringológica.-
Dr. PENIN RAUL P. - Clínica Quirúrgica.-
Dr. POLIZZA AMLETO - Medicina Operatoria.-
Dr. RUERA JUAN - Patología Médica.-
Dr. SANCHEZ HECTOR J. - Patología Quirúrgica.-
Dr. TAYLOR GOROSTIAGA DIEGO J.J. - Clínica Obstétrica.-
Dra. TORRES MANUELM MARIA DEL C. - Clínica Obstétrica.-



PROFESORES ADJUNTOS: (CONTINUACION).-

Dr. TRINCA SAUL E. - Clínica Quirúrgica Cat. IIa.-

Dr. TROPEANO ANTONIO - Microbiología.-

Dr. TOLOSA EMILIO - Clínica Otorrinolaringológica.-

Dr. VANNI EDMUNDO O.U.F. - Semiología y Cl. Proped.

Dr. VAZQUEZ PEDRO C. - Patología Médica.-

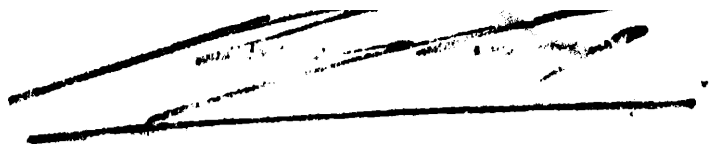
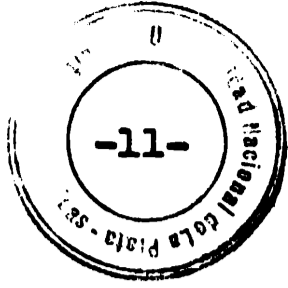
Dr. VOTTA ENRIQUE A. - Patología Quirúrgica.-

Dr. TAU RAMON - Semiología y Clínica Proped.-

Dr. ZABLUDOVICH SALOMON - Clínica Médica.-

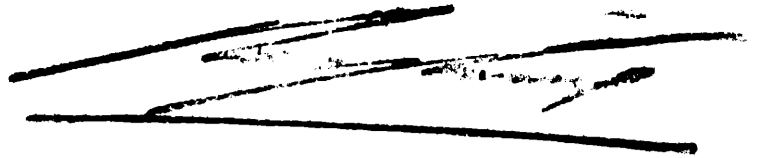
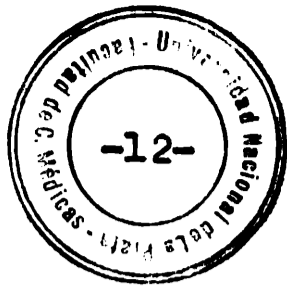
Dr. ZATTI HERMINIO L.M. - Clínica E.Infec. y P.T.-

-----0000000000-----

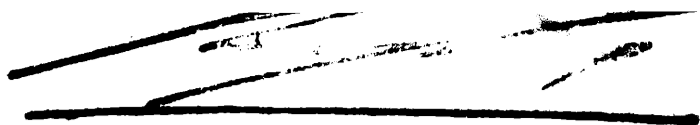


A MIS PADRES Y HERMANAS

-----0000000-----



A M I N O V I A



TROMBOFLEBITIS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Es una afección antiguamente conocida y debatida, y sin embargo, olvidada frecuentemente por los médicos prácticos, en quienes existe una verdadera anarquía en lo que respecta a su tratamiento. Para delimitar conceptos, es preciso antes conocer lo que se entiende por tromboflebitis y flebotrombosis.-

La TROMBOFLEBITIS, de acuerdo a Bakey, es toda inflamación de origen bacteriano, tóxico ó alérgico de la pared venosa que trae como consecuencia la formación de un trombo blanco, adherente ó del trombo mixto, que es capaz de dar embolia.-

La FLEBOTROMBOSIS ha sido definida por Ochsner, como un proceso de trombosis intravenosa, sin infección, con endotelio indemne, que aparece espontáneamente en operados ó personas que permanecen largo tiempo en cama por cualquier afección, trombo -llamado rojo- que se caracteriza por no ser adherente a la pared venosa y de ahí su gran tendencia a la embolia.-

Estos conceptos son de gran difusión y aceptados por la mayor parte de los autores, y se reconoce generalmente, que entre tromboflebitis y flebotrombosis, difieren grandemente en su tendencia a la embolia. Pero esta diferenciación, si bien tiene cierto valor en la patogenia, en la práctica resulta algo nebulosa; entre unas y otras no existe una limitación franca y en ocasiones resulta difícil catalogar a las trombosis venosas, hacia una ú otra modalidad, pues la mayor parte de las inflamaciones venosas se acompañan del trombo rojo secundario, y hasta el más blando de los trombos provoca cierto grado de inflamación reaccio



nal en la pared venosa adyacente.-

También los distintos autores las diferencian en sus exteriorizaciones clínicas. La tromboflebitis; que se anuncia con gran cortejo sintomático y que hasta "el enfermero" hace el diagnóstico. La flebotrombosis: de comienzo insidioso, lento, solapado, que pasa desapercibido si no se lo busca y que a veces se pone de manifiesto por la embolia; solamente el médico hace el diagnóstico. En ocasiones es exacto, pero en otras nó, pues existen formas clínicas de tromboflebitis que también se inician como las flebotrombosis de una forma insidiosa.-

ETIOPATOGENIA: Todavía requiere más estudio y los investigadores no han podido aún hoy darnos una respuesta definitiva al respecto. Dos nombres aparecen en la historia de la patogenia de esta enfermedad: CRUVEILHIER y VIRCHOW. El primero, cuya teoría, a pesar de tener más de cien años, conserva aún hoy todo su valor, nos dice: "No puede existir trombosis si previamente a ella existe una lesión que altera el endotelio vascular, sea ésta de causa inflamatoria o nó. Según esta teoría, lo primordial es la lesión de la vena; lo secundario, la coagulación de la sangre.-

VIRCHOW, en cambio, sustenta como hecho capital, la influencia del retardo circulatorio. La lesión vascular, tendría una importancia patogénica de orden secundario.-

Ultimamente apareció la teoría físico-química, que atribuye las trombosis a las alteraciones de los elementos sanguíneos.-

De todo lo dicho hasta ahora, podemos ver, que cuatro son los factores clásicos que intervienen en la génesis de las trombosis venosas:



- a) Retardo circulatorio;
- b) Alteraciones físico-químicas de la sangre;
- c) Lesiones de la pared venosa; y
- d) Infección.-

Cuando predominen las dos primeras, se constituyen las flebotrombosis ó trombosis de estasis. Las dos últimas intervienen en las tromboflebitis.-

Hay otras causas que intervienen en la formación de estas trombosis; son las causas predisponentes:

- a) Enfermedades cardiovasculares, con insuficiencia congestiva.-
- b) Infecciones prolongadas en sujetos de edad avanzada.-
- c) Procesos quirúrgicos, como fracturas de miembros ó columna, herniotomías, operaciones ginecológicas, etc.-
- d) Obesidad. Diátesis constitucional. Varicosidades. Historia anterior de trombosis venosa (Caso número 2). Se ha calculado que hay un 40% de riesgos de nueva trombosis ó embolia en los enfermos inmovilizados con historia anterior de trombosis y embolia, y que, alrededor del 10% de éstos, mueren de embolia.-
- e) Focos de infección. Enfermedades malignas. Alteraciones climatéricas, etc.-
- f) En el post-operatorio: mala posición del enfermo en la cama; inmovilización prolongada; meteorismo; hipoventilación pulmonar; deshidratación, etc.-
- g) Alteraciones sanguíneas: Hiperglobulinemia; aumento de la viscosidad; aumento del fibrinógeno; hipoproteínea; mayor aglutinabilidad de las plaquetas, etc.-

FISIOPATOLOGIA: Los trastornos determinados por las trombosis venosas, se deben a una serie de factores que pasa-



mos a considerar y que difieren en intensidad, porque las lesiones de la pared venosa también difieren en intensidad y extensión, según la mayor o menor septicidad del trombo.-

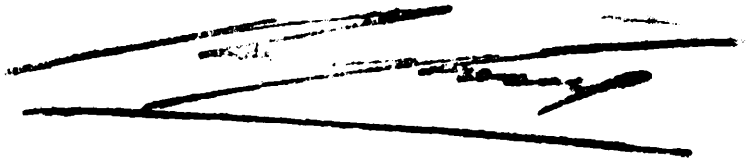
Producida la trombosis, el primer efecto que produce va a ser el trastorno mecánico en la circulación de retorno, que estará en relación con las características del trombo.-

El trombo puede ser libre o adherente, obliterante o nó obliterante. Un trombo adherente no obliterante no produce trastorno a la circulación venosa; al contrario del trombo obliterante que produce una hipertensión venosa subyacente. Sin embargo, un trombo adherente y obliterante, puede no dar lugar a síntomas circulatorios, si se ha restablecido una buena circulación colateral de retorno.-

A partir del trombo inicial, la trombosis puede extenderse, constituyendo el trombo rojo secundario, en tanta mayor extensión cuanto más lenta sea la circulación de la sangre.-

Especialmente en la tromboflebitis, la progresión de la trombosis se halla facilitada por el espasmo venoso, que convierte en obliterante si no lo es a la trombosis y por dificultar la circulación colateral.-

Si la hipertensión producida por la obliteración venosa, no es compensada por la circulación colateral, sobreviene el edema, que al principio se explica simplemente, como trastorno mecánico, pero comparando este edema con el producido experimentalmente con la ligadura quirúrgica de la vena de un miembro, se vé que en este último caso el edema es menor o de poca duración en relación al ede



ma tromboflebitico. Esto ha originado distintas hipótesis para explicarlo.-

HOMANS, atribuye el edema a la obstrucción de los linfáticos que transcurren alrededor de los vasos.-

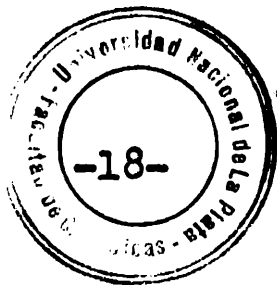
SIMMERMANN y DE TAKATS, creen que el principal factor es la obstrucción venosa, sin desconocer la linfática.-

LERICHE, hace resaltar la importancia de los trastornos vasomotores. La periflebitis crearía una perturbación de la vasomotricidad, anulando la circulación colateral por su vasoconstricción.-

OCHSNER y DE BAKEY, creen que el principal causante del edema es el angioespasmo. A nivel de la vena afectada, partiría el estímulo, que siguiendo la vía refleja simpática iría a las arteriolas y a las venulas cuya contracción trae por resultado una disminución tan marcada de la corriente sanguínea, que la presión de filtración de negativa pasa a ser positiva, produciéndose el edema.-

SINTOMATOLOGIA: La sintomatología será muy diversa según sea la modalidad del proceso venoso, la localización y extensión del trombo, la infección, la presencia del angioespasmo del grado mayor o menor de oclusión venosa y según sea, más o menos acusada la reflectividad constitucional del individuo enfermo.-

Cualquiera de los síntomas de la tromboflebitis, puede ser la primera manifestación de la enfermedad; pero en la inmensa mayoría de los casos es el dolor, el primer síntoma.- Su intensidad varía entre la sensación de pesadez, más o menos molesta, hasta el dolor intenso que no permite el reposo, que arranca gritos al enfermo y que no calma con la morfina. A veces, este síntoma falta. El punto de inicia



ción es variable; región inguinal, cara anterointerna del muslo, hueco popliteo, pantorrilla, planta del pie y con frecuencia difusamente en todo el miembro. Para aliviar este dolor, el enfermo coloca la pierna en ligera flexión y rotación externa. Tiene tendencia a disminuir espontáneamente.-

Este dolor se exagera con los movimientos y a la palpación, especialmente en los recorridos venosos. La dorsiflexión del pie, conocido con el nombre de signo de Homans, despierta dolor; se presenta especialmente en la tromboflebitis de las venas profundas de la pierna.-

La fiebre, es un síntoma que acompaña frecuentemente a la tromboflebitis y por sí sola, constituye un síntoma de alarma -signo de Michaelis-. Según sea el grado de infección, será la intensidad de la fiebre. Hay formas completamente apiréticas.-

La taquicardia, es un síntoma del mismo o quizás de mayor valor que la fiebre. Constituye una respuesta simpática proporcional al insulto de la adventicia y a la relectividad del individuo. Suele durar más que la fiebre -signo de Malher-.

La impotencia funcional, es precoz y, en oportunidades, el primer síntoma en aparecer.-

El edema, es el gran síntoma de la tromboflebitis. Rara vez totalmente ausente. Puede instalarse bruscamente ó ser gradual. En éste último caso, se le vé instalarse progresivamente, infiltrando las regiones retromaleolares y dorso del pie; desapareciendo los relieves osteotendinosos normales y sigue progresando en sentido ascendente por la pierna y, finalmente, el muslo. La piel se pone



tensa, brillante, caliente y a la presión del dedo, deja una huella profunda, denominado "godet".-

Los edemas pueden ser localizados, siendo más evidentes estas formas en las flebitis superficiales. Es muy frecuente que el edema se presente con la actividad y desaparezca con el reposo. Muy a menudo, se acompaña de hidrartrosis de la rodilla, que suele tardar más en desaparecer, que el propio edema.-

EXPLORACION: Además del examen clínico del enfermo, se deben efectuar otras pruebas para llegar a confirmar el diagnóstico de tromboflebitis.-

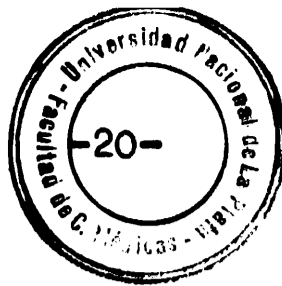
- a) La oscilometría se debe tomar siempre. Comúnmente se encuentra ligeramente disminuido en el lado enfermo.-
- b) Temperatura local: siempre aumentada en los tromboflebiticos.-
- c) Prueba de la hidrofilia tisular de Aldrich y Mc Clure, de gran importancia para el diagnóstico precoz de las formas frustadas y especialmente para seguir la evolución de la enfermedad.-

Se basa esta prueba en la velocidad de reabsorción de una pápula de edema producida por la inyección intradérmica de 0,2 cm.³ de solución fisiológica.-

Normalmente, la pápula así formada se reabsorbe en el espacio de tiempo comprendido entre 40 y 90 minutos. La reabsorción en la tromboflebitis se halla acelerada, por debajo de los 30 minutos.-

- d) Flebografía: es un método de examen sencillo en su realización y de una gran utilidad para el diagnóstico y localización de los trastornos venosos de los miembros inferiores.-

Este método reviste especial importancia en las



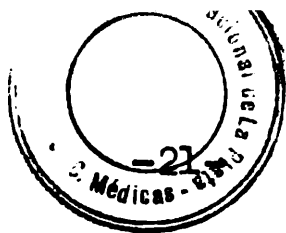
formas ligeras de la enfermedad; cuando se exteriorizan por un ligero dolor o edema al examen clínico, ella determina con precisión el segmento venoso afectado y la naturaleza probable del proceso.-

En los casos de embolia pulmonar sin exteriorización clínica de la tromboflebitis; la flebografía confirma o no dicha sospecha y nos permitirá localizar el sector venoso afectado y proceder adecuadamente para evitar su repetición.-

En los casos de várices con insuficiencia de comunicantes, permite visualizar con nitidez la altura y lugar donde se encuentran éstas.-

En las secuelas de la tromboflebitis: edema crónico, várices, ulceraciones, impotencia funcional, etc. tiene un papel fundamental al demostrar la permeabilidad u obstrucción del sistema venoso, pues se obtiene de esta manera un elemento de juicio valioso para su tratamiento.-

Como ya se ha dicho, la técnica de la flebografía es sencilla. Como medio de contraste se usan sustancias como el Uroselectan B., Perabrodil, Nitason, etc. que se inyectan previa disección y canalización de la vena retromaleolar externa, muy lentamente y en cantidad de 20 cm.³, sacándose inmediatamente la radiografía. Como hay pacientes sensibles a estas sustancias, antes de su inyección se hace una reacción intradérmica, usando por ejemplo 0,04 ó 0,05 cc. de Perabrodil; si a los 15 minutos la pápula no alcanza los 10 mm. de diámetro, se considera que el test es negativo.-



La interpretación de las imágenes flebográficas, son fáciles en el sistema venoso superficial. En el sistema venoso profundo, se obtienen dos tipos de imágenes:

- 1ª): TROMBOSIS AGUDA DE LAS VENAS PROFUNDAS: Se caracteriza por la presencia de numerosas imágenes denominadas en "borquillas" a nivel de la pierna y parte inferior del muslo. Son debidas sin duda a la circulación colateral. Las obstrucciones bruscas se caracterizan por defectos segmentarios de la luz.-
- 2ª): TROMBOSIS CRONICA DE LAS VENAS PROFUNDAS: el cuadro flebográfico de esta forma de trombosis, se caracteriza por la falta de visualización parcial ó total de la femoral, la poplitea ó las colaterales de la pierna. Pueden observarse defectos de rellenos marcados e irregulares o bien la denominación "imagen moteada" ó "apolillada" de la vena. En algunos casos, se observan vasos colaterales tortuosos que forman un puente sobre la lesión del vaso principal.-

La flebografía produce en las horas que siguen a su realización cefáleas, fiebre (hasta 39º) y dolor en el miembro donde se ha efectuado la inyección. Por lo general, estos trastornos no se prolongan más allá de los tres ó cuatro días de duración.-

DIAGNOSTICO Y EVOLUCION: El diagnóstico de esta enfermedad no es difícil si el médico lo tiene presente y recuerda que



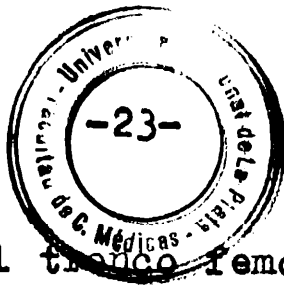
al lado de las formas aparatosas, hay otras que son de comienzo solapado.-

Toda persona que está obligada a permanecer en reposo largo tiempo, por una afección infecciosa, traumática o de cualquier otro orden, está en condiciones favorables para desarrollar una trombosis profunda.- Por esta razón el médico debe vigilar constantemente a esta clase de enfermos; al menor síntoma sospechar la infección; ya sea por un simple dolor en la pantorrilla; ó la fiebre ó la taquicardia que no se justifica.- Muchas veces el cuadro es abierto por una embolia pulmonar.-

Toda impotencia funcional aparecida repentinamente y aparentemente injustificada, en un sujeto que recién abandona su lecho de enfermo, constituye un síntoma de alarma, a veces el más precoz de la tromboflebitis.-

En cuanto a su evolución puede esquemáticamente, presentarse las siguientes posibilidades:

- 1ro.) La trombosis iniciada en la pierna, evoluciona hacia la tromboflebitis y causa hinchazón típica ó flegmasia alba dolens.-
- 2do.) La trombosis inicial permanece confinada a las venas de las piernas sin causar trastornos ni complicaciones hasta su curación.-
- 3ro.) La trombosis se propaga a la femoral por la poplitea y forma una masa de cuágulos blanda y flotante que puede producir embolias en grandes o pequeña escala.-
- 4to.) La trombosis se extiende por la poplitea hasta la femoral sin producir obstrucción; de allí, puede



propagarse al tronco femoroiliaco, avanzar a la ilíaca primitiva y aún a la vena cava.-

FORMAS CLINICAS: Se las puede dividir teniendo en cuenta la localización, su forma de iniciación y sintomatología.

SEGUN SU LOCALIZACION:

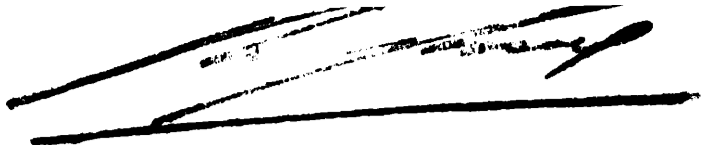
Tromboflebitis de las venas superficiales: Pueden ser:

- a) agudas;
- b) ligeras;
- c) moderadas;
- d) sépticas y
- e) crónicas.-

Son de benignidad relativa; la embolia es rara y si tiene lugar es de pequeño calibre. Los síntomas objetivos son bien manifiestos y facilitan el diagnóstico. El dolor es en el trayecto venoso en su totalidad ó en parte, que aumenta con la palpación y se presenta a la misma, como un cordón duro y doloroso. La piel de la región está roja, edematosa y caliente; los síntomas generales, que no siempre están presentes, son: la fiebre y la taquicardia.-

CASO N°1: D.O.; 52 años; argentino; casado. Siempre sano.

El día 2 de octubre del corriente año, siente dolor en la parte interna de la rodilla y tercio inferior e interno del muslo. No hay antecedentes de traumatismo, ni de enfermedad anterior. No es varicoso. A las pocas horas el dolor se intensifica y al observarse veo dicha región enrojesida y al palparse noto un cordón duro y doloroso. Por esta circunstancia, el día 10 es internado, comprobándose en la región interna de la rodilla hasta ocho traveses de



dedos por encima de la misma, una mancha rojisa, caliente, dentro de la cual se nota a la palpación un cordón duro y doloroso. Hay ligera fiebre (37,5^o) y taquicardia.-

Ante este cuadro hacemos diagnóstico de tromboflebitis aguda de la safena interna.-

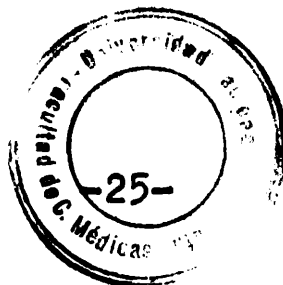
Tratamiento: penicilina 100.000 unidades cada cuatro horas. Trendelemburg. Liquemine. Se vigila por la palpación si el cordón progresa (si así fuera se debe tratar quirúrgicamente con la ligadura de la safena en su calado). El proceso regresa: la fiebre desaparece; el dolor es menor y el cordón no ha progresado. Se sigue el mismo tratamiento y a los cinco días no hay fiebre; el color de la piel es normal, el dolor ha desaparecido y el cordón casi no se palpa. Se le hace un vendaje elástico del miembro y se le permite la deambulación. A los diez días de su internación es dado de alta.-

Varicoflebitis: Aparición de alteraciones inflamatorias en las venas previamente varicosas. Es poco embolígena.-

Tromboflebitis del sistema profundo y comunicante de la pierna:

Casi siempre aparece en personas que llevan su vida habitual o en enfermos que permanecen en cama por largo tiempo ó en el post-operatorio.-

En general, el primer síntoma es el dolor en la pantorrilla durante la marcha ó al subir una escalera. Después se acompaña de edema, siamosis, etc. Estos síntomas, desaparecen por lo general con el reposo, pero al volver a



la actividad ellos también retornan. La propagación del trombo hacia la femoral, puede determinar una embolia mortal. Ante esta forma se recomienda la ligadura de la vena femoral superficial.-

CASO Nº 2: T.S.; 61 años de edad; argentina; viuda.-

Diagnóstico: Neo de colon:

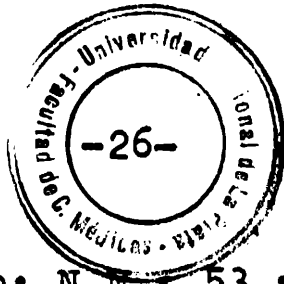
El día 5 de octubre de este año se le efectúa un ano contra natura. El día 11 del mismo mes, se queja de dolor en la pierna derecha. Se la examina y se encuentra edema del dorso del pie derecho y en la región maleolar dolor a la presión de la pantorrilla. Signo de Homans positivo, taquicardia, fiebre (39°). Es varicosa y tiene el antecedente de haber tenido en otra oportunidad una tromboflebitis, en ese mismo miembro. Se aconseja la ligadura de la vena femoral superficial que no es aceptada por los familiares.-

Tratamiento: Penicilina. Vendaje de la pierna. Posición de Trendelenburg. Papaverina endovenosa. Liquemine.-

En los días siguientes, la temperatura se mantiene; lo mismo que la taquicardia y el edema se extiende a todo el miembro y el dolor aumenta.-

Al tratamiento anterior se le agrega anestesia del simpático lumbar. El dolor disminuye hasta desaparecer; el edema también disminuye, pero no desaparece y persiste en la actualidad. Muy probable evolución hacia la tromboflebitis crónica.-

CASO Nº 3: El día 31 de octubre del corriente año es pasado del servicio de clínica médica al de cirugía el si-



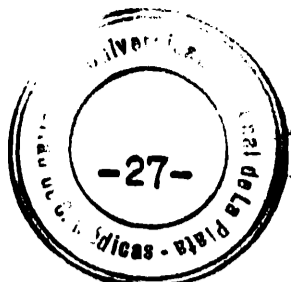
guiente enfermo: N.N., 53 años; argentino; casado.-

Sin antecedentes de importancia. Había sido internado en Clínica Médica con diagnóstico de tromboflebitis de la safena interna de la pierna izquierda; por lo tanto se le efectuó tratamiento médico y el proceso evoluciona satisfactoriamente. Sin embargo, el día 25 del mismo mes, el enfermo tiene una embolia pulmonar y al día siguiente, nota que el dorso y región bimaleolar del pie izquierdo, están hinchados; este edema crece en intensidad en los días siguientes y asciende progresivamente hasta llegar a la región inguino abdominal. Como el proceso no cede, son requeridos nuestros servicios.-

Nos encontramos con un enfermo febril (38°). Taquicárdico (140 pulsaciones por minuto) y con grandes dolores. El miembro inferior izquierdo está global y totalmente aumentado de volumen en relación con el derecho; en ligera flexión y rotación externa de aspecto cianótico.- Caliente al tacto. Dolor espontáneo y provocado con la palpación en todo el miembro y especialmente en la pantorrilla. Signo de Homans positivo.-

Tratamiento: Papaverina endovenosa. Lique mine endovenoso. Penicilina. Ligero Trendelemburg de la cama. Vendaje de ambas piernas. Se dispone la intervención quirúrgica para el día siguiente.-

12-XI-1949; OPERACION: Anestesia raquídea. Incisión sobre el triángulo de Scarpa. Se disecciona hasta el paquete vascular y se individualiza y aíslan los siguientes elementos: vena safena interna; arteria femoral; vena femoral común; femoral superficial y profunda. Sobre la femoral superficial, en sentido longitudinal, se efectúa una pequeña in-

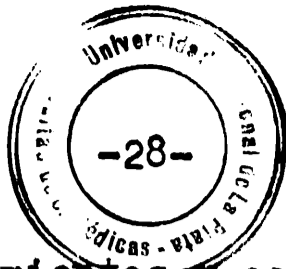


cisión por la cual sale un trombo rojo blando; se hace su extracción con una pinza de Desjardín y luego canalizando con una sonda Nelaton y aspirando con una jeringa de 20 cc. se siguen sacando cuáguulos hasta que la sangre fluya libremente por el extremo superior. Se hace ligadura y sección de la vena femoral superficial y el trozo se manda para el estudio histopatológico, a pesar de que su aspecto microscópico es normal. También se liga y secciona la safena interna, pués hay un proceso anterior de tromboflebitis. Inmediatamente a continuación se le efectúa una simpaticectomía pariarterial. Se cierra la herida por planos.-

POST-OPERATORIO: Se sigue con la papaverina endovenosa; el Liquemine se continúa recién a las 24 horas de la operación por el peligro de los grandes hematomas de la herida operatoria. Penicilina. Se levantan los pies de la cama y se vendan ambas piernas con vendas elásticas. Al día siguiente de la operación, el dolor ha desaparecido, persistiendo solamente en la herida operatoria.- El edema, la fiebre y la taquicardia persisten.-

Al cuarto día de la operación no hay dolor, ni fiebre, ligera taquicardia (85 pulsaciones por minuto) y el edema ha disminuído notablemente, tomando el miembro sus relieves normales. Se le permite sentar en el borde de la cama y en el quinto día se le permite la deambulación dentro de su habitación por breves minutos.-

A los ocho días se le suspende toda la medicación. Cuando se le dá el alta del Hospital, lo hará con una bota de Unna, pués de esta manera se le favo-



rece los movimientos y contribuye a la reabsorción del edema que es el último signo en desaparecer, y que por lo general no lo hace antes de los tres meses.-

Tromboflebitis femoroilíaca:

En su forma aguda constituye la flegmasia alba dolens tan conocida como fácil de diagnosticar. Su forma crónica, no es tan frecuente y su pronóstico, que es severo para el miembro afectado, depende del diagnóstico y tratamiento precoz. Muchas veces ésta última forma es consecutiva a una tromboflebitis de las venas profundas de la pierna, por lo general de comienzo solapado, que son indebidamente tratados, y cuya afección, debido a la gran riqueza de la pared venosa en vasos infáticos, se propaga por ellos invadiendo en sentido de la corriente sanguínea todo el sistema venoso principal del miembro, al cual destruye en su función, quedando como resultado el edema crónico y la gran impotencia funcional.-

CASO N°4: N.D.; 35 años de edad; argentino; casado. Obreiro. Sus antecedentes hereditarios y personales carecen de importancia. Entre sus antecedentes familiares, hay enfermos de várices, que tiene importancia como factor predisponente a las enfermedades venosas.- Su enfermedad actual comenzó hace ocho años; es por lo tanto, una enfermedad crónica. Su iniciación es muy poco aparente; ligeras molestias en la parte antero interna del muslo, acompañada de hormigueos y pesadez al caminar. Luego aparece el edema y ligera cianosis. Ultimamente han aparecido las dilataciones venosas superficiales.-



La impotencia funcional se ha acentuado, haciéndose la pierna muy pesada y como dormida; sensación de hormigueo que le imposibilita la marcha un poco prolongada. Todos estos síntomas disminuyen con el reposo, y se acentúan con la actividad.-

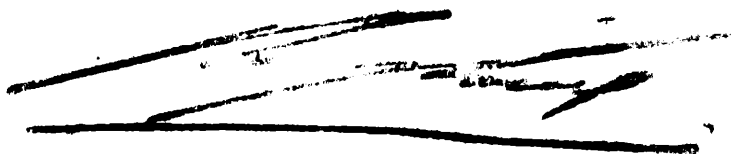
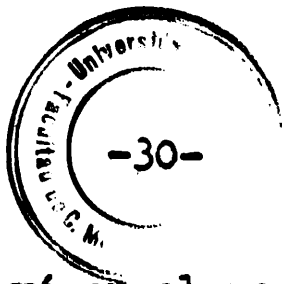
Todos estos datos, más el examen que nos dá: Aumento de tamaño global del miembro inferior izquierdo en comparación con el derecho (6 cmt. de diferencia). Piel hiperpigmentada sobre la pierna. Dilataciones venosas superficiales. Dolor a la palpación en la parte del muslo. Godet. Signo de Homans negativo. Hay pulso pedio y tibial posterior.-

Oscilometría; ligeramente inferior en el lado izquierdo.-

Hacemos diagnóstico de tromboflebitis crónica de la vena femoral. Para comprobar, documentar y localizar el proceso, efectuamos una flebografía (figura 1) que



(fig. 1)



demonstró, como se vé en el positivo radiográfico, la localización exacta de la obstrucción venosa.-

La flebografía trajo como consecuencia, dolor en todo el miembro, que luego decrece. A los cuatro días de la venografía, aparece temperatura (38º), dolor intenso y la extremidad ha aumentado de tamaño. Se lo trata poniéndolo en ligero Trendelenburg, papa verina endovenosa, penicilina Tialgin B, para calmarle el dolor y hinchazón.-

Se toma nueva medida de los miembros y se comprueba una diferencia de 10 cmt. con el miembro sano. Como la sintomatología no decrece, se le practica anestesia del simpático lumbar, según técnica de Oschner.-

El dolor desaparece casi por completo durante 5 horas, para reaparecer luego, pero no con tanta intensidad. El edema no disminuye.-

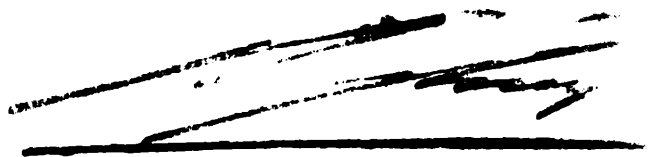
El 3 de mayo de 1949, es operado:

-Cirujano: Dr. INOCENCIO CANESTRI.-

-Ayudante: el autor de esta tesis.-

Anestesia local. Incisión sobre el triángulo de Scarpa; se disecciona el paquete vascular, separando y aislando todos sus elementos. Hay una intensa perisvascularitis y la pared venosa se encuentra completamente alterada. Inmediatamente por debajo de la arcada crural, se notan tres sacos venosos que corresponden a la femoral superficial, a la femoral profunda y a la safena interna.-

Se abre la femoral superficial y se encuentra



ocupada por un trombo rojo, friable, que sesaca con pinza y luego se aspira hasta que fluya libremente la sangre.-

Se hace la ligadura de la vena femoral común, inmediatamente por encima de los sacos venosos.-

Simpaticectomía periarterial.-

Post-operatorio: se sigue con la papaverina endovenosa, Liquemine endovenoso, penicilina, etc.-

El dolor disminuye, la fiebre desaparece en pocos días; el edema también disminuye. Se lo moviliza precozmente y el día 23 de mayo de 1949, es dado de alta.-

A los cinco meses de la operación el edema crónico persiste, pero la impotencia funcional ha mejorado grandemente y el enfermo se reintegra nuevamente a su trabajo, el cual había tenido que abandonar, mostrándose satisfecho de los resultados obtenidos con la operación.-

El estudio histopatológico efectuado por el Dr. L. Pianzola, informó que se trataba de una tromboflebitis crónica.-

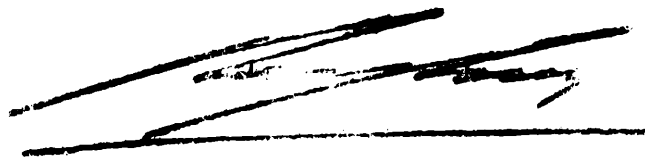
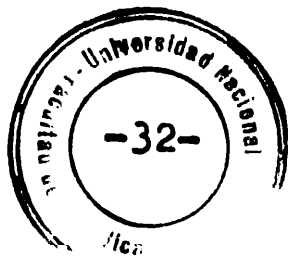
FORMAS CLINICAS SEGUN SU SINTOMATOLOGIA:

Formas espasmódicas:

En ellas predomina el factor espasmódico. Son de aparición brusca y de fácil respuesta a la medicación espasmolítica.-

Formas trombóticas puras:

Aparecen solapadamente; caracterizándose por el edema y por no hallarse presente el dolor, ni la fiebre. Aparece en enfermos que deben estar mucho tiempo en cama.-



Formas sépticas:

Son muy graves. Predomina el componente infeccioso, dando un cuadro septicémico.-

FORMAS CLINICAS SEGUN SU ETIOLOGIA:

Tromboflebitis post-operatoria:

En el post-operatorio hay una serie de factores que favorecen la aparición de los procesos trombóticos de los miembros inferiores. Entre ellos podemos citar: el reposo prolongado en cama; la inmovilización, la hipopnea posural, el aumento de tensión intraabdominal, la deshidratación, etc.-

Su aparición es más común en las personas obesas, en los cardiopatas, etc. Por lo común aparece después de los cuatro días de la operación.-

CASO N°5: J.K; 61 años, Irlandés; soltero, jornalero.-

Antecedentes, sin importancia.-

Diagnóstico: cáncer de esófago.-

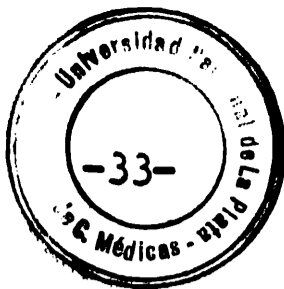
Es operado el día 28 de septiembre de 1949.-

Post-operatorio: perfectamente normal, hasta la noche del quinto día, que amanece con intensa disnea. Al ser revisado, nos encontramos con un enfermo febril (37,5°), taquicárdico (120 pulsaciones por minuto), disnéico.-

Murmullo vesicular disminuido en base derecha.-

Al observar los miembros, vemos que el pie derecho está edematizado. A la palpación manifiesta dolor en la pantorrilla del mismo lado.- Signo de Homans positivo.-

El edema progresa en sentido ascendente, hasta tomar todo el miembro. El dolor se hace espontáneo y



se intensifica. La fiebre y la taquicardia persistentes.-

Propongo el tratamiento quirúrgico que es rechazado, por que el enfermo se halla muy abatido y por considerar que con el tratamiento médico se iba a salvar esa situación.-

Tratamiento: Papaverina, Liquemine, se sigue con la penicilina, etc. El dolor espontáneo desaparece, pero persiste a la palpación; el edema persiste, lo mismo que los demás síntomas.-

Al noveno día de la operación, el enfermo fallece por una embolia pulmonar, que se comprueba en la autopsia.-

Tromboflebitis obstétrica y Tromboflebitis post-traumáticas: se definen por sí mismas.-

T E R A P E U T I C A

El tratamiento de las enfermedades venosas de los miembros inferiores, puede ser preventivo o curativo; El tratamiento profiláctico debe ser aplicado a todo paciente que va a estar en reposo por largo tiempo; se basa en combatir el éxtasis venoso, la deshidratación y la infección.-

El tratamiento preventivo a seguir, en un paciente quirúrgico, es el siguiente:

- a) Usar una técnica perfecta, oligo-traumática y una buena hemostasia.-
- b) En el post-operatorio reducir el período de reposo en cama. Mantenimiento del tono muscular con movimientos activos y pasivos. Levantamiento precoz. Proscribir la posición de Fowler sostenida.-

c) Cuando hay tendencia a la coagulación, hay que modificarla por medio de la heparina y el dicumarol.-

También existe la profilaxis quirúrgica, que consiste en la ligadura de ambas venas femorales superficiales, efectuada en pacientes por encima de 50 años de edad y que van a ser sometidos a una importante intervención quirúrgica; por lo general, por cáncer ó en los fracturados de cuello de femur.-

Tratamiento curativo: No hay ninguna uniformidad en el tratamiento a seguir en la tromboflebitis. Por lo general junto a la tromboflebitis se coloca la flebotrombosis y a este respecto casi todos los autores están de acuerdo en admitir lo siguiente: Flebotrombosis: Tratamiento quirúrgico.- Tromboflebitis: Tratamiento médico. Basándose solamente en el carácter embolígeno de estas enfermedades. Pero como ya hemos dicho, el diagnóstico diferencial entre estos dos procesos, en muchos casos no es tan fácil y es aquí donde aparecen las dudas con respecto al tratamiento a seguir.-

En la flebotrombosis, el tratamiento a seguir es, sin discusión alguna, el quirúrgico.-

En la tromboflebitis se han ensallado toda clase de tratamientos y todavía hoy en día, no se ha llegado a un acuerdo.-

El tratamiento clásico de la tromboflebitis, desde los tiempos más remotos y que actualmente he visto aplicar, era la inmovilización rigurosa, surgida como consecuencia de la aparición de un hecho espectacular, la embolia pulmonar, que se presenta después de un movimiento brusco.-

Hoy es universalmente aceptado, que la inmovilización no es útil, si no hasta perjudicial, pues se ha comprobado que no evita la embolia, y que al contrario, parece favorecerla, facilitando la éxtasis circulatoria y la progresión del trombo rojo secundario.-

Para el tratamiento de la tromboflebitis hay que tener en cuenta cuáles son los factores que predominan y que siempre en mayor o menor grado están presente. Estos factores, son:

a) Factor espasmódico; b) factor infeccioso; c) factor mecánico. Y una complicación, la embolia pulmonar.-

Cuando predomina el factor espasmódico, como por ejemplo en la flegmasia alba dolens, el tratamiento más lógico a seguir, será el anti-espasmódico a base de papaverina y eupaverina,- que se harán endovenosas y a altas dosis, para obtener los efectos deseados. También se emplea la anestesia del simpático lumbar, con la cual se obtiene resultados muy buenos. Se harán cada doce o veinticuatro horas.-

Con estas medicaciones, se obtiene disminución del dolor (a veces su desaparición) y también la disminución del edema, especialmente con la anestesia novocaínica del simpático lumbar, pues suprime los reflejos vasoconstrictores nocivos que parten de la vena enferma. Además de esta medicación antiespasmódica, se deberá agregar la anti-infecciosa a base de penicilina o sulfamidas, que actuarán limitando el proceso flegmático. Se dará también la medicación anti-coagulante: heparina y dicumarol, que a pesar de las fersiones dispares que existen, tienen sus

ventajas, pues limita la extensión de la trombosis y formación del trombo rojo secundario, actuando también profilácticamente en el otro miembro.-

Se pondrá al enfermo en ligero Trendelemburg y no se limitarán los movimientos. También se puede agregar el calor que actúa favorablemente, por su acción vasodilatadora y por acelerar la evolución de los fenómenos inflamatorios.-

No bien la fiebre haya desaparecido y disminuido el edema, se hará un vendaje elástico de la pierna, o mejor un vendaje de cola de zinc y se levantará al enfermo.-

Cuando predomina el factor infeccioso, la medicación principal será la antibiótica, haciéndose al mismo tiempo la antiespasmódica y la anticuagulante, que con la anterior constituyen el tripode del tratamiento médico de la tromboflebitis.-

Cuando el estado general del enfermo decae debido a la infección a pesar del tratamiento, no se debe hacer esperar la operación.-

El factor mecánico raramente se presenta aislado y cuando así lo hace, no dá mayormente grandes trastornos, debido a que generalmente el trombo no es totalmente obliterante. Cuando los otros factores son bien manifiestos y no ceden con el tratamiento médico, también se debe recurrir al quirúrgico.-

Como se puede observar a través de la exposición, tenemos el concepto que el tratamiento quirúrgico no debe efectuarse solamente para prevenir la embolia pulmonar, sino como tratamiento propiamente dicho, cuando la tromboflebitis no responde al tratamiento médico. De es-

ta manera, como ya se ha dicho, no sólo evita la embolia, sino que limita la trombosis y la diseminación de la infección. Con la simpatisectomía pariarterial, se mejora la circulación colateral, por suprimir el espasmo reflejo. También con este tratamiento, se acorta considerablemente el tiempo de permanencia en cama.-

Esto está basado en la gran cantidad de inválidos que quedan, con los trastornos denominados secuelas de la tromboflebitis, que en realidad no es otra cosa que la cronicidad y la evolución lenta pero progresiva, a todo el sistema venoso profundo del proceso, al cual destruye en su función. Posteriormente, se extiende a los tejidos vecinos, incluyendo a la arteria, como que acentúa su espasmo reflejo, marcando aún más de esta manera la impotencia funcional. Esta progresiva evolución de la enfermedad, se caracteriza por su poca exteriorización clínica que culmina después de un lapso variable en la invalidez.- Ejemplo de esto, lo tenemos en el caso número 3, en que las venas estaban completamente alteradas hasta por encima de la femoral común, tomando también las principales colaterales. De esta manera, la intervención quirúrgica en período tan avanzado, no puede dar todos los resultados que de ella es de esperar.-

El tratamiento quirúrgico debe ser lo más precoz posible y no seguir una conducta pasiva, pensando que las tromboflebitis no dan embolias, pues aún que así fuere, hay que prevenir los trastornos antes citados, que llevan a la invalidez; trastornos que siempre son más acentuados, manifiestos y no regresivos que los que quedan la ligadura venosa por encima del trombo.-

C O N C L U S I O N E S . -

- 1ª): El tratamiento médico; antiespasmódico, anticuagulante, antiinfeccioso, debe ser el de elección. Siempre que se lo aplique bien y se lo controle mejor. Vigilar periódicamente al enfermo, después que es dado de alta, para controlar de esta manera si el proceso avanza.-
- 2ª): El tratamiento quirúrgico es un elemento más para combatir la tromboflebitis y debe ser aplicado en los siguientes casos:
- a) Tromboflebitis aguda que no responde al tratamiento médico o que dá embolia.-
 - b) En los casos en que a pesar de haber tenido buenos resultados con el tratamiento médico; dado de alta y a vuelto a la actividad, el edema aparezca y progrese y la impotencia funcional se haya acentuado.
 - c) En las tromboflebitis crónicas que pueden ser de iniciación solapada o consecutivas a una forma aguda y que se caracterizan por la gran impotencia funcional.-
 - d) También debe ser aplicado como profiláctico en enfermos que van a ser sometidos a grandes intervenciones quirúrgicas y que tengan antecedentes de tromboflebitis.-

La técnica operatoria que se ha seguido con preferencia está en sus pasos principales esquemáticamente dibujados.- Siempre a la ligadura y sección de la vena, seguimos con la simpatectomía periarterial, para actuar sobre el angioespasmo.-

En el post-operatorio hacemos papaverina, 0.04 grs. en-

do venosa cada 4 hs., Lique mine 50 gr. endovenoso cada 4 hs., durante 7 ú 8 días y controlando el tiempo de coagulación. Recién iniciamos esta medicación a las 24 hs. de la operación, para evitar los hematomas de la herida operatoria.-

Penicilina 100.000 U Intramusculares cada 4 hs.-

Levantamos los pies de la cama, para favorecer la circu lación de retorno.-

Vendaje elástico de ambas piernas. No limitamos los movimientos del enfermo.-

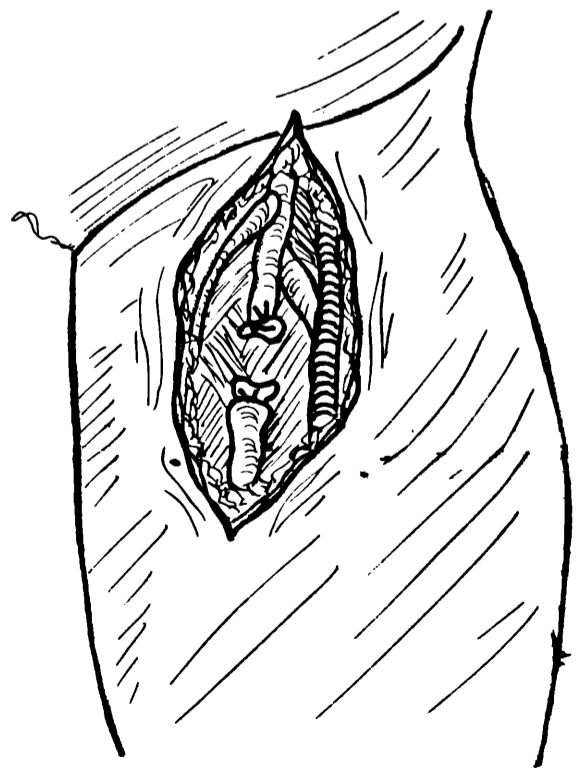
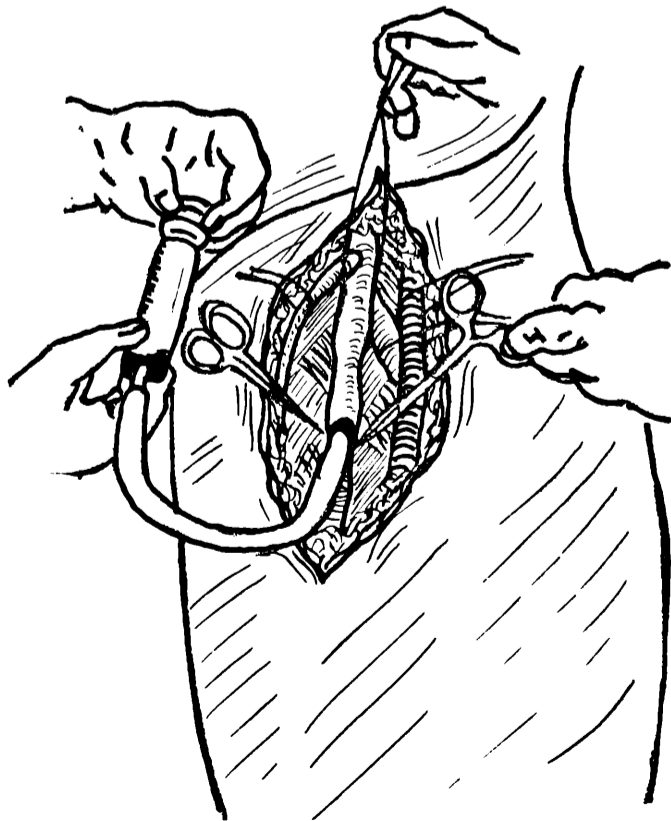
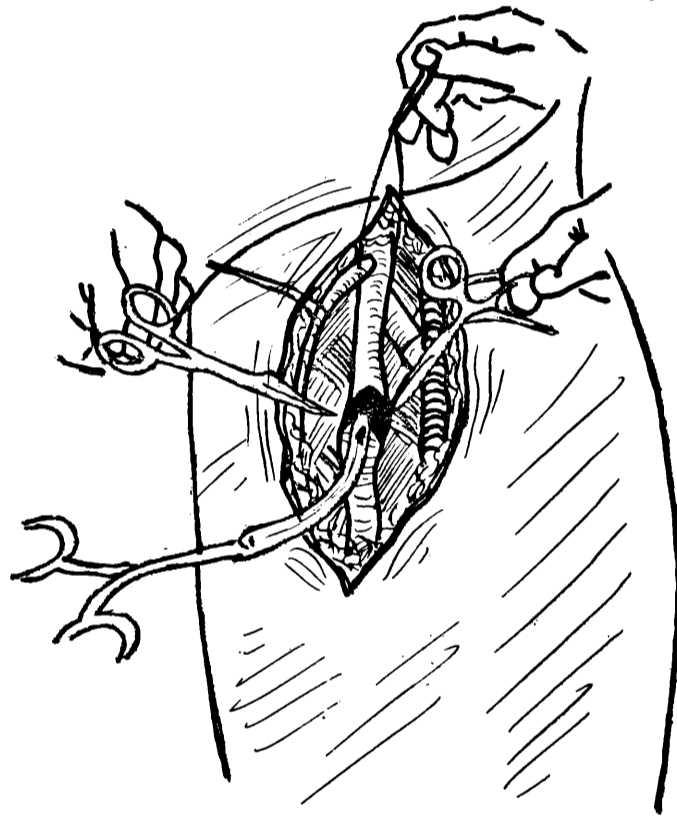
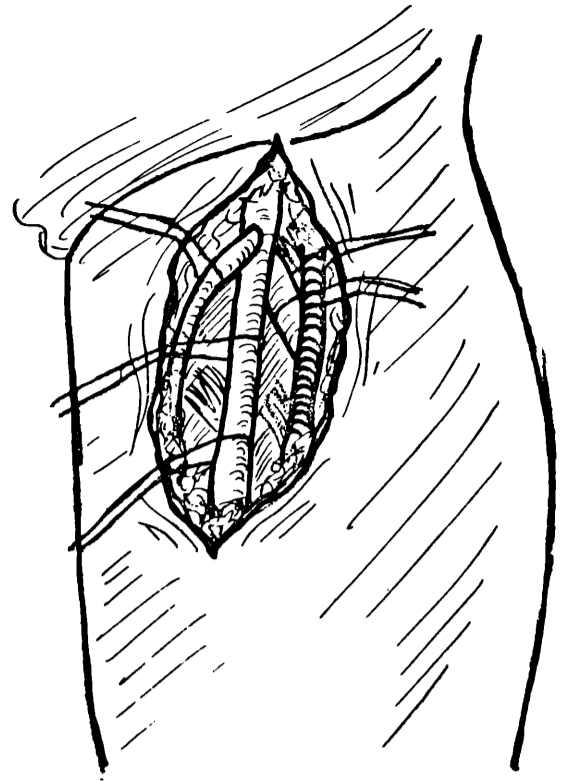
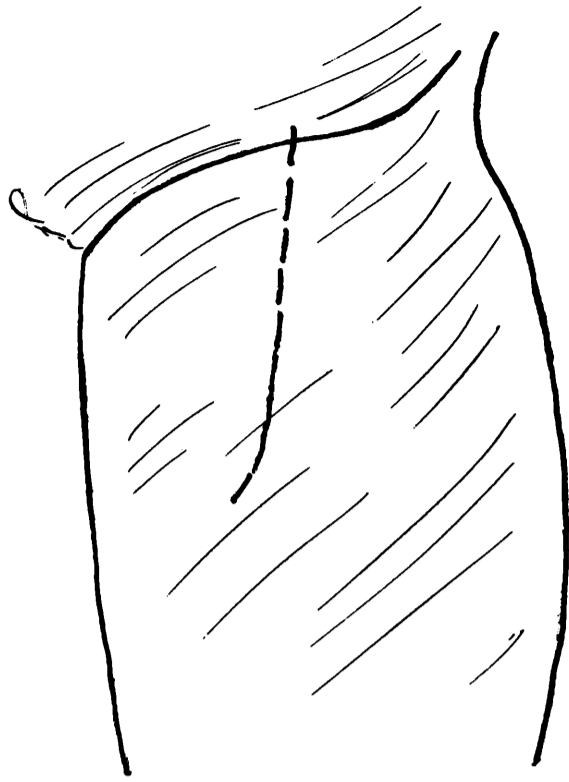
No bien el enfermo se halla afebril y la taquicardia dis minuye lo mismo que el edema, condiciones que por lo general se consiguen en escasos días, se hace levantar al enfermo.-

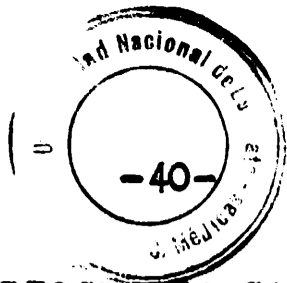
Cuando le damos el alta, se le efectúa previamente un ven daje con cola de zinc.-

---oooooOooooo---

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALLEN ARTHUR W.: Trombosis venosa y embolia pulmonar. Día Médico, 1946. Tomo 1, pág. 824.-
- ALLEN LINTON: A.M.A. Nro.9 - año 1945.-
- BENCROFT FREDERIC: Ligadura alta y trombectomía en las flebotrombosis femorales e ilíacas. Anales de Cirugía, año 1945.-
- BENCROFT and HUMPHREYS: Trombosis in veins of limbs. Surgical Treatment.-
- BUSTOS FERNANDO M.: Resultados del tratamiento quirúrgico de las flebitis. Academia Argentina de Cirugía, 1948.-
- CURUCHET JORGE LUIS: Flebotrombosis o trombosis venosa aseptica. Revista de la A.M.A., 1945.-
- DELZOR LUIS E. y BRONSTEIN JULIO: Tromboflebitis. Día Médico. Vol.20, pág. 1374, año 1948.-
- DONOVAN R.: Flebografía de los miembros. Academia Argentina de Cirugía, 1944.-
- DIA MEDICO N°49: agosto de 1947; Flebotrombosis y su tratamiento.-
- DIA MEDICO N°13: marzo de 1945; Tratamiento con dicumarol en los procesos trombóticos.-
- DIA MEDICO N°28: junio de 1949; Trombosis venosa y anticoagulante.-
- DIA MEDICO N°35: junio de 1949; Los Peligros del dicumarol.
- DIA MEDICO N° , del 17 de octubre de 1949; Un signo precoz de trombosis femoral.-
- DIA MEDICO del 19 de mayo de 1947: Trombosis venosa.-
- FUENTE JOSE J.: Tratamiento de los flebitos. Terapéutica clínica, tomo I.-



IPARRAGIRRE JULIO G: Tromboflebitis y flebotrombosis. Revista de la A.M.A., mayo 15 de 1946.-

IVANISSEVICH O. y TAIANA J.A.: Flebografía del sistema profundo de los miembros inferiores. Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica, 1944.

JACOB ALFREDO Y SONTAG GANGARA: Tratamiento quirúrgico de las tromboflebitis útero pelviana aguda.- Obst. y ginecología lat. americana, 1947.-

JENSEN REES D.: El problema de la tromboflebitis. Anales de Cirugía N°3, 1945.-

LENTINO AQUILES S.: Tromboflebitis y flebotrombosis. Semana Médica, 1949.-

LESSER ALBERT - DANELINS G.: La flebografía: su valor para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos venosos de los miembros inferiores. Anales de Cirugía, N°5, 1944.-

MARTORELL F.: Sobre la manera de morir los tromboflebiticos y la manera de evitarlo. Revista Clínica española, 1944.-

MARTORELL F.: Tromboflebitis de los miembros inferiores; 1943.-

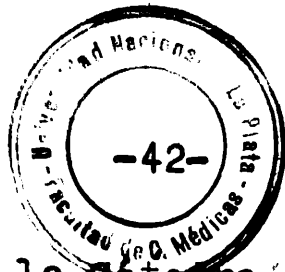
MARTORELL F.: Accidentes vasculares de los miembros. 1946.

MARINO HECTOR: Trombosis y Embolia. Terapéutica Clínica - Tomo II (II. parte).-

MALENCHINI - ROCA - RUA: Flebografía del miembro superior. Día Médico N°16, mes de abril de 1949.-

MICHARES JUAN R.: Tromboflebitis de los miembros inferiores. Bib. de Medicina Interna, 1945.-

MAZZEI E. - S.TAYLOR GOROSTIAGA - MAGLHAES: El embolismo pulmonar. Patogenia de la embolia. Desde la tromboflebitis hasta la flebotrombosis.



Anales de la ~~Cátedra~~ de Clínica Médica, 1946.-

OCHSNER: Uso de la vasodilatación en el tratamiento de la trombosis venosa. Día Médico del 19 de mayo de 1947.-

PATARO VICENTE F.: Tromboflebitis y flebotrombosis. La Prensa Médica Argentina, Nº22, 1947.-

PILHEU FEDERICO R.: Flebotrombosis y tromboflebitis. Día Médico, 1949.-

R.de VEGA-F.CRESPO-P.A.GARCIA: Gangrenas tromboflebiticas. Día Médico Nº24, año 1947.-

RABUFFETTI LUIS Y MARINI LUIS C.: Tromboflebitis traumática. Rev. de medicina y ciencias afines, año 1946.-

THEBAUT BEN R. - CHARLES S. WARD: Ligadura de la vena cava inferior en la trombosis y embolia. Día Médico, Nº24 - año 1947.-

THIVAISTES LASERA - M.H.BENEVEDIA: Tratamiento de la tromboflebitis de los miembros inferiores, mediante el bloqueo del simpático lumbar. Día Médico, año 1944.-

YODICE A. y V. DALMASES: Ligadura de la vena cava inferior en las trombosis embolígenas de los miembros inferiores. Día Médico Nº12, 1949.-

ZABALETA DIEGO E. - PATARO F.: Flebotrombosis y tromboflebitis, Día Médico Nº61, año 1947.-

ZIMMERMAN L. - MILLER D. - ALFRED Y N. MARSHALL: Embolia pulmonar: su frecuencia, significado y relación con el antecedente de enfermedad venosa. Día Médico, Nº22, año 1949.-

---oooooOooooo---

Don (42) Fajen -
Causa



[Handwritten signature]
RAFAEL G. ROSA
PROSECRETARIO

[Handwritten signature]
No. 211 - 44