



MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS
VARICES
PROCEDIMIENTO DE ELECCION

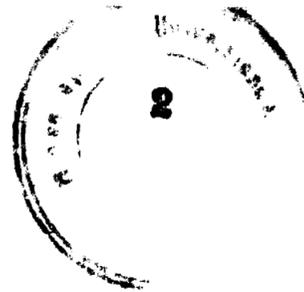
Tesis de
doctorado

de

ALEJANDRO DUSSAUT (h)

Padrino de Tesis
Profesor Adjunto
Dr. ALEJANDRO DUSSAUT

1 9 5 2



MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Prof. Dr. Carlos Pascali

VICERECTOR:

Dr. Pedro G. Paternosto

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Carmelo Puccierelli

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DELEGADO INTERVENTOR:

Prof. Dr. Diego M. Argüello

SECRETARIO:

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

PROSECRETARIO:

Sr. Rafael G. Rosa

4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophilo Francisco

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M. - Cl. Oftalmológica

" Baldasserre Enrique C. - F. F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E. - Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A. - Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria

" Carratelá Rogelio F. - Toxicología

" Carreño Carlos V. - Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R. - Cl. Pediátrica y Puericultura

" Corazzi Eduardo S. - Patología Médica Ia.

" Chritsmann Federico E. B. - Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R. E. - P. y Cl. de la Tuberculosis

" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica

" Echeve Dionisio - Física Biológica

" Floriani Carlos - Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto I. - Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto - Fisiología y Psicología

" Girardi Valentín C. - Ortopedia y Traumatología

" Gonzalez Hernan D. - Cl. de Enf. Inf. y P. Tropical

" Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal

" Lambre Rómulo R. - Anatomía Ia.

" Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica

" Lyonet Julio H. - Anatomía IIa.

" Maciel Crespo Fidel A. - Semiología y Cl. Propedéutica

X" Martinez Diego J. J. - Patología Médica IIa.

Dr. Mazzei Egidio S. - Clm Médica Ite.

- " Montenegro Antonio - Cl. Genitourológica
- " Manso Soto Alberto F. - Microbiología
- " Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R. A. - Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Rossi Rodolfo - Cl. Médica
- " Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica
- " Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia

PROFESORES ADJUNTOS

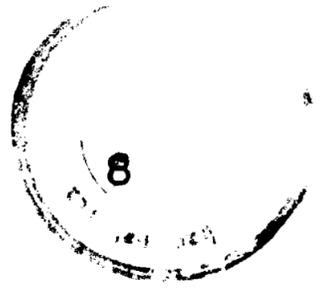
Dr. Aguilar Giraldes Delio J. - Cl. Pediátrica y Puericult.

- " Acevedo Benigno S. - Química Biológica
- " Andrieu Luciano M. - Cl. Médica Ia.
- " Bach Víctor Eduardo A. - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Baglietto Luis A. - Medicina Operativa
- " Baile Mario Raúl - Cl. Médica Ite.
- " Barani Luis T. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Belliggi José - P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J. - Cl. Pediátrica y Puericultura
- " Caino Héctor V. - Cl. Médica Ia.
- " Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Propedéutica
- " Cabarron Arturo - Cl. Médica Ia.
- " Carri Enrique L. - Parasitología
- " Cartelli Natalio - Cl. Genitourológica
- " Castedo César - Cl. Neurológica
- " Castillo Odena Isidro - Ortopedia y Traumatología
- " Ciafardo Roberto - Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica

- 6
- Dr. Chesotta Néstor A. - Anatomía I.**
- " **Del Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología**
 - " **De Lena Rogelio F. A. - Higiene y M. Social**
 - " **Dobric Beltram Leonardo L. - P. y Cl. de la Tuberc.**
 - " **Dragonetti Arturo R. - Higiene y M. Social**
 - " **Dussaut Alejandro - Medicina Operatoria**
 - " **Fernandez Audicio Julio César - Cl. Ginecológica**
 - " **Fuertes Federico - Cl. de Enf. Inf. y P. Tropical**
 - " **Geribotto Roman C. - Patología Médica IIa.**
 - " **Garcia Olivera Miguel A. - Medicina Legal**
 - " **Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica**
 - " **Giroto Rodolfo - Cl. Ginecológica**
 - " **Gorosterzu Carlos Mario - Anatomía IIa.**
 - " **Gotusso Guillermo O. - Cl. Neurológica**
 - " **Guixá Héctor Lucio - Cl. Ginecológica**
 - " **Imbriano Aldo Enrique - Fisiología**
 - " **Ingratta Ricardo N. - Cl. Obstétrica**
 - " **Lascano Eduardo Florencio - Anatomía y F. Patológicas**
 - " **Logescio Juan - Patología Médica Ia.**
 - " **Loza Julio César - Higiene y M. Social**
 - " **Lozano Federico S. - Cl. Médica Ia.**
 - " **Mainetti José María - Cl. Quirúrgica Ia.**
 - " **Manguel Mauricio - Cl. Médica IIa.**
 - " **Marini Luis C. - Microbiología**
 - " **Martínez Joaquín D. A. - Semiología y Cl. Propedéutica**
 - " **Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica**
 - " **Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica**
 - " **Meilij Elías - P. y Cl. de la Tuberculosis**
 - " **Michellini Raúl T. - Cl. Quirúrgica IIa.**
 - " **Morano Brandi José F. - Cl. Pediatría y Puericultura**
 - " **Moreda Julio M. - Radiología y Fisioterapia**



- Dr. Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia**
- " Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica
 - " Negrete Daniel Hugo - Patología Médica
 - " Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica
 - " Prieto Elías Herberto - Embriología e H. Normal
 - " Prini Abel - Cl. Otorrinolaringológica
 - " Penín Raúl P. - Cl. Quirúrgica Ia.
 - " Polizza Amleto - Medicina Operatoria
 - " Roselli Julio - Cl. Pediátrica y Puericultura
 - " Ruera Juan - Patología Médica Ia.
 - " Sanchez Héctor J. - Patología Quirúrgica
 - " Schaposnik Fidel - Cl. Médica IIa.
 - " Taylor Gorostiaga Diego J. J. - Cl. Obstétrica
 - " Torres Manuel M. del C. - Cl. Obstétrica
 - " Trinca Saúl E. - Cl. Quirúrgica IIa.
 - " Tropeano Antonio - Microbiología
 - " Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
 - " Tosi Bruno - Cl. Oftalmológica
 - " Vanni Edmundo O. F. U. - Semiología y Cl. Propedéutica
 - " Vazquez Pedro C. - Patología Médica IIa.
 - " Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica
 - " Tau Ramón - Semiología y Cl. Propedéutica
 - " Zabludovich Salomón - Cl. Médica IIa.
 - " Zatti Herminio L. M. - Cl. de Enf. Inf. y P. Trop.



- A mis pedres

- A mi novia

INTRODUCCION

El tratamiento quirúrgico de las varices del miembro inferior, constituye un recurso terapéutico de probada eficacia y de entre los numerosos procedimientos, la reacción de la safena interna desde la ingle hasta el maleolo interno, es el que ofrece mayores garantías.

Desde que se conoce mejor la anatomía y la fisiopatología del sistema venoso en cuestión, se reafirma el concepto de la necesidad de obrar radicalmente para evitar la inoperancia de los métodos operatorios y las posibilidades de recidivas.

Los tallos metálicos aseguran en general la extirpación de extensos sectores del tronco principal de la vena y el fleboextractor de Pataro, por la longitud del mismo, por la olive que presenta (semejante al de otros tallos) y la campana que evite invaginaciones del vaso sobre si mismo, asegura las resecciones más amplias y las menos riesgosas.

La circunstancia de haber participado en el tratamiento de un buen número de enfermos con várices, me indujo a adoptarlo como tema de tesis, limitando la casuística a los casos tratados con el fleboextractor de Pataro, que consideramos el método de elección

HISTORIA

Las primeras tentativas en el tratamiento de las vérices, se remonta a HIPOCRATES, quien por punción evacuaba la sangre contenida en las venas dilatadas, tentativas vanas que no tienen otro mérito que su valor histórico. En cambio a CELSO en el año 30 después de Jesucristo, se debe la primera extirpación quirúrgica de paquetes varicosos y que se halla consignado en su "Tratado de Medicina".

Posteriormente GALENO extirpa venas varicosas por medio de ganchos, y alrededor del año 550 ANTIUS de AMIDA describe la técnica que preconiza para extirpar y ligar las venas.

AMBROSIO PARE fué quien al promediar el 1500 estableció la relacion que existía entre las vérices y muchas úlceras de la pierna.

COLOMBO, SERVET, CESALPINO, VESALIO, FABRICIO y su discípulo HARVEY etc., contribuyeron poderosamente al conocimiento de la anatomía y fisiología circulatoria, lo que habría de condicionar un señalado impulso y el desarrollo en el campo de la experimentacion clínica del tratamiento de esta afección, si bien fué frenado durante muchos años por el desconocimiento de la fisiopatología indispensable al avance sobre base firme.

BRODIE alrededor de 1850 y en base a la descripción de VON LODER sobre la red venosa y las válvulas incontinentes, describe el reflajo venoso centrífugo

que se produce por este motivo en la safena interna, correspondiente a TRENDLEMBURG la descripción de conjunto acerca de la rémora venosa por incontinencia valvular por el aumento del calibre de los vasos venosos. Simultáneamente, vale decir a mediados del siglo pasado, comienzan las primeras experiencias en lo que habría de constituir el tratamiento esclerosante de las várices.

DEBOUT en 1853 publicó un trabajo acerca de los resultados obtenidos con el percloruro de hierro endovenoso con el fin de esclerosar los vasos.

VALETTE en 1857 y con el mismo objeto utilizó el líquido iodotánico, NEGRETTE el cloral, TAVEL una solución fenicada al 5% previa ligadura por encima de la vena, SCHIASSI una solución iodurada etc., habiendo empleado distintas sustancias con el mismo fin, como el salicilato de sodio, la quinina, los morruatos, etc.

Este procedimiento alcanzó pronto gran desarrollo, por ser sencillo, por estar al alcance de cualquier médico, y porque si bien no está exento de riesgos, no exponía a los peligros de la cirugía de aquella época.

Sin embargo no llegó a ser la solución integral del problema, de ahí que los recursos quirúrgicos fueran ganando terreno, siendo entre otros autores: SCHERDE, MADLUNG y TRENDLEMBURG, quienes más contribuyeron al progreso de esta cirugía.

Con TRENDLEMBURG en 1891 se inicia la ligadu-

ra y sección de la vena safena interna en el $\frac{1}{3}$ medio del muslo, y es SCHIASSI quien realice las primeras inyecciones esclerosantes en el acto operatorio.

A TAKATS en 1930 corresponde el mérito de iniciar las ligaduras del cayado de la safena interna, hoy reemplazada por la sección del cayado y de todas sus afluentes, operación de ROBINSON.

Y es WILLAUER en 1936 quien aconseja la ligadura y sección de la safena externa en su desembocadura en la vena poplítea, en las dilataciones varicosas del territorio correspondiente.

A su vez el propio TRENDLENBURG perfecciona su primitivo procedimiento, desde que al profundizar su fisiopatología comprende la necesidad de actuar en sectores más amplios de la vena. Por ello propone las ligaduras y resecciones escalonadas, que si bien aseguren los resultados en un mayor número de casos no pone a cubierto siempre de las recidivas a expensas de las comunicantes y de las insuficiencias valvulares.

De ahí surgieron los procedimientos más radicales, como las resecciones extendidas que se practican en la actualidad y cuyas primeras tentativas se deben a MADRLUNG, TERRIER y ALGLAVE quienes ya en 1884 comprendieron la necesidad de las resecciones extensas a través de extensas incisiones.

En 1916 NARATH propone la resección subcutánea de la safena interna a través de pequeñas incisiones escalonadas horizontales en el trayecto de la vena, y



simultáneamente BARCOCK el arrancamiento subcutáneo mediante un extractor metálico o sonda maleable de 60 centímetros de longitud.

Pero hay que remontarse a GALENO para buscar el origen de la safenectomía con ganchos o tallos metálicos, pues ya se encuentra en sus descripciones esta manera de proceder.

KELLER en 1905 preconiza el arrancamiento de la safena mediante tallos metálicos, lo que inspiró a BABCOCK a crear su procedimiento.

MAYO a su vez crea un método propio que no difiere fundamentalmente; usa un tallo provisto de un aro que se desliza alrededor de la vena y arranca sus afluentes.

Entre nosotros se generaliza el procedimiento de BABCOCK que en principio consiste en introducir el tallo metálico por el interior de la vena para proceder luego a su arrancamiento.

RODRIGUEZ VILLEGAS idea su tallo abotonado; GIMENEZ a su vez crea un fleboextractor de características parecidas y PATARO idea su tallo flexible provisto de una oliva desmontable que sirve para introducirlo y reemplazándolo por la campana que sirve para extraer la vena por arrancamiento.

FISIOPATOLOGIA VENOSA DEL MIEMBRO INFERIOR

El sistema venoso del miembro inferior, a pesar de las variedades y anomalías que caracterizan este sistema en general, ha sido bien estudiado y esquematizado.

zado por los anatomistas, pudiendo en definitiva afirmar que siempre está representado el 1º) Sistema de la vena ilíaca externa. 2º) El sistema de las ramas extrapelvianas de la hipogástrica, y 3º) El sistema de las venas comunicantes.

Como en el resto del organismo, en el miembro inferior la sangre después de trasponer el territorio capilar, vuelve al corazón a través de las venas, sistema que se inicia en colectores de pequeño calibre, o vénulas, pasando por las venas medianas y terminando en las venas mayores de la raíz de los miembros.

Los dos colectores principales son: la vena ilíaca externa y la ilíaca interna o hipogástrica, siendo la primera, la que merece todo nuestro interés y sus caracteres anatómico y fisiológicos han servido de base para el estudio de la fisiopatología y del tratamiento de los procesos patológicos que le afectan y en particular de las várices.

Sin embargo no es posible desconocer el sistema de la hipogástrica que puede ser asiento de dilataciones varicosas, cuyo desconocimiento llevaría al fracaso de tentativas quirúrgicas mal orientadas, aunque ello solo puede pasar por excepción.

I - Sistema de las ramas extrapelvianas de la ilíaca interna o hipogástrico:

- 1 - La vena obturatriz
- 2 - La vena glútea
- 3 - La vena pudenda interna
- 4 - La vena isquiática

Su nomenclatura dice por sí sola su distribución topográfica y la necesidad de pensar en la alteración de este sistema a través de su distribución regional, lo que como decimos más arriba es asiento de várices por excepción.

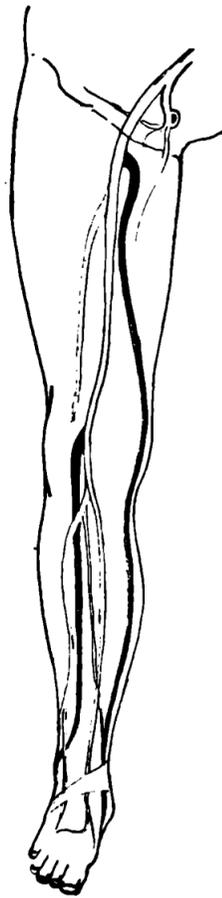
Mucho más importante resulta conocer el sistema de la vena ilíaca externa, desde que a él corresponden los colectores más frecuentemente afectados por las dilataciones varicosas y las incontinencias valvulares, nos referimos a la femoral profunda con sus dos más importantes afluentes, la safena interna y la safena externa, constituyendo la primera la circulación profunda del miembro y las dos últimas la circulación superficial (Fig nº 1).

II Sistema de la vena ilíaca externa

Circulación profunda	{ Vena femoral y su confluente (la vena femoral profunda
Circulación superficial	{ de la vena safena interna (de la vena safena externa

La circulación profunda: está constituida por el conjunto de venas que acompaña en número de dos a cada arteria, terminando en su más importante colector, la vena femoral, que al penetrar en la pelvis se transforma en ilíaca externa.

Este sistema es excepcionalmente afectado por lo que podríamos llamar várices idiopáticas; y las alteraciones de este carácter son en general la consecuencia de tromboflebitis recanalizadas, dejando como



El sistema venoso profundo y el superficial, este último entrazado negro, constituido por la safena interna y la safena externa (imitada de Leurens)

Fig. nº 1



saldo la esclerosis de las paredes y la pérdida de su elasticidad.

La flebografía es el único medio de diagnóstico y su tratamiento responde más al problema de la tromboflebitis que al de la secuela varicosa, que por excepción crea situaciones difíciles para el enfermo.

La circulación superficial: formada por las dos safenas, la interna y la externa, no son sino dos de los afluentes de la femoral, pero que en realidad tienen fisonomía propia, pues son los dos principales colectores de toda una extensa red de la superficie del miembro.

La razón de la predilección de las alteraciones que estudiamos por el sistema superficial, es fácilmente explicable, pues a diferencia del sistema profundo, sus vasos no están rodeados por el conjunto de músculos que por su tonismo y su contracción no solamente constituye un sólido apoyo a sus paredes, sino que a su vez favorece la circulación de retorno como luego veremos.

A pesar de lo cual los dos sistemas deben ser estudiados en conjunto, desde que el superficial es tributario del profundo, y porque entre ambos existe otra relación, la del sistema de las venas comunicantes, que estudiaremos más adelante.

Vena safena interna: Se inicia en el dorso del pie, pasa por delante del maleolo interno, recorre la cara interna de la pierna y del condilo interno del

fémur, más cerca del borde posterior, para dirigirse hacia adelante y luego hasta arriba, siguiendo la cara antero interna del muslo para terminar en el cayado que atraviesa la fascia cribiformis del triángulo de Scarpa y desemboca en la femoral a 3 ó 4 centímetros por debajo de la arcada crural (Fig nº 2 y 3).

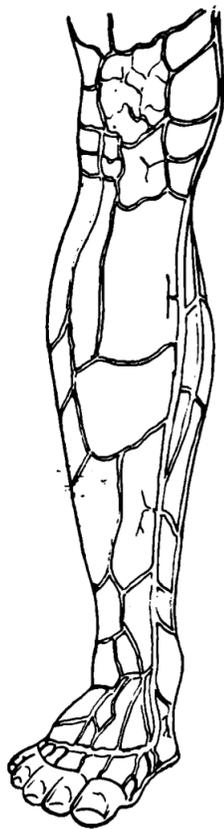
La fascia se condensa hacia abajo y afuera del anillo del cayado, formando el ligamento falciforme de ALLAN BURNS.

Resulta muy importante conocer sus caracteres anatómicos desde que ello es indispensable a la cirugía, que ha efectuado en toda su trayectoria, no obstante en lo que se refiere al tronco mismo de la vena, sino sobre sus numerosas confluentes.

Afluentes de la safena interna

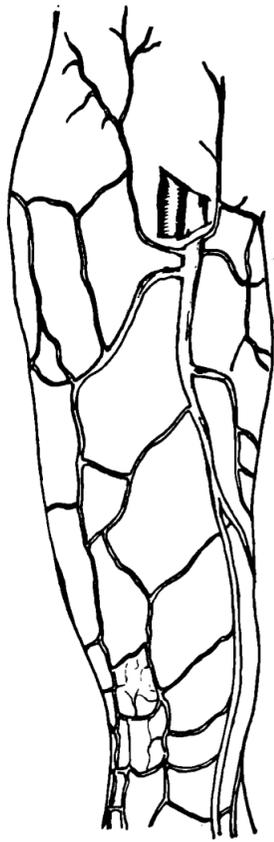
- 1 - Venas superficiales de la región antero interna de la pierna.
- 2 - Vena femoral superficial externa.
- 3 - Conducto anastomótico de la safena externa e interna que corre por el lado interno del muslo.
- 4 - Las venas pudendas externas superficiales.
- 5 - La vena subcutánea abdominal.
- 6 - La vena circunfleja ilíaca.
- 7 - Las venas ganglionares de pequeño calibre.

El esquema del cayado y sus confluentes (Fig. nº 4) facilita su comprensión y la importancia de este segmento se deriva de que de mucho tiempo se creyó que para el éxito de la intervención bastaba ligar la safena interna y todas las confluentes del ca-



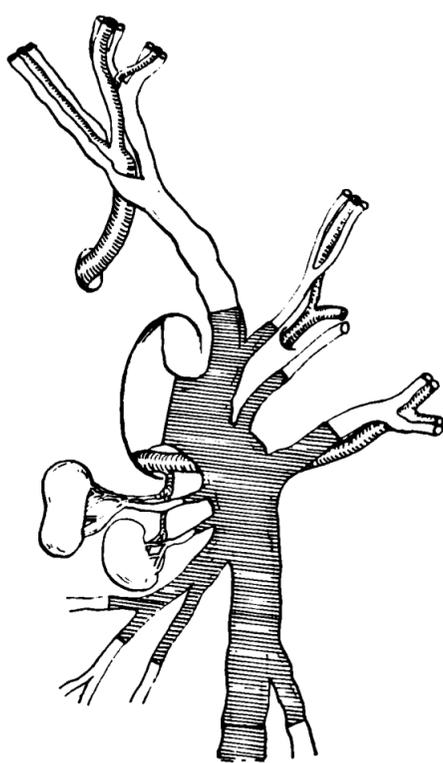
La vena safena interna en su recorrido por la
pierna (imitada de Testut)

Fig. nº 2



La vena safena interna en su recorrido por el mus-
lo (imitada por Testut)

Fig. N° 3



Las afluentes de la safena interna en rayado el tronco principal desde su desembocadura misma (sitio de la ligadura bien empleada) sin límite inferior pero limitada en cada uno de los afluentes donde deben ser ligados (imitada de Christmann)

Fig. nº 4

yado.

Para VIANNAY alrededor del 6,5% de los casos la safena interna es doble a nivel del muslo y para CLASSER en un 9% hay una safena interna accesoria.

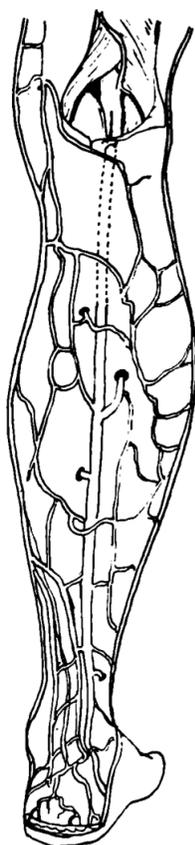
Es la safena interna y el conjunto de sus confluentes la más frecuentemente afectada por las alteraciones varicosas, alcanzando excepcionalmente a todo este extenso sistema, limitándose en general al tronco principal y a algunas ramas.

Vena safena externa: Que nace del arco dorsal del pie, pasa por detrás del maleolo externo y al perforar la sponerosis discurre por debajo de la misma entre los dos cuerpos de los músculos gemelos, alcanza el hueco poplíteo, donde a modo de cayado de atrás a adelante, desemboca en la cara posterior de la vena poplíteo.

Recoge los afluentes del territorio que recorre, además del conducto anastomótico que la une a la safena interna.

III Sistema de las venas comunicantes: Dos o tres venas que unen la safena interna con la femoral y cuya corriente sanguínea va de la superficie a la profundidad, constituyen parte del sistema de venas comunicantes últimamente vinculadas a los mecanismos fisiopatológicos de las várices.

Cada una de ellas presenta una válvula próxima a la desembocadura en la femoral y a su incontinencia



Vena safena externa (Imitada de Testut)

Fig. nº 5



cia se debe buena parte de los fracasos después de la ligadura del cayado de la safena interna.

Hay venas comunicantes en las piernas que unen las safenas con sus ramas a las venas profundas, tibial anterior y posterior, peroneas, poplíteas, etc., pero de mucha menos importancia patogénica que las del muslo.

Hay además un sistema de venas perforantes cuya corriente va de la profundidad a la superficie, que nace de los músculos y desembocan en las venas tributarias de la safena.

De los tres sistemas, son los dos últimos los que tienen mayor interés, pues es allí donde asientan con particular predilección las alteraciones que estudiemos condicionadas, como es natural, por los caracteres anatómicos y fisiológicos de estos dos sistemas.

Por lo pronto, fácil es admitir las dificultades que en la circulación de retorno encontrará en el territorio de la vena cava, inferior, donde un sistema de válvulas se opone al retroceso de la corriente sanguínea, tan favorecida en el sistema de la vena cava superior, por la acción de la gravedad, al punto que este sistema está desprovisto de válvulas.

Un conjunto de factores contribuye a asegurar la corriente centrípeta, factores que como es natural, y como luego veremos, pueden estar seriamente afectados o anulados.

Para WHITE, la presión negativa intratorácica

en la inspiración sería el más importante factor de tipo aspirante, sin negar la importancia de la aspiración producida en cada diástole cardíaca.

La fuerza impelente de la contractura de los músculos del miembro inferior que se ejerce especialmente sobre el sistema venoso profundo, es innegable.

Los músculos que rodean a las venas, son por un lado un sólido apoyo, y por otro, su contracción al comprimirlos impulsa su contenido.

De ahí que el sistema venoso que discurre por la superficie en una atmósfera indiferente como es el tejido celular, esté por esta razón mucho más predispuesto al éstasis sanguíneo y a la dilatación de las venas, tanto más cuanto que las tareas habituales obligan a los enfermos a permanecer mucho de pie (guardas de tranvía; agentes de policía, etc.) donde la acción de la gravedad se multiplica y la elasticidad de los vasos se vence.

En las contracciones intermitentes de los músculos, la sangre del sistema profundo se ve impulsada y en los intervalos la aspiración de éste sobre el sistema superficial a través de las comunicantes, favorece la derivación sanguínea en este sentido.

Al vis a tergo se le ha querido asignar importancia como factor para la corriente centrípeta, pero es dudoso admitir que puedan quedar restos de la fuerza sistólica ventricular en la sangre impulsada, después de haber atravesado el territorio capilar.

Ahora bien; a todos estos factores de importancia desigual, es necesario agregar los elementos pro-

pios de los vasos venosos, nos referimos a la elasticidad vascular y a la acción de las válvulas.

Cuando factores constitucionales no alteran las propiedades de la pared su integridad está asegurada por la integridad de los factores antes enunciados, aunque habría que buscar en la suma de los distintos factores, la razón de una lateración que no puede ser explicada, sino en excepción por un solo factor.

La acción de las válvulas es innegable luchando permanentemente con la gravedad y su número que es irregular está en razón inversa a la frecuencia de las varices.

Son mas numerosos en los vasos pequeños y en los sistemas profundos, disminuyendo en razón inversa al calibre, estando desprovistas de válvulas la iliaca primitiva y la cave inferior.

La vena femoral, en consecuencia debe soportar el enorme pesos de las columnas de sangre que media entre las últimas válvulas de la iliaca externa y la aurícula derecha.

Agrupadas en pares, forman como dos nidos incertados en la hemicircunferencia correspondiente de la vena, con la convexidad orientada en sentido distal y cuyo borde libre en contacto con su homólogo, cierra total e intermitentemente el paso de la columna de sangre en su intento retrógrado.

La alteración de las válvulas o mejor dicho su insuficiencia, es una alteración secundaria a la elasticidad de las paredes de la vena, que se deja distender en los segmentos intervalvulares, para secundariamente alterar la pared a nivel de la inserción de las válvu-

las que se hacen insuficientes al aumentar el calibre del vaso a su nivel.

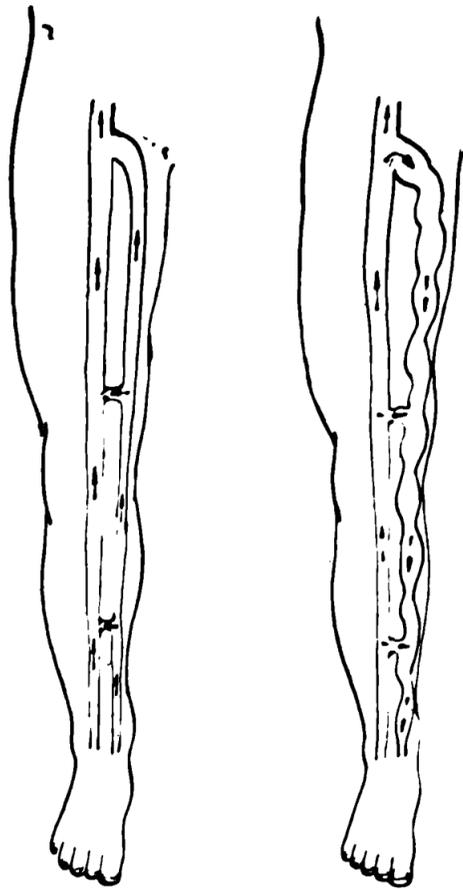
Las válvulas de la safena interna, las de las venas comunicantes y las de la femoral, son las que juegan papel mas importante en la patogenia de esta afección.

Ahora bien, del estudio de todos estos factores se infiere, que si bien es difícil determinar, cual es la lesión inicial, hay que admitir que cualquiera que ella sea, alterando los mecanismos fisiológicos, llevan a las dos alteraciones fundamentales que se observan en todos los casos, la dilatación de las venas y la insuficiencias de las válvulas.

Pérdida del tono de las paredes cuyo origen constitucional no podía negarse, o debilidad mesodérmica idiopática que sin poder vincularlo a su origen verdadero, parece ser el único factor en algunos casos, los trastornos endócrinos han sido invocados, así como cierta predisposición, sumados muchas veces a factores predisponentes, como ciertos oficios, superponen la insuficiencia que conduce a la dilatación de las venas.

A esta primera alteración los signos objetivos se reducen a la dilatación varicosa, con escasa sintomatología subjetiva, constatando siempre, cuando el enfermo pasa de la posición horizontal a la vertical, que los paquetes venosos se llenan lentamente, en 30' mas o menos.

Hasta aquí, las válvulas actúan eficazmente, la corriente sanguínea es impulsada, aunque con su velocidad disminuida, conteniendo los vasos del territorio afectado, un mayor caudal de sangre.



A la izquierda la corriente sanguínea sigue su curso normal a la derecha se ve la corriente invertida por insuficiencia valvular y la dilatación del sistema venoso superficial (Imitada de Laurens)

Fig. nº 6

En un grado más avanzado de la afección, la alteración del calibre de las venas, afecta los segmentos de inserción de las válvulas lo que traerá como consecuencia la separación de los dos bordes de contacto de las válvulas y por lo tanto la insuficiencia funcional de las mismas.

Si la válvula del cayado de la safena interna es la insuficiente, el signo de BRODIE-TRENDELENBURG, seña positivo, signo que consiste en vaciar el miembro de sangre elevándolo sobre el nivel del cuerpo, observando que si comprimimos la raíz a nivel del triángulo de SCARPA y hacemos parar al enfermo, las venas permanecen vacías.

Si en cambio son las válvulas de las venas comunicantes las insuficientes con la misma maniobra, al pasar el enfermo a la vertical, las venas se llenan en menos de treinta segundos (Insuficiencia de las válvulas yuxtaostiales).

Pero si es la válvula del cayado la insuficiente, al cesar la presión en la raíz del muslo en la estación de pie, las venas se llenan rápidamente. De ahí que haya dos formas de reflujo, el horizontal por insuficiencia de las válvulas de las comunicantes (dilatación de las venas en menos de 30 segundos) y la vertical por insuficiencia de la válvula del cayado (Dilatación brusca de las venas).

Cuando son todas las válvulas insuficientes la asfixia local es la consecuencia y la cianosis el signo más ostensible.

Ahora bien, la dilatación varicosa afecta generalmente el sistema superficial, vale decir el de la safena interna y la safena externa, cuya corriente sanguínea desemboca en la femoral que pertenece al sistema profundo.

La circunstancia de que el sistema superficial esté desprovisto del apoyo de los músculos con que cuenta la femoral, y que como ya dijimos hasta contribuye por su contracción a favorecer la circulación de retorno, parecería explicar la razón del predominio de este sistema.

Todos los factores que se opongan a la circulación venosa determina un éstasis sanguíneo que gravita sobre la pared de los vasos a quien tiende a dilatarse, especialmente en ciertos sectores de territorios (Sistema superficial) por las causas ya apuntadas y en los espacios comprendidos entre las válvulas.

Secundariamente se afectan estos, y al hacerse insuficientes son capaces de alterar la corriente sanguínea que va de lo superficial a lo profundo invirtiéndose la corriente hacia la safena externa por insuficiencia de la válvula en su desembocadura en la poplítea y hacia la safena interna por insuficiencia de las válvulas yuxtaostiales de las comunicantes, así como la que se encuentra en su desembocadura a nivel del cayado. De todo lo expuesto se deduce que las variaciones de la presión venosa juegan un importante papel en los mecanismos fisiopatológicos que estamos estudiando.

En efecto, hay un ejemplo digno de mencionarlo, pues sirve para demostrar que esta alteración es capaz por sí solo de provocar la formación de várices, que a su vez desaparecen con el factor que las condicionó, nos referimos al embarazo.

Forman legión el número de mujeres que sufren de várices que se aparecen en el curso del embarazo, para no desaparecer jamás, otras por cierto en número muy reducido aparecen las várices en las mismas circunstancias y desaparecen con el parto. Con las hemorroides sucede algo parecido. La gestación constituye un obstáculo a la circulación de retorno, como consecuencia habrá un aumento de la presión venosa, éstasis sanguíneo y dilatación de los sectores correspondientes cuando aquella ha superado la capacidad elástica de los vasos.

Hasta aquí las alteraciones pueden ser reversibles y si no pasan de allí, cuando el obstáculo desaparece, todo entra de nuevo en orden; así pasa algunas veces con las várices y las hemorroides de las embarazadas.

Lo más frecuente es que asistamos a las alteraciones tisurales definitivas, que estudiaremos en el capítulo siguiente, pues el obstáculo es lo suficientemente prolongado y la enferma queda para siempre con sus dilataciones varicosas.

De este ejemplo deducimos que todo lo que sea capaz de aumentar la presión venosa, temporaria o definitivamente, creará condiciones propicias para que los vasos se dilaten.

Se deduce también que los obstáculos a la circulación de retorno de cualquier orden, aumentarán la presión venosa, ya radique el obstáculo en el propio sistema circulatorio o fuera de él.

En efecto una insuficiencia cardíaca aumentará la presión venosa sobre todo en la vena cave inferior, una tromboflebitis constituirá obstáculo parecido.

Cuando el obstáculo radica fuera del sistema circulatorio, bastará que actúe en su vecindad y lo comprima, tal es el caso del embarazo y los tumores en general.

En condiciones normales la presión venosa oscila entre 60 y 70 mm. de agua, pudiendo alcanzar en condiciones patológicas hasta 200 y 300 mm., lo que fácilmente se puede controlar con un neumomanómetro inflando el manguito hasta que la porción proximal de la vena quede exangüe.

Para la clínica, en el aspecto que estamos estudiando, basta saber que ella está aumentada o no, lo que fácilmente se establece ascendiendo el miembro superior por encima del plano del corazón y el miembro inferior por encima de la horizontal, con el enfermo acostado.

En ambos casos se medirá el aumento de la presión, por la altura a que hay que llevar el miembro para que las venas ingurgitadas queden exangües.

ANATOMIA PATOLOGICA

En su tratado de "Patología general y anatomía patológica" H. RIBBERT establece tres formas a las que conducen las fleboesclerosis en general:

- 1º - Dilatación cilíndrica o fusiforme
- 2º - La flebectasia circoidea o serpentina
- 3º - La flebectasia varicosa.

Por aumento de la longitud se forman conglomerados angiomasos con verdaderos lagos sanguíneos por perforación de las paredes en los vasos vecinos (Flebectasia anastomótica) a lo que RIBBERT llama, flebectasis circoidea, variedad de muy rara observación, y que no tiene otro significado que la rigidez de las paredes de los vasos, su pérdida de elasticidad y la rotura vascular que con frecuencia se ve en los varicosos, estallando la piel adelgazada a su nivel y provocando hemorragias graves.

La flebectasia varicosa es la forma habitual, por dilatación saciformes de las venas superficiales, con adelgazamiento de la pared, alargamiento moderado del vaso y formación debajo de la piel de una verdadera cadena de paquetes, que configuran en conjunto el vaso afectado, generalmente la safena interna.

Las alteraciones anatomo-patológicas son siempre las mismas conduciendo al final al edema escleroso de HUNPER, consecuencia de la proliferación conectiva de tejidos infiltrados y disociados por el edema.

En efecto, el aumento de la presión venosa y la

remora sanguínea con acumulos de metabolitos por alteración nutricia local hace más permeable el endotelio y con ella la migración del plasma a todas las capas de la pared del vaso, determinando el edema.

La íntima es la túnica más afectada así como la parte más interna de la túnica media, lo que se explica por el hecho de que ambas se nutren por imbibición, alteración que llega a todas las capas aún a la adventicia, haciendo sólo excepción el endotelio, que ni aún en las formas más avanzadas se altera.

Del edema se pasa a la esclerosis, como ya dijimos por proliferación del tejido conectivo.

Por homogeneización de la sustancia colágena, los tejidos se hialinizan, las células tienden a desaparecer y la calcificación es la última etapa de este proceso.

El endotelio, como hemos dicho, no se altera, sin embargo se desprende a menudo y da lugar a la formación de trombos, los cuales se organizan y se calcifican (flebolitos).

La fleboesclerosis al determinar el engrosamiento de la íntima, produce una retracción valvular, lo que contribuye, junto con la dilatación de los vasos a la insuficiencia de las válvulas.

La hiperplasia del tejido conectivo invade todas las capas, diseciendo las fibras musculares y alcanzando la adventicia, tan frecuentemente asiento en los varicosos de procesos inflamatorios (periflebitis).

La proliferación conectiva destruye todos los elementos elástico-musculares, adelgazando la pared, que pierde su elasticidad y la hace frágil y propicia el estallido.

La piel participa del proceso, el eczema varicoso, con extensas zonas pigmentadas y atróficas son de frecuente observación en estos enfermos. El dermis se hipertrofia, constituyendo por sus proporciones la llamada elefantiasis flebotómica.

La proliferación de la epidermis también se observa, formando prominencias verrugosas (paquidermia).

Los procesos inflamatorios que afectan estas zonas de la piel tan profundamente alteradas, determinan pérdidas de sustancia muy rebeldes al tratamiento, úlceras varicosas.

En definitiva, se producen como dice BAISTROCCI, en la faz inicial, una hipertrofia de la túnica media de las venas, proliferan las fibras musculares, disminuyendo la proporción de tejido conectivo.

El vaso en esta etapa adquiere los caracteres de la arterias, su luz disminuye, pero al corte o a la sección de la vena esta queda abierta.

En las dilataciones seculares hay desde el comienzo una atrofia del tejido elástico muscular con invasión del tejido conjuntivo.

En las formas cilíndricas o en serpentina a la hipertrofia muscular la reemplaza la hiperplasia elástico fibrosa, atrofiándose las fibras musculares, caracterizando una faz más avanzada de la alteración tisular.

ETIOLOGIA

Se trata de una afección bastante frecuente, pero las estadísticas no responden a la realidad, desde que muchos afectados de várices, no van a la consulta médica desde que las soportan sin molestias.

Para casi todos los autores es una afección más frecuente en el sexo femenino, el embarazo lo explica en cierta medida, pero es posible creer en que por razones estéticas concurren a la consulta más mujeres que hombres.

Para MEISEN esta afección alcanza del 10 al 17% de las personas, y en una compulsa de DE TAKATS entre jóvenes obreros, constata las várices en el 10% de ellas. LAURENCE consigna las siguientes cifras: Término medio de la afección 30 años de edad. El más joven tenía 15 años y el más viejo 84. El 65% eran mujeres. En el 83% de las várices eran bilaterales. La vertical, por acción de la gravedad y por los mecanismos expuestos en el capítulo de fisiopatología, explica la razón de que sean las venas de los miembros inferiores las afectadas, y es corriente observar el alivio que experimentan los varicosos después de largas permanencias en cama, al punto de olvidarse de ellas.

Disposiciones anatómicas pueden condicionar las dilataciones varicosas, las válvulas no siempre tienen la misma ubicación y la ausencia en ciertos segmentos pueden anotarse como factor etiológico innegable.

KGER y CASPER han diseccionado 38 cadáveres, habien-

do comprobado que en el 36,8% la ilíaca externa y la femoral por encima del cayado de la safena estaban desprovistas de válvulas. Esta disposición afectaba un solo lado en el 28,9% de aquellos, el 10,4% para el lado derecho y el 18,5% para el izquierdo.

No puede negarse que esta anomalía debe influir desfavorablemente en la circulación de retorno, no pudiendo siempre vencer la acción de la gravedad, el éstasis sanguíneo y el desencadenamiento de los mecanismos respectivos hasta hacer insuficiente las válvulas y dilatar los vasos.

A menudo el factor etiológico es claro e inequívoco, el embarazo, los tumores abdominales o pelvianos etc., otras veces se anota en los antecedentes del enfermo datos de interés, como la constipación o la disuria, causantes de pujos cuyas proporciones son a menudo considerables. La tos en menor proporción puede ser factor etiológico.

Los aumentos de la presión intraabdominal que se observan en la inspiración y en la diástole cardíaca, tienen importancia teórica.

Los factores locales juegan en algunos casos papel decisivo, la tromboflebitis aguda o crónica, desde que constituye un obstáculo venoso, los afluentes se pueden dilatar.

Por lo tanto puede verse por detrás de un segmento trombosado, las dilataciones del segmento subyacente, ésta sería por acción directa. En cambio actúa en forma indirecta cuando el sector profundo es el afectado por la flebitis y las vérices se forman en el

sistema superficial.

La tendencia familiar es indiscutible; LAURENCE anota que el 61,5% de sus enfermos tenía antecedentes de várices por lo menos en uno de sus padres.

Dice a su vez que ciertos caracteres de los tejidos derivados del mesoderma, explica la frecuencia con que se ve en una misma familia, hernias, hemorroides, pie plano, varicocele, hábito asténico, hipotensión arterial.

Es evidente que un factor hereditario está en juego, y si bien las taras constitucionales, concepción abstracta, se admite en general bien puede para la afección que tratamos, determinarse más correctamente la naturaleza del factor.

Hay un hecho de observación corriente que obliga a meditar sobre los mecanismos que ponen en juego para la aparición de las várices en los primeros meses del embarazo, cuando todavía no pueden ser debidas a fenómenos de compresión.

Una corriente de opinión se muestra muy inclinada a atribuir a la disfunción glandular el origen de las várices, teoría endócrina, y bien puede suceder que la tara hereditaria se reduzca a trastornos endócrinos generalizados.

Una idea de conjunto respecto a los factores que entran en juego y que llevan a la dilatación varicosa de las venas, la da el cuadro de BAISTROCCHI que transcribimos a continuación:

- Várices por insuficiencia valvular
- 1º Atresia congénita de las válvulas o debilidad de las mismas.
 - 2º Traumatismos directos, heridas, fracturas y sección de nervios.
 - 3º Estación de pie: cocineros, mozos de café, guardas de tranvías, agentes de policía, etc.
 - 4º Compresión por tumores abdominales: fibromas, quistes del ligamento ancho.
 - 5º Todo aumento de presión; hipertensión, enfisema, aneurisma arteriovenoso, comunicante insuficiente.
 - 6º Por compresión en los casos de flebitis.
-
- Várices por flebo-esclerosis.
- Infecciones
- (agudas: reumatismo, fiebre tifoidea y gripe.
 - (crónicas: sífilis, fiebre de Malta
- (Alcohólicas
- cardio renales
 - constipación crónica
- Intoxicaciones
- trastornos de las glándulas endócrinas (ovario hipofisia).
 - embarazo

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO

Hay muchos enfermos portadores de várices que no presentan ninguna sintomatología subjetiva, siendo de ellos el sexo femenino el que concurre a la consulta por razones estéticas.

Este tipo de paciente lo constituyen el 15 % según la mayor parte de las estadísticas.

El dolor es el síntoma más constante, lo presentan el 78% de los enfermos de LAURENCE.

Es un dolor generalmente poco intenso, pero persistente que se exagera con la marcha, con las prolongadas estancias de pie y con el embarazo.

Es un dolor profundo, con los caracteres del calambre, o de sensación de pesadez dolorosa que afecta generalmente las pantorrillas.

El trayecto de la vena afectada duele a la palpación y es frecuente observar la exquisita sensibilidad superficial que se produce con el simple roce.

El 50% de estos enfermos presentan a su vez parestesias, con sensación de hormigueos de calor y de ardor y algunos refieren que tienen la sensación de que se escurre líquido caliente en el trayecto del vaso afectado.

Si bien estos dolores llegan en algunos enfermos a ser muy molestos, nunca son tan intensos como los que presentan los afectados con flebitis, de ahí que las grandes proporciones del dolor deban hacer sospechar en esta complicación, no exenta de riesgos y

que exigen una terapéutica especial.

El edema no siempre acompaña a las vérices, y aún existiendo es la consecuencia del esfuerzo (estación de pie prolongada, marchas excesivas, etc.) en muchos de ellos, por lo cual es necesario indagarlo. Este es un edema blando que abarca la garganta del pie sobretudo el dorso y los maleolos. En la mayoría de los casos el edema tiende a acentuarse cuando el enfermo no se cuida y podemos asegurar que estos son los enfermos en quienes el edema lleva a los trastornos tróficos de la piel.

La cianosis es la consecuencia de la estancación de la sangre venosa con alto porcentaje de hemoglobina reducida, sobre todo en aquellos pacientes con gran insuficiencia valvular. Este éstasis sanguíneo da a la piel de la región su color azulado (cianosis) y el enfriamiento característico a la piel por la misma razón. Se trate de una afección de fácil diagnóstico, la sintomatología objetiva lo pone al alcance del profano.

Las dilataciones venosas que se observan debajo de la piel, el edema y la cianosis, son los elementos objetivos a que nos referimos, aunque es necesario destacar, que cada uno de estos tres signos tienen características especiales que debemos conocer, que no guardan entre si proporción alguna y que la mayoría de las veces no van asociadas.

Las venas alargadas y sinuosas o dilatadas se dibujan por debajo de la piel, transmitiendo a la misma su

colorm azulado y constatando a la palpación la consistencia propia de su contenido líquido. La topografía de su distribución tiene caracteres tan particulares que permite, a primera vista, saber cual es el sistema afectado, y si bien es cierto que predomina en el sistema superficial de la safena interna y de la externa, bien vale la pena conocer los caracteres dominantes de cada uno de ellos.

Varices del sistema profundo: Rare vez constituyen un problema por su frecuencia y por su ausencia de molestias que llevan a menudo al enfermo a la consulta.

La localización es rara por las circunstancias que en capítulos anteriores hemos destacado, pero es bien conocida.

La flebografía puede poner en evidencia la existencia de várices de venas musculares, hoy perfectamente conocidas, pero hay otras localizaciones de mucho mayor interés clínico, que como luego veremos, hay que destacar.

Nos referimos a las dilataciones varicosas del hueco poplíteo bien estudiadas por VERNHUIL, PARONA, etc., que se observan con relativa frecuencia y que si bien corresponden a dilataciones del sistema profundo, en realidad, el trayecto de la vena es superficial, pues discurre por el tejido celular subcutáneo y se comporta como si fuera del sistema superficial, condicionadas las veces por el mismo mecanismo patogénico.

El trayecto superficial del vaso a este nivel, lo priva del apoyo muscular que tiene el resto y cuya contracción tanto favorece la impulsión de la columna sanguínea, siendo por ello que sólo este segmento poplíteo sea capaz de ser asiento de las dilataciones en cuestión, pero con la particularidad de no causar molestias del enfermo.

La sintomatología de las várices del sistema profundo en el trayecto intersticial muscular de estas venas, tienen caracteres bien definidos, el edema a tensión de la pantorrilla, el dolor sordo, los calambres y hormigueos, sobre todo después de estar mucho parado, permiten sospechar la existencia de estas alteraciones, pero a la flebografía le está reservada la certidumbre del diagnóstico. La cirugía poco campo tiene en las várices del sistema profundo y la terapéutica médica corriente poco logra.

La acción sobre el simpático, parece dar algunos resultados, la novocaína intraarterial, la simpatectomía periarterial y la resección de la cadena gangliónar lumbar, se han ensayado numerosas veces, pero sus resultados son inconstantes.

Várices del sistema superficial: Esta es realmente la localización de las várices que justifican tan interesante capítulo de la patología que estamos tratando, localización que se explica por las razones de orden anatómico y funcional que hemos expuesto en capítulos anteriores.

Al decir sistema superficial nos referimos a la vena safena interna y a la vena safena externa, consti-

tuyendo la primera la más frecuentemente afectada, lo que se explica perfectamente desde que esta vena constituye el colector principal del sistema, observándose con frecuencia las várices en ambas a la vez, pero en general con predominio de la interna.

La dilatación de las venas debajo de la piel es en algunos casos la única manifestación de la enfermedad y la causa más frecuente de la consulta médica en el sexo femenino.

Estas dilataciones tienen distribución topográfica que corresponde a las venas en cuestión, ocupando la cara interna de la pierna y del muslo, desde el maleolo interno hasta el triángulo de SCARPA, cuando la vena afectada es la safena interna (Fig. nº 7).

Cuando se trata de la safena externa, su localización corresponde a la cara externa de la pierna, desde el maleolo peroneo hasta el hueco poplíteo.

Las venas afectadas se alargan y por lo tanto se hacen sinuosas, a su vez se dilatan; de ahí que se observan debajo de la piel formaciones serpenteadas y legos sanguíneos, estos últimos que se producen generalmente a nivel de las válvulas formando verdaderos golfos sanguíneos (Fig. nº 8).

A veces se observan como conglomerados vermiculares que dan la apariencia de verdaderos tumores, otras veces se dibuja debajo de la piel todo el trayecto de la vena afectada con dilataciones escalonadas a modo de rosario.

La ingurgitación de estas dilataciones se producen con el paciente de pie, atenuándose y desapareciendo



Varices en todo el trayecto de la safena interna
bilateral a predominio izquierdo. Corresponde al ca-
so num. 22

Fig. nº 7



Legos sanguíneos formados por alargamiento dilatación y confluencia de las venas en el territorio de la safena interna derecha.

Fig. nº 8

con la posición horizontal y elevando el miembro sobre el nivel del cuerpo.

La consistencia de estas dilataciones es la que corresponde a su contenido líquido, salvo en la trombosis venosa en que se pueden palpar nódulos consistentes que pueden llegar hasta la calcificación; y que como es natural no se modifican con los cambios de posición del enfermo.

La dilatación de los vasos y la insuficiencia de las válvulas determine la inversión de la corriente sanguínea cuando el enfermo está de pie en el decúbito dorsal las válvulas se hacen innecesarias y los tumores sanguíneos desaparecen pues la corriente normal se ve ampliamente favorecida.

Es de importancia capital conocer el papel que juegan las válvulas de las venas comunicantes, cuya insuficiencia desconocida hasta no hace mucho, fué el factor del fracaso de algunas intervenciones, como la ligadura del cayado de la safena por encima de todas las confluentes, recurso que pareciera infalible, hasta que se supo que el territorio de la safena interna se podía ingurgitar con la sangre que retrocedía de la femoral a través de las comunicantes en cuestión.

La maniobra de TRENDLENBURG, comprimiendo el cayado de la safena interna, cuando existe una insuficiencia de la válvula ostial, demuestra como se ingurgita el territorio correspondiente cuando ponemos al enfermo de pie manteniendo la presión antedicha, después de haber vaciado de sangre el miembro elevándolo.

Veremos más adelante que existen algunas pruebas tendientes a demostrar como está la falla valvular, eligiendo así el método más adecuado pudiendo reducirse a la simple ligadura del cayado, operación mínima que se realiza con anestesia local, en los casos que todo se reduce a la insuficiencia de la válvula correspondiente. BAISTROCCHI en su libro sobre "Várices de los miembros inferiores" consigna el método que ha empleado para documentar radiológicamente el reflujo sanguíneo. Ha usado el perabrodil y soluciones al 5% de tetrayodofenoltaleína, la misma solución que utilice para la colecistografía, pero con diluciones en suero fisiológico hasta llegar a la concentración deseada. Se refiere también al empleo del NOSYLAN para localizar exactamente las comunicantes insuficientes y estudiar la fisiopatología venosa y que ellos practican desde hace aún poco tiempo.

Signo de TRENDELEMBURG. En condiciones normales al ponerse el enfermo de pie manteniendo la compresión del cayado, el territorio venoso correspondiente se va llenando lentamente de abajo a arriba y al descomprimir el cayado las venas no se modifican.

Cuando al descomprimir el cayado las venas se llenan bruscamente de arriba hacia abajo, el signo de Trendelenburg es positivo por insuficiencia de la válvula ostial.

Si al ponerse el enfermo de pie las venas se llenan muy rápidamente de abajo arriba es por insuficiencia de las comunicantes, pero si a su vez al cesar la compresión aumentara también bruscamente el volumen y

la presión de los sacos varicosos de arriba abajo estaríamos en presencia de una insuficiencia de todas las válvulas.

Signo de SCHWARTZ: En condiciones corrientes, la columna sanguínea de las venas es irregular o fragmentada, desde que por encima de cada válvula, a pesar de ser insuficiente, se producen dilataciones saculares. Los estrechamientos correspondientes interrumpen la onda pulsátil sanguínea cuando percutimos la vena, esto es lo que ocurre generalmente.

Cuando las válvulas están atrofiadas, y retraídas la dilatación varicosa es de calibre más o menos regular en tanto la extensión de la vena afectada, aquí las válvulas no juegan ningún papel, la columna sanguínea no está fragmentada y la onda pulsátil con la percusión se puede percibir a gran distancia.

Este es el signo de SCHWARTZ que se obtiene con el enfermo acostado, vale decir, con la sangre a mediana tensión y generalmente percutiendo la vena a nivel del cayado, percibiendo la vibración en la rodilla y aún en la pierna.

Signo de PERTHES-DELBET: Este es un signo que nos dice sobre la continencia de las válvulas comunicantes y sobre la permeabilidad del sistema venoso profundo.

Se obtiene haciendo una ligadura del miembro moderada, con el enfermo de pie; vale decir, con las venas varicosas dilatadas y llenas de sangre, luego de lo cual se hace caminar al enfermo.

La circulación venosa se cumplirá por el sistema profundo merced al estímulo de la contracción muscular. Si las válvulas de las comunicantes son suficientes, veremos disminuir o desaparecer los legos sanguíneos superficiales, pero si aquellos son insuficientes, los sacos venosos aumentan de volumen y de tensión, pudiendo este último signo ser indicio de la permeabilidad incompleta del sistema profundo.

Este signo tomado a diversas alturas puede servir para establecer las válvulas afectadas no debiendo nunca que descuidar la investigación de la permeabilidad del sistema profundo.

MAHORNER y OCHSNER elevan el miembro afectado por encima del cuerpo, vaciando así el sistema venoso y lo vendan de abajo arriba con una presión moderada, para interrumpir solamente la circulación venosa superficial. En estas condiciones se hace caminar al paciente, que cuenta solo con el sistema venoso profundo, cuya permeabilidad asegurará la ausencia de toda molestia, pero si el paciente acusa dolores, hormigueos, sensación de tensión etc., es porque aquel sistema está limitado en su permeabilidad.

BAISTROCCHI hace el vendaje hasta la rodilla y envía al enfermo a su casa aconsejándole que camine discretamente.

Del resultado de esta prueba se infiere la posibilidad de anular la circulación periférica con cualquiera de los procedimientos quirúrgicos, en efecto, si el enfermo no acusa molestias podemos privarlo de

ambas safenas, pero si el enfermo acusa molestias nos indica que la permeabilidad es incompleta y que solo podemos actuar en sectores del sistema superficial. Todos estos signos clínicos que hemos mencionado tienen un gran valor diagnóstico, pero no es menos cierto que los resultados no son siempre claros y absolutos, tanto más cuanto que se trata de varices incontrolables por la visión como las que corresponden a las várices del sistema profundo y aún algunas del sistema superficial disimuladas por la grasa. Por todo lo cual se ha apelado a la radiografía por contraste que lleven más allá las posibilidades del diagnóstico.

LAURENCE establece dos grandes tipos de enfermos varicosos, entre los cuales existen numerosas formas intermedias.

En el tipo I agrupa a los individuos longilíneos y flacos con el trayecto visible y palpable del tronco venoso principal, generalmente la safena interna, que se la puede seguir desde la ingle hasta el maleolo interno.

Este grupo de enfermos no ofrece dificultades de diagnóstico y los recursos terapéuticos obtienen los mejores resultados.

El grupo II está formado por sujetos brevifíneos y obesos, cuya red venosa principal está disimulada por la grasa, observándose las dilataciones de las

venas de mediano calibre y de la red sub-papilar de la dermis donde forman las conocidas "Cabezas de medusa" que son verdaderas telangiectasias y que expresan a decir del autor, "una verdadera diátesis neuropática". En estos casos el resultado del tratamiento es más incierto pues es difícil establecer los territorios afectados, y no es infrecuente que la circulación profunda participe del proceso.

RAYOS X: Numerosas sustancias han sido utilizadas para lograr este objetivo, no habiéndose llevado a establecer aún la droga más satisfactoria, SGOLITZER así como Mc FETRIDGE usan el Uroselectan al 40 % o el Abrodil al 20%; DOSANTOS ha empleado el TOROTRAST, otros el Diodrast, etc.

Entre nosotros BAISTROCCHI recurrió al Perabrodil que debió abandonar en el medio hospitalario, a pesar de sus buenos resultados, por su elevado costo. Ensayan entonces una solución al 10% de tetraiodofenoltaleína que le trae grandes reacciones locales, provocando verdaderas flebitis, con tumefacción y dolor, sin otros inconvenientes que algunos casos de obtener trombosis que equivalían a la curación de las várices. Ultimamente utiliza soluciones al 5% que considera suficiente, terminando la prueba con la inyección de 30 a 40 cc. de suero fisiológico, con lo que conjura la aparición de reacciones locales.

X Cuando con el enfermo en posición horizontal las venas siguen dilatadas, se debe pensar en insuficien-

cia cardíaca derecha, en cuyo caso se observen las yugulares también ingurgitadas. Pero ello puede ocurrir también cuando hay fístula arteriovenosa y aún a la obstrucción de las venas profundas.

Fuera de estas circunstancias las venas se vacían, y en su trayecto queda un surco de depresión que se ve y se palpa.

Personalmente consideramos y practicamos siempre la maniobra de TRENDLENBURG y tratamos en lo posible de determinar el estado de la circulación profunda con las pruebas de PERTHES-DELBET o de MAHORNER y COHNER, pruebas que si bien no permiten en general obtener datos absolutos, aportan con lo suficiente para decidir una intervención sin riesgos.

Nunca hemos obtenido la evidencia del signo de SCHWARTZ, ni hemos practicado la maniobra o prueba de ADAMS que consiste en insinuar la punta de una aguja en la vena 2 centímetros por debajo de la arcada crural y un centímetro por dentro del latido de la femoral.

Si la corriente es centrífuga, el pabellón de la aguja se eleva, indicando que hay insuficiencia valvular, en caso contrario el pabellón permanece descendido.

COMPLICACIONES

La alteración del trofismo se observa en todos los casos de vérices constituidas, la piel se adelgaza y se hace lustrosa, adquiere tinte cianótico y se seca,

pudiendo decirse que esta alteración es la que conduce a las complicaciones más importantes como la ruptura, la infección, el eccema y la úlcera varicosa.

Si la piel no se adelgazara por esta circunstancia, la ruptura no podría sino ser subcutánea, pero es que la piel a nivel de viejos paquetes se adelgaza y pierde su elasticidad, fusionándose a la pared del vaso, cuyo trofismo también está alterado, haciéndose sensible a las modificaciones o aumento de la tensión venosa, capaz de hacer estallar el vaso.

Las hemorragias por ruptura de una vérice, se cohiben con la simple compresión, pudiendo ser el origen de úlceras varicosas o de rupturas posteriores, debido a las precarias condiciones locales que impiden una sólida cicatrización.

El estallido de una vérice puede sorprender al paciente en la cama y durmiendo, al abrigo de toda modificación tensional, y donde el estallido se debe exclusivamente al trofismo alterado de la piel y de la pared del vaso. Y la circunstancia de sorprenderlo durante el sueño y de producirse sin dolor ni molestia alguna, lo expone a profusas hemorragias y aún a la muerte, como lo señalan numerosos autores.

El trofismo alterado y la precaria circulación condicionan un terreno muy favorable al desarrollo de los gérmenes, pudiendo afirmarse que la úlcera varicosa se ve siempre agravada por la infección.

La flebitis expresa una localización endógena

X

que se produce casi siempre a consecuencia de traumatismos que pueden pasar inadvertidos, siendo frecuente observar tumefacción, calor, dolor a nivel de la complicación, sin que ninguna puerta de entrada pueda ser revelada.

A la trombosis conduce a menudo la flebitis y aquella tiene los mismos caracteres que cuando es consecuencia de la inflamación química que se produce a raíz de ciertas especulaciones diagnósticas (Flebografía). El trofismo de la piel que lleva en definitiva a la esclerodermia aparece por zonas más o menos extensas, pero pudiendo llegar a configurar una verdadera bota que generalmente no pasa de la pantorrilla, observándose su predilección por el tercio distal de la pierna. La descamación a este nivel es la regla, pudiendo observarse con frecuencia extensas zonas de eczema del tipo costroso o seco, exudativas a veces, sobre una piel violácea y en algunos casos con pigmentaciones de tono muy subido.

La alteración del trofismo, la infección y los traumatismos locales, que pueden reducirse al "grataje" conducen a la formación de la úlcera varicosa que generalmente asienta en la cara antero interna del tercio distal de la pierna.

Como es natural, todo esto tiene por origen la deficiente circulación venosa que se expresa bien elocuentemente con los dos principales signos, el edema y la cianosis.

No es menos cierto que no hay una relación evidente entre la rémora circulatoria y la aparición de

las úlceras, debiendo admitir un otro factor señalado por LERICHE, las alteraciones del sistema neurovegetativo. Prueba de ello es la frecuencia con que se obtienen buenos resultados con la cirugía del simpático, después de haber agotado la terapéutica conocida.

La infección, que como hemos dicho más arriba, complica siempre la úlcera, hace verdaderos estragos en las clases menesterosas, observando groseros miembros edematosos, donde prima facie, no se sabe si atribuirlo al proceso inflamatorio de la infección o al edema propio del trastorno circulatorio.

En lo que atañe a nuestro punto de vista, vale decir el tratamiento quirúrgico de las várices, habría que agregar en estos casos, los recursos modernos de la cirugía del simpático, lográndose en conjunto resultados extraordinarios.

TRATAMIENTO

Al momento actual parece asegurada la superioridad de los procedimientos quirúrgicos que actúan radicalmente sobre todos los otros procedimientos. Ventajas que surgen claramente a poco de meditar acerca de los mecanismos fisiopatológicos que condicionan las dilataciones de las venas del sistema superficial del miembro inferior.

No rechazamos la conveniencia de actuar con pro-

cedimientos menos cruentos en los casos de várices aisladas, donde el procedimiento radical extendido resultaría desproporcionado con alteraciones mínimas.

Siguiéndolo a CHRISTMANN y otros de sus tratado de "Técnica Quirúrgica" transcribimos el cuadro que va a continuación y que agrupe las tres formas de encarar el tratamiento de la afección que estudiamos.

Tratamiento de las várices del miembro inferior	Quirúrgicos	Resección	Ligaduras escalonadas. TRENDLENBURG 1890	
			Ligaduras y resecciones escalonadas SCHWARTZ	
			Parcial	(Robinson Madelung 1884)
			Total	(Schwartz 1888)
			Total	(TERRIER y ALGLAVE MAYO)
	Fleboesclerosante			
	Mixto: esclerosante y quirúrgico SCHIASSI			

Ya se ha hecho experiencia respecto al tratamiento esclerosante de las várices, que se basa en la fleboesclerosis obliterante que se obtiene por la introducción de ciertas sustancias en las venas, como los arse-

nicales, mercuriales, etc. sin que en apariencia escarrearán peligros al enfermo.

Personalmente no creemos en la inocuidad absoluta de los procedimientos esclerosantes, y están lejos de los resultados que se buscan cuando las vérices adquieren cierto desarrollo. Por ello, es que limitamos sus indicaciones a las vérices de pequeñas proporciones, o mejor aún a los pequeños paquetes aislados que son la causa más frecuente de la consulta del sexo femenino.

El carbonato de soda, fué una de las primeras sustancias utilizadas, así como el alcohol y el cloruro de sodio, generalizándose en los últimos tiempos el clorhidrato de quinina, el salicilato de sodio y la urea fueron también utilizados el pericloruro de hierro, las soluciones fenicadas al 5%, soluciones iodo-ioduradas, etc.

El salicilato de sodio se usa por serie de inyecciones, en soluciones del 20, 30, 40, y 50 % llegando progresivamente a inyectar 6 a 8 centímetros de la solución al 40%.

Las soluciones de clorhidrato de quinina logran los mismos resultados esclerosantes, se le asocia a menudo al uretano y a la urea, esta última agrega la ventaja de su propiedad anestésica.

Se procede también por serie de inyecciones progresivamente hasta llegar a 2 centímetros de soluciones al 5, 10, 20 y 30 %.

Algunos autores, como LEONARD ROGERS, observaron la tromboesclerosis que se produce con la inyec-

ción de aceite de hígado de bacalao en el tratamiento de algunas enfermedades, lo que sirvió de base para proponer la utilización de algunos ácidos grasos en soluciones acuosas al 5 y 10%. Surgiendo así el método esclerosante con la utilización de algunos morruagos.

BAISTROCCHI ha utilizado morruato de soda al 5% base del preparado farmacéutico VARISCLERIN, con lo cual dice haber obtenido buenos resultados y que tiene la ventaja de ser indoloro en su aplicación. También ha utilizado el oleato de dietanolamina que considera el mejor de los esclerosantes de las venas.

No consideramos inocuo el procedimiento de inyectar sustancias que irriten el endotelio del vaso, con la formación de coágulos fibrinosos, que si bien se movilizan excepcionalmente, como parece haberlo demostrado a través de sus experiencias SICARD y GAUGIER, de MEINSEN, pueden ser el origen de embolias, cuyas proporciones y sus consecuencias no podemos conjurar.

Y si bien no nos ha tocado observar en ningún caso tan temible complicación, se producen en algunos pacientes intensas reacciones inflamatorias (flebitis químicas) muy molestas para el enfermo, interrumpiendo a menudo la serie de inyecciones que habrían de llevar a la esclerosis que se persigue.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Podemos decir que la cirugía de las várices, forma parte del conjunto de operaciones de antigua data,

desde que CELSO describe la extirpación quirúrgica de pequeños varicosos en su "Tratado de Medicina" del año 30 después de Jesucristo. Y que como veremos en el origen de una serie de procedimientos, hasta llegar a la safenectomía total que puede ser hoy considerada la operación de elección.

A su vez es interesante señalar que GALENO extirpa venas varicosas por medio de ganchos, tentativas que inspiran a los autores modernos, que habrían de perfeccionar el procedimiento hasta llegar a la extirpación subcutánea por medio de largos tallos metálicos.

A TRENDELEMBURG en 1891 no débese el mérito de haber llegado a idear un procedimiento quirúrgico que habría de ser la base de la cirugía moderna, que como es natural, lo habría de perfeccionar con el tiempo. En efecto, a la primitiva ligadura y sección de la safena interna que realiza en el tercio medio del muslo, su mismo autor la amplía con ligaduras y resecciones escalonadas, tal como también lo propusiera SCHWARTZ.

Y así se llega a los dos tipos de intervenciones que hoy predominan, las extensas safenectomías a la manera de MADELUNG, TERRIER y ALGLAVE, tal como lo propusieron en 1884 y los procedimientos que se basan en el arrancamiento subcutáneo del tronco principal de la vena afectada tal como lo propusieron BABCOCK en 1906.

Operación de LADELUNG, TERRIER y ALGLAVE

Estos autores proponen la extirpación de toda la vena, desde el cayado a nivel del triángulo de SCARPA, hasta el maleolo interno, mediante una extensa incisión en todo el trayecto de la safena interna.

Esta intervención se puede realizar con anestesia local, raquídea o general, siendo conveniente la hemostasia preventiva con la venda de ESLARCH, desde que se trata de una operación que da mucha sangre.

La línea operatoria parte a un través de dedo por debajo de la arcada crural y un poco hacia adentro de su parte media, dirigiéndose hacia abajo y atrás, hasta alcanzar por detrás y arriba el condile interno del fémur, y para ser más preciso, el tubérculo del tercer aductor. De allí la incisión se continúa hasta alcanzar el maleolo interno por el camino más corto.

La operación consiste en disecar todo el trayecto de la vena, ligando y seccionando cada una de sus confluentes, hasta el aislamiento total con sección del tronco afectado en cada uno de sus extremos.

Los propios autores aconsejan proceder en dos tiempos, limitando el primero al tratamiento del sector que corresponde al muslo, y el segundo el sector que corresponde a la pierna.

NARATH en 1906 propone la resección subcutánea de la vena por segmentos y a través de pequeñas incisiones horizontales escalonadas. Procedimiento labo -

rioso que alarga el tiempo operatorio y ofrece dificultades de realización.

OPERACION DE BABCOCK

Este autor propone la extirpación subcutánea de la vena mediante la introducción en su luz de un tallo metálico maleable de 60 centímetros de longitud y provisto en cada extremo de una dilatación esférica.

Con el preoperatorio de rutina y la anestesia a elección, que puede reducirse a la infiltración local, se procede a la investigación del cayado de la safena interna, y después de ligarla y seccionarla por encima de todas sus confluentes, se insinúa el tallo metálico por la luz del vaso hasta alcanzar la mayor distancia posible.

No es raro llegar de primera intención hasta el maleolo interno, sin embargo muy a menudo el tallo metálico se detiene en su trayecto, a pesar de que el cirujano lo guía con su mano izquierda a través de la piel.

En este caso y a este nivel se hace una incisión, se secciona la vena, por el cabo proximal aparece el tallo, y después de ligar la vena alrededor del tallo, por debajo de la esfera del extremo superior (a nivel del triángulo de SCARPA) el cirujano con una enérgica tracción desde el extremo distal del tallo, arranca la vena o el sector de la misma.

Si hubiera dificultades en la introducción del tallo a nivel del cayado se puede proceder en sentido inverso, disecando la vena a nivel del maleolo interno, e introduciendo el tallo metálico hacia la raíz del miembro, en cuyo caso, ya sea por sectores o en toda su extensión de la vena procedemos al arrancamiento del vaso por tracción centrípeta.

Entre nosotros RODRIGUEZ VILLEGAS, idea un tallo metálico de 50 centímetros de longitud, por 2 y $\frac{1}{2}$ de diámetro y con una dilatación esférica en cada extremo de un diámetro que oscila entre 5 y 9 milímetros.

La técnica no difiere de la de BABOCK pero la graduación del tallo metálico permite conocer la distancia que se ha alcanzado, lo que constituye una ventaja en los enfermos obesos, en los cuales es difícil de palpar la esfera del extremo insinuado.

MAYO a su vez ha ideado dos instrumentos, el enucleador provisto de un arco y un instrumento que denomina forceps, y que no es sino una pinza articulada con un cierre de dos dientes separados.

Cualquiera de los dos instrumentos se desliza alrededor de la vena, que se aborda a través de una incisión, y luego de haberla seccionado, con la energía necesaria para arrancar sus afluentes y haciendo salir este segmento liberado por una incisión realizada a nivel de donde el instrumento se detuvo.

Aquí también la vena se puede extirpar de un solo golpe en toda su extensión o por sectores más o menos extendidos.

Cabe señalar que lo mismo se puede proceder en dirección centrífuga como en dirección centripeta, y que cualquiera sea la forma, los extremos del tronco principal deben ser ligados.

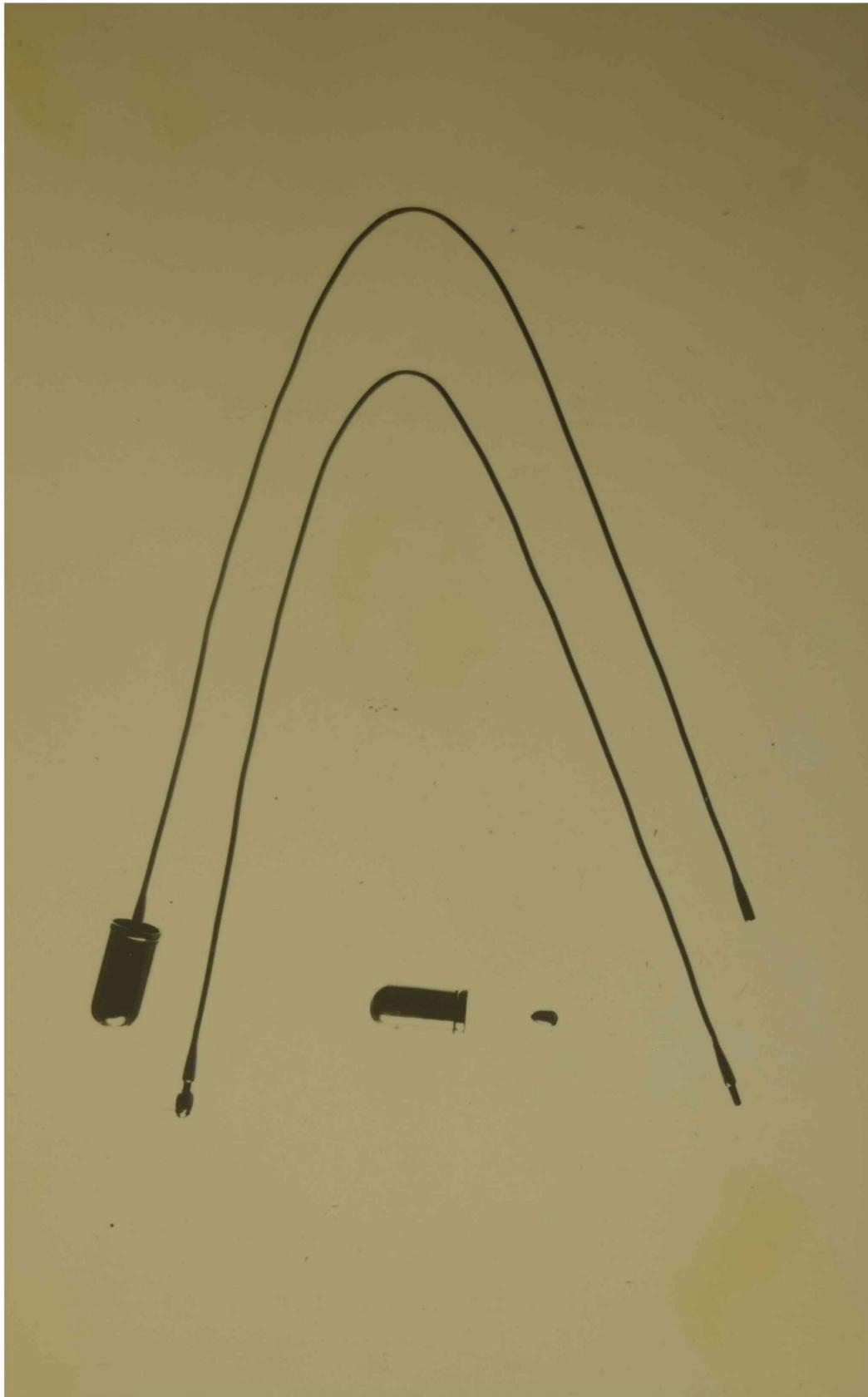
Flebo extractor de PATARO

El dispositivo completo consta de un tallo de 86 centímetros de largo, por dos milímetros de diámetro, dividido en dos partes que se unen a tornillo, provisto de una oliva pequeña de 7 milímetros de alto, por 4 de diámetro; que sirve para la introducción y que luego se reemplaza por la campana, ambas de 2 centímetros y medio de alto, de 14 milímetros de diámetro una y de 12 milímetros la otra (Fig. nº 9).

La operación la iniciamos con una incisión transversal a nivel del cayado de la safena interna, investigada la misma, procedemos a la identificación y ligadura de todas las afluentes (véase la fig. nº 4) precaución que tomamos para evitar la persistencia de alguna de ellas y que quedara por error por encima de la resección venosa.

Hecho esto ligamos y seccionamos el cayado lo más cerca posible de su desembocadura, para insinuar por la luz de la vena el tallo metálico, favorecido en su deslizamiento por la oliva que hemos descripto.

Procediendo de esta manera y ayudando su progresión con la mano que nos queda libre a través de la piel, alcanzamos muy a menudo el maleolo interno, a cuyo nivel hacemos una incisión de 2 a 3 centímetros y cargamos la vena, ligándola y seccionándola más allá



. Los dos tallos metálicos de 43 cms. de largo, con la oliva que sirve para su introducción y las dos campanas de distinto calibre que sirven para la extracción de vena. Elementos del dispositivo del rlebo extractor de Pataro.

(Fig. nº 9)

de la oliva, a esta altura desconectamos la oliva fija a tornillo, y la reemplazamos por la campana que a su vez se fija al tallo en la misma forma.

En general usamos de las dos, la campana de menor diámetro, por ser la que exige la incisión más pequeña.

Haciendo una tracción brusca, enérgica y continuada, del extremo proximal del tallo metálico, extirpamos o arrancamos por así decir, toda esta extensión de la safena interna, que queda como plegada al extremo distal junto a la campana, que ha evitado el accidente de la invaginación que se observa con otros aparatos, cuyo extremo se limita a una pequeña dilatación esférica u olivar (Fig. nº 10).

No es raro entonces encontrar obstáculos en la progresión del tallo metálico, como también la posibilidad de insinuarlo por alguna de las colaterales, en este caso y cuando las tentativas de reintroducción han fracasado hacemos una incisión a nivel de la oliva que palpamos, y con la vena disecada muy a menudo conseguimos orientar muy eficientemente el aparato.

Si ello no se consiguiera, debemos conformarnos con extraer el segmento atravesado, y desde esa segunda incisión investigar el tronco principal de la safena, y proceder en la misma forma que lo hicimos desde el cayado.

Si el segmento es breve, basta uno de los segmentos del tallo de 43 centímetros, pero si es extenso acoplamos el segundo tallo, que como dijimos, suma un total una extensión de 86 centímetros.



El flebo extractor con la safena interna que lo ha
resecado en una extensión de algo más de 65 cms.

(Fig. nº 10)



27 Safenectomías con el flebo extractor de Pataro

CASO Nº 1 - Protocolo nº 1.879 - 22-VI-50 L.L.S. de 48 años. Argentina viuda. Echagüe 3127. Comienza hace 10 años con edema y una úlcera crónica del tamaño de una moneda de 20 centavos, seguida de la aparición de paquetes varicosos, particularmente desarrollados en la pierna izquierda. Signo de Trendelenburg positivo. Operación: Anestesia general con pentothal sódico safenectomía en dos secciones de la safena interna con el fleboextractor de Pataro. Vendaje elástico compresivo. Post-operatorio normal.

- -

CASO Nº 2 - Protoc. nº 1.874 - 20-VI-50 S.C. 67 años español, soltero. Besuchef 825. Comienza su enfermedad hace 2 años con la aparición de edema, sobre todo cuando está parada, con dolor, prurito, adormecimiento, etc. Desde hace 4 meses a raíz de un traumatismo se le forma una úlcera del tamaño de una moneda de 20 centavos. La prueba de BRODIE-TRENDELEMBURG es francamente positiva por insuficiencia de la válvula de la safena interna y de las comunicantes. Operación: Anestesia general con éter, se extirpa con el fleboextractor de Pataro toda la safena interna, pero en tres secciones. Post operatorio normal.

- -

CASO Nº 3 - Protoc. nº 2.895-13-IX-50- C.R. 34 años Argentina Casada, Ituzaingó 987. Desde hace cuatro años que tiene sensación de pesadez en los miembros inferiores, cansancio y edema. Hace 20 días un peque-

No traumatismo le provoca una hemorragia de una vena de la pierna derecha. Operación: Raquianestesia con meticeína. Resección bilateral de la safena interna en toda su extensión con el fleboextractor de Pataro. Post operatorio normal.

- -

CASO N° 4 - Prot. n° 3.174- 6-X-50- S.C. 51 años casado. Ruso Km. 11 Camino Gral. Belgrano. Hace cuatro meses más o menos sufre una herida en la cara interna del tercio medio de la pierna izquierda, rebelde a las curaciones que diariamente le efectúan. El trofismo está muy alterado. La herida presenta costras melicéricas con secreción sero purulenta, hay un terreno varicoso desarrollado a expensas de la safena interna. Operación: Anestesia local con novocaína al 1%; se extrae toda la safena interna con el fleboextractor de Pataro en una sección que llega hasta la pantorrilla y otra más corta que alcance el maleolo interno. Post operatorio muy bueno. Es dado de alta con la úlcera cicatrizada.

- -

CASO N° 5 - Prot. 449 - 7-II-51 - T.B. 47 años Argentino. Soltero Pavon 2865. Ingresó con un gran proceso inflamatorio alrededor de una úlcera de 7 a 8 centímetros de diámetro sobre el maleolo interno de la pierna izquierda y con una extensa red de dilataciones varicosas que no le molestaron nunca según refiere. La piel de la región muy pigmentada, hay gran edema inflamatorio y temperatura; mejora el proceso intercurrente

y se opere con pentothal sódico, extrayendo con el fleboextractor de Pataro en una sola toma toda la safena interna. Es dado de alta en muy buenas condiciones.

- -

CASO Nº 6 - Protoc. nº 1328 - 24-IV-51 - M.O.O. - 21 años. Arg. Solt. Sarmiento 180 Avellaneda. Padece desde hace un año de molestias en la pierna derecha. Con edema sensación de pesadez y cansancio al final de la jornada por várices en todo el trayecto de la safena interna. Prueba de BRODIE-TRENDELENBURG negativa. Operación: Raquianestesia con meticaína; resección de la safena interna con el fleboextractor de Pataro en cuatro secciones. Post operatorio normal.

- -

CASO Nº 7 - Protoc. nº 1898 - 19-VI-1951-V.J.N. 46 años Ital.-Zapiola 1380. Conforme a lo que se le indicare reingresa para ser operado de las várices de la safena externa de la pierna derecha, lo que se realiza con anestesia local y mediante el fleboextractor de Pataro insinuado a través del hueso poplíteo. Extrayendo la vena en dos secciones. Post operatorio normal.

--

CASO Nº 9 - Prot. nº 2.704-4-9-51- V.Z.G. de 35 años argentino. Brandsen 448. Sufre de várices de la pierna, izquierda desde hace 5 años después de un parto, al principio molestaron poco, pero desde hace dos años se hacen dolorosas, sobre todo con la prolongada es-

tación de pie y la marcha; se alivia con medias elásticas. Dilataciones varicosas en el territorio de la safena interna. Prueba de PERTHES-DELBET negativa que se toma sospechando sin suficiencia del sistema profundo, pues hay antecedentes de flebitis. Prueba de TRENDLENBURG positiva. Operado con anestesia local. Safenectomía con el fleboextractor de Pataro que en una sección llega hasta el tercio inferior de la pierna. Dado de alta curado.

- -

CASO Nº 10 - Prot. nº 2.864 - 19-11-51 - T.R. 26 años español. Irsala 830. Sufre de vérices en la pierna izquierda desde hace 3 años al principio no le molestaron, pero en los últimos seis meses tiene molestias en donde se le hincha el tobillo y gran sensación de pesadez en la pierna. Se constata una red varicosa extendida hasta el tercio inferior del muslo y correspondiente al territorio de la safena interna. Operación: anestesia local. Safenectomía en toda la extensión de la safena interna con el fleboextractor de Pataro, que llega desde el cayado hasta el maleolo interno. Post-operatorio normal.

- -

CASO Nº 11 - Protoc. nº 2.986 - 29-IX-51 - G.J.M. 39 años argentino, Federico Lacroze 1889. Comenzó hace 10 años con hormigueos en la pantorrilla derecha y vérices en ambas piernas, con calambre. Constatamos en la pierna derecha una safena interna insuficiente con la prueba de HEYERDALE y ANDERSON constatando a su vez que en la safena interna hay vérices e insuficiencia

valvular. Operación. Anestesia local con novocaína. Con el fleboextractor de Pataro que se insinúa por el hueco poplíteo se extirpa la safena externa en toda su extensión y en una sola operación. Post operatorio normal.

- -

CASO N° 12 - Protocolo n° 3- 3.024 A.F. 58 años paraguayo C. Casares 4371-Lanus O. - Comienza hace 7 años con prurito en ambas piernas sobre todo en la izquierda y la aparición de várices. Sufre periódicamente de eczemas a ese nivel. Desde hace dos años la bipedestación le trae dolor que calma con el reposo. Hay várices en ambas piernas y en el territorio de ambas safenas en la izquierda. Operación con anestesia local, se extrae en una sección toda la safena interna izquierda. Hace un post operatorio normal, pero se le indica que debe ser reoperado pues el territorio de la safena externa mantiene sus dilataciones varicosas.

- -

CASO N° 13 - Protoc. n° 2.986- 5-X-51- G.J.M. 37 años Argentino. Pco. Lacroze 1889. Fué operado hace un mes en que se le extrajo la safena externa derecha y se reinterna para ser operado de la safena interna de la misma pierna; donde se comprueba un TRENDELEBURG francamente positivo. Operación: Anestesia local con novocaína. Safenectomía con el fleboextractor de Pataro en dos secciones. Post operatorio normal.

- -

CASO N° 14 - Protoc. 3.042- 9-X-51- A.F. 58 años. Para-



gusyo O. Caseres 4371. Hace pocos días se opera en esta clínica extirpándole la safena interna izquierda, notando el mismo enfermo que en las pantorrillas las várices no han desaparecido. Operación: Anestesia local. El fleboextractor de Pataro que se insinúa por el hueco poplíteo extrae toda la safena externa en una sección. Post operatorio normal.

- -

CASO Nº 15 - Protoc. nº 3.067 -8-10-51-B.T.L.- 48 años Parag. M. Moreno 4644-V.Domínico. Comienza hace 6 ó 7 años con várices en la pierna derecha que intimamente no le traen molestias. Operación anestesia local. En una sola sección con el fleboextractor de Pataro se extrae toda la safena interna derecha. Hace un post operatorio normal. Pero el territorio de la safena externa también está afectado.

- -

CASO Nº 16 - Protoc. nº 3.042-15-XI-51- A.F. 58 años Parag. O. Caseres 4371-Lanus O. Ha sido operado en esta Clínica de la pierna izquierda procediéndose a la resección de las safenas interna y externa de la misma. Presente también várices en el territorio de la safena interna de la pierna derecha con pruebas positivas de insuficiencia valvular. Con anestesia local se extrae la safena interna de esta pierna con el fleboextractor de Pataro en una sección. Post operatorio normal.

- -



CASO Nº 17 - Protoc. 3.067- 15-X-51- B.T.L. - 48 años
Paraguayo. M. Moreno 4644- V. Domingo. Fué operado
en esta Clínica reseccándosele la safena interna de
la pierna y si bien mejora, mantiene las várices en
la pantorrilla y acepta ser internado de nuevo. Anes-
tesia local. Resección de la safena externa de la pier-
na derecha con el fleboextractor de Pataro. Post ope-
ratorio normal.

- -

CASO Nº 18 - Protoc. nº 3.225 - 23-A-51- H.B.L. - de
34 años arg. Casada Santa Ponce 355- I. Maciel. Comien-
za con el primer parto hace 15 años con várices en
ambas piernas que se agravan en cada uno de los tres
embarazos posteriores. Operación: Con anestesia local
se extirpa toda la safena interna del lado izquierdo
que tiene una verdadera insuficiencia de la válvula
ostial. El fleboextractor de Pataro llega al maleolo
interno y extrae la vena en una sola sección. Post
operatorio normal.

- -

CASO Nº 19 - Protoc. nº 3.139-14-X-51- D.D. 74- Holan-
dés Viuda Bdo. de Irigoyen 1217- Presenta una úlcera
de la pierna derecha desde hace 3 años, sin darle im-
portancia a las dilataciones de las venas que venía
experimentándose. Se interna por su úlcera asiento de
intenso proceso inflamatorio con adenopatía inguino
crural. Mejora hasta ponerse en condiciones operato-
rias. Operación. Anestesia local. Se hace la safenec-
tomía con el fleboextractor de Pataro que llega en
una sola sección desde el cayado hasta el maleolo in-

terno. Con la operación y el tratamiento egresa con la úlcera cicatrizada.

- -

CASO Nº 20 - Protocolo 3225- 30-X-51- H.B.L. de 34 años, arg. Santa Ponce 355- 1. Maciel. Hace pocos días en esta clínica se le realiza la safenectomía interna de la pierna izquierda. El examen clínico había demostrado la bilateralidad de las várices y la insuficiencia de la válvula ostial. Operación Anestesia local con el fleboextractor de Pataro se extirpa toda la safena interna de la pierna derecha. Hace un post operatorio normal.

- -

CASO Nº 21 - Protoc. nº 3377 - 5-XI-51 - L.L. 48 años austriaco. Cas. Pasco 1336. Sufre desde hace 15 años de várices de la pierna izquierda rebeldes a todo tratamiento inclusive las sustancias esclerosantes. Ultimamente se le hincha la pierna, se le eczematiza la piel y se le eczematiza la piel y se le forman pequeñas úlceras apareciendo dolores muy molestos. Várices de todo el territorio de la safena interna. Pigmentaciones del tercio distal de la pierna y acrocianosis. Circulación venosa profunda suficiente. TRENDELEMBURG positivo. Operación: Anestesia local, safenectomía con el fleboextractor de Pataro en una sola sección. Post operatorio normal.

- -

CASO Nº 22 - Protoc. nº 339 - 22-1-1952- W.M.G. de 65 años Itel. casada Holmberg 1810. Sufre de várices de ambas piernas desde hace 5 años. Se trata de una enferma obesa con várices capilares en ambos miembros infe-

riores y a su vez de la safena interna de ambas piernas. La circulación profunda es buena a la prueba de PERTHES-DELBET. Operación con anestesia local se hace la fleboext. acción de la safena interna de ambas piernas, pero ambas la oliva del instrumento llega con muchas dificultades hasta la pantorrilla, de donde no es posible avanzar. Post operatorio normal, pero la enferma tiene edemas.

- -

CASO Nº 23 - Protoc. nº 676-19-II-1952- D.R.C. 42 años arg. Casado. Suipacha 839-Haedo. Sufre de várices desde hace 15 años de la pierna derecha y desde hace dos meses también de la pierna izquierda. La pierna derecha presenta muchos paquetes varicosos en el territorio de la safena interna y de la safena externa. Hay paquetes trombosados en la pantorrilla, edema y pigmentaciones. Operación raquianestesia con meticaína. El fleboextractor que penetra por el cayado se detiene a nivel de la pantorrilla por trombosis del vaso, en otra sección se alcanza el tobillo. Post operatorio normal.

- -

CASO Nº 24 - Protoc. nº 807 - 7-III-52-V.L.-59 años Arg. Cas. Magallanes 1034- Sufre de várices de la pierna izquierda desde hace 15 años. El volumen de este miembro es muy superior al derecho. Hay edema, congestión y cianosis de los dedos. Al manómetro la presión arterial es normal. Las várices llegan hasta por encima de la rodilla. Operación: Anestesia local con no-

voceína. Safenectomía en una sección de la safena interna con el flebo extractor de Patero. Post operatorio normal.

- -

CASO Nº 25 - Protoc. nº 870- 11-111-52- P.J. 41 años. Cas. Checo. Suipacha 925. A raíz de una herida que sufre en la pierna derecha y como fuera rebelde al tratamiento el médico que lo atiende le aconseja la operación de las vérices de las cuales el enfermo no se había percibido pues ni le molestaban. Operación. Raqui-anestesia con meticeína. Safenectomía con el fleboextractor de Patero de la safena interna del miembro inferior derecho.

- -

CASO Nº 26 - Protoc. nº 1413- 29-IV-1952-S.J.- 59 años Ruso. Casado L.Alem 11-Bernal - Hace 5 días sufre una herida en la pierna izquierda, herida de evolución tórpida que sobre un terreno francamente varicoso impide la cicatrización, motivo por el cual se interviene de vérices. Operación: Anestesia local. Safenectomía con el fleboextractor de Patero de la safena izquierda. Las Lesiones de la piel cicatrizan perfectamente.

- -

CASO Nº 27 - Protoc. nº 1643- 20-V-52- F.A.F.- 76 años Uruguayo. Casado. P. Mendoza 2999. Ingresó con dos úlceras de la pierna derecha que sufre desde el mes de diciembre ppdo., a raíz de heridas producidas en el trabajo. Gran terreno varicoso. Abundantes vérices en todo el territorio de la safena interna. Operación: Anes-

tesis local con novocaína. Extirpación con el flebo-
extractor de Pataro de toda la safena interna. Post ope-
ratorio normal



La misma safena interna librada del tallo metá-
lico ha experimentado una ligera retracción. Su lon-
gitud alcanza aquí a 60 cms.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - AILES A. - Les v arices - Paris 1927.
- 2 - ALGLAVE M. P. - Le traitement des varices. La Press Med. 1,1935.
- 3 - ALBANESE A. R. - Cirugía del trofismo. Semana Médica 50,1940.
- 4 - ARIAS F. - Simpaticectom a por úlcera de la pierna. Bol. y Trab. Soc. Cirug. Bs. As. 56-1929.
- 5 - BAISTROCCHI J. D. - Tratamiento quirúrgico de las v arices del miembro inferior. Rev. M d. de Córdoba - 5,1942.
- 6 - BAISTROCCHI J. D. - Semiología y tratamiento de las v arices del miembro inferior. Rev. M d. de Córdoba 5,1943.
- 7 - BAISTROCCHI J. D. - Varices del miembro inferior Relación con el sistema arterial y neurovegetativo. El Día Médico - 29,1946.
- 8 - BAISTROCCHI J. D. - Resultados alejados del tratamiento de las v arices. VII Jornada de la Asociación Argentina de Cir. Dic. 1948.
- 9 - BAISTROCCHI J. D. y OULTON C. - Valor de la Venografía en el diagnóstico de las v arices. VIII Jornada de la Asociación Arg. de Cirujanos.
- 10 - BAISTROCCHI J. D. - V arices de los miembros inferiores 1 tomo 1950.
- 11 - BAGLIETTO L. A. - Tratamiento de las v arices. El Día Médico 1428-15-VII-1948.
- 12 - BULFARO J.A.H. - XI Congreso Argentino de Cirugía Pág. 441-1939.

- 13 - BERTOLA V. y BAISTROCCHI J.D. - Mostración de la técnica que ejecutamos para el tratamiento de la vena varicosa del miembro inferior. Vol. Trabajo Soc. Cirujía de Córdoba 21 1940.-
- 14 - BERTOLA V. y BAISTROCCHI J. D. - Operación para várices. La Semana Médica 1,1940
- 15 - BERTOLA V. y BAISTROCCHI J. D. - Operación para várices, nuestra manera de proceder. La Semana Médica. 1,1940.
- 16 - CAFFRO J. A. y BRIZIO J. E. - Contribución al tratamiento de la úlcera crónica de la pierna por la simpsectomía lumbar. Anal. del Inst. Modelo de Clin. Méd. 21,1940.
- 17 - CHRISTMA N F. E.B. - OTTOLINGHI C.E. - RAFFO J. N. y von GROLLMAN G. - Técnica quirúrgica Ed. El Ateneo. Bs. As. 1950.
- 18 - DALLASES V. - Varices de los miembros inferiores El Día Médico. 69, 2771- 22 Nov. 1946.
- 19 - D'ALLAINES F. - ROSEAU H. - La ligature des troncs variqueux associé aux injections sclerosantes dans le traitements des varices. La Presse Médicale 1, 285,1927.
- 20 - DOS SANTOS J. C. - La Phlegographie directe, conception técnica, premier résultats. Journ Intern. de Chir. Tomo III-nº 6-1936.
- 21 - EDWARDS E. and ROBUCK J.D. - Applied anatomy of the femoral vein and its tributaries. Surgery Gynec. and Obst. 2,547,1947.
- 22 - FIGUREN A. - Tercera contribución al estudio de las úlceras de las piernas. Rev. Méd. de Rosario 24-851-1934.

- 23 - FERRERA A. - El tratamiento quirúrgico de las trombosis venosas del miembro inferior. El Día Médico. 9,1299,1944.
- 24- FERNANDEZ J. O. - Tratamiento esclerosante de las várices por las sales de quinina Vol. Inst. Cir. Bs. As. 8,232,1933.
- 25 - FINOCCHIETTO E. - Várices de la safena interna Rev. Quirúrgica 83,1926.
- 26 - FINOCCHIETTO E y R. - Técnica Quirúrgica 2,1944
- 27 - GABARRO GARCIA P. y ROVIRALTA E. - Primeros casos de úlcera varicosa tratados con el llamado corazón de goma. La Medicina Ibero 1,291,1932.
- 28 - GARZON E. - Úlceras de la pierna. Rev. de la Universidad Nac. de Córdoba - 26,1831-1869,1939
- 29 - GAVIÑA ALVARADO E. R. - Úlceras de las piernas. El Día Médico 5,657, 1933.
- 30 - GUTIERREZ A. - Simpatectomía por úlcera de la pierna. Vol. y Trab. Soc. Ciruj. de Bs.As. 13,56, 1929.
- 31 - HERSEFELD Y. S. Sobre la esterilidad de las soluciones hipertónicas preconizadas en el tratamiento esclerosante de las várices. La Medicina Ibero 2,146,1930.
- 32 - IVANISSEVICH O. - Tratamiento de las venas varicosas y de las hemorroides por intermedio de sustancias esclerosantes. La Semana Médica, 1093,1098, 1924.
- 33 - IVANISSEVICH C. - Flebografía del sistema profundo de los miembros inferiores. Academia Arg. de Cirugía 167,1944.

- 34 - JUNTZER A. Síndrome varicoso - La Medicina Ibero-
ra-2, 337, 1935
- 35 - LAURENCE A.M. - Varices del miembro inferior.
El Ateneo 1949.
- 36 - LEPICHE R. y PLICARD A. - Physiologie pathologique
chirurgicale. 1930
- 37 - LOPEZ A.D. - El tratamiento de las varices debe
ser, cruento o incruento?. La Medicina Ibero I.
526, 1935.
- 38 - LLIBSMA URANGA - Estudios de fisiopatología neuro-
vegetativa. Barcelona 1936.
- 39 - MAHORNER H. R. - and OCHSNER A. - Histologie
effects of intravenous sclerosing. Solutions of
subcutaneous tissues. Archives of Surgery, 30, 573
1935
- 40 - MAHORNER H. R. - and OCHSNER A. - A new test for
evaluating circulation in the venous system of
the lower extremity effected by varicosities. Ar-
chives of Surgery. 33, 479-1936.
- 41 - MAHORNER H. R. and OCHSNER A. - A new test for eva-
luating circulation in the venous system of the
lower extremity affected by varicositi. Arch. Cir.
citado en I.A. of Surg. 64, 493, 1937.
- 42 - MALAMUD T. - El tratamiento de las úlceras cróni-
cas del miembro inferior en un servicio de clíni-
ca médica. Prensa Méd. Arg. 31, 1117, 1119-41
- 43 - MARINELLI M. - Vena safena accesoria. La Semana
Médica LVI 17, 567, 571-1949.
- 44 - MARTORELL F. - El tratamiento de las vérices 1941.
- 45 - MARTORELL F. - Accidentes vasculares de los miem-
bros. Alvat 1945.
- 46 - MARTORELL F. - Varices Labor S.A.-1948.

- 47 - LAZZINI O. R. - Tratamiento de las várices en particular por el método de SCHIASI. La Semana Médica 2,807,1926.
- 48 - MOORE S.W. and KNAP Varicose Veins. Ann. Surg. 115,131,1942.
- 49 - MOSKWICZ - Tratamiento radical de las várices La Medicina Ibérica 1,32,1936.
- 50 - NAIDE LEYER - Tratamiento de las úlceras de la pierna con sangre y plasma concentrado. Cátedra y Clínica 11,109,1944.
- 51 - NARIO C. - La participación arterial en los síndromes varicosos del miembro inferior. Prensa Médica Arg. nº 2-57-1943.
- 52 - NOGUERA R. y FUENTES F. - Operaciones simultáneas en ambos miembros inferiores especialmente para várices. El Día Médico 2,1312,1945.
- 53 - NORRES A. y CAPCAVALLO R. La vena safena externa. Imprenta U. de Córdoba Oct.1946.
- 54 - ORTEGA M. - Consideraciones acerca del tratamiento de las várices por inyecciones esclerosantes Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades 21, 413, 1933.
- 55 - PASMAN H. R. - Varices. Su tratamiento quirúrgico precoz ed. Vergara B.As. 19-1947.
- 56 - PATARO V. - Úlcera de la pierna. Simpatectomía lumbar. Pren. Méd. Arg. 30-1265,1943.
- 57 - PATARO V. - Tromboflebitis y flebotrombosis. La Prensa Méd. Arg. nº 22, Mayo 1947.
- 58 - PATARO V. - Flebotrombosis. La Prensa Médica Argentina nº 27- Julio 1947.

- 59 - PERACHIA O. V. - Sobre el tratamiento quirúrgico de las vérices. La Medicina Iberica 11,121, 1932.
- 60 - PUIGGARI H. - Úlcera atónica de la pierna. El Día Médico 12,176,179, 1940.
- 61 - REGGI J. - Úlcera de las piernas. Diagnostico y tratamiento. Técnica del vendeje oclusivo. El Día Médico 10,681, 1938.
- 62 - SOLARI E.F. - Varices y úlceras varicosas de las piernas. La Semana Médica 1,145,1937.
- 63 - SONZINI C. - Anatomía quirúrgica de la vena safena interna. La Prensa Médica Argentina 11,1690 1945.
- 64- TAKATZ - De ambulatory ligation of the saphenous vein. Journ Amer. Med. Asso. 94,1194,1930.
- 65 - TETGE H. - El Tratamiento con hormonas. Tratamiento de la endoangeitis obliterante y de las úlceras etc. Sem. Méd. 45,603,1938.
- 66 - TERRELLANO V.M. - Tratamiento kinesioterápico de las vérices. La Prensa Médica Argentina 1,1075, 1934.

Definición

Secc 84 legal.
[Signature]



[Signature]
RAFAEL G. ROSA
PROSECRETARIO