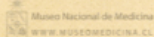




CONSIDERACIONES

SOBRE

LAS VÁRICES DEL MIEMBRO INFERIOR



Y SU

TRATAMIENTO



Museo Nacional de Medicina

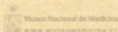
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA DE PRUEBA

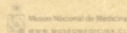
PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

MARCOS DONOSO DONOSO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

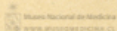
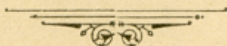


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

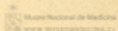
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



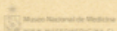
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

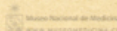
SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA VALPARAISO DE FEDERICO T. LATHROP



Museo Nacional de Medicina
1899

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



CONSIDERACIONES

SOBRE

LAS VÁRICES DEL MIEMBRO INFERIOR

Y SU

TRATAMIENTO

MEMORIA DE PRUEBA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

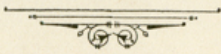
MARCOS DONOSO DONOSO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



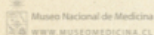
SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA VALPARAISO DE FEDERICO T. LATHROP

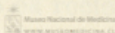
Museo Nacional de Medicina 1899

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





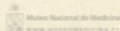
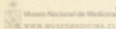
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



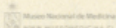
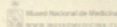
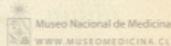
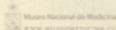
Al Dr. Lucas Sierra M.

manifestacion de gratitud.

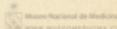
MARCOS PONOSO P.

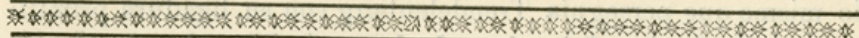


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Consideraciones sobre las várices del miembro inferior y su tratamiento



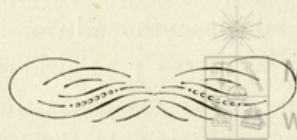
El tratamiento quirúrgico para curar las várices del miembro inferior y de sus complicaciones no es reciente; desde los tiempos mas antiguos se practicaban operaciones para curar esta afección; mas los procedimientos operatorios que se han seguido han sido los mas diversos debido a que los resultados obtenidos no eran satisfactorios, predominando unos en una época, otros en otra, hasta que en 1891, Trendelenburg profesor de la Universidad de Bonn haciéndose el apóstol de su teoría sobre el rol que juega la insuficiencia valvular de la vena safena magna en la patojenia de las várices y de sus complicaciones, propone suplir esta insuficiencia valvular por medio de una ligadura del tronco de la safena cerca de su desembocadura. Desde esa época esta operación reemplaza á las otras y se practica por todas partes. Pero como con el tiempo todas las cosas tienen que irse perfeccionando, así también la operación de Trendelenburg ha sufrido una serie de modificaciones; la operación primitiva de Trendelenburg fué una simple ligadura de la safena magna en la unión del tercio medio con tercio inferior, á esto se agregó luego la resección de la safena en una estención de 0.10 cent. previa ligadura de sus extremos y de sus colaterales; y por último Faisst fundándose en condiciones de anomalía en la disposición anatómica de la safena, hace la resección de la vena en la unión del tercio medio con el tercio superior. En una palabra, la operación en si, ha sufrido modificaciones; pero en todas ellas se persigue



lo mismo que perseguía Trendelenburg con su ligadura primitiva; *suplir la insuficiencia valvular y facilitar la circulación venosa del miembro que estaba perturbada por esta insuficiencia.*

Yo sobre este punto no pretendo traer datos nuevos, puesto que en este trabajo no hay nada de original, es todo sacado de las revistas y libros que he consultado; el único móvil que me ha guiado á escribirlo es poder presentar á mis compañeros un resumen de todos los trabajos que se han escrito en estos últimos años sobre el particular, los que vienen publicados principalmente en revistas que no están al alcance de nosotros. Para esto he contado con la buena voluntad del distinguido cirujano Dr. Lucas Sierra, quien me ha facilitado toda su biblioteca.

Al mismo tiempo quiero exponer el procedimiento operatorio seguido por el profesor Barros Borgoño y por el Dr. Sierra en los enfermos de las observaciones que van al fin de este trabajo, y que á mi juicio presenta algunas ventajas.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



VÁRICE, es la dilatación permanente y patológica de las venas.

Patojenia y etiología

Antes de explicar el mecanismo de la formación de las várices considero útil hacer un ligero recuerdo de la anatomía de las venas del miembro inferior y de la manera como circula la sangre en este miembro á fin de poder darnos cuenta mejor del desarrollo de estas várices.

En el miembro inferior hay dos sistemas de venas: uno superficial formado por las safenas, y otro profundo formado por las venas tibiales, peroneas, poplíteas y femoral. La safena interna desemboca en la femoral á tres centímetros por debajo de la arcada cural. La safena esterna desemboca en la poplítea. Entre estos dos sistemas de venas existen numerosas anastomosis y las válvulas de estas venas anastomóticas miran hacia la vena femoral, es decir, estan destinadas á favorecer la circulación de la sangre venosa de las venas superficiales á las profundas sin que la sangre pueda refluir de las venas profundas á las superficiales. En estas últimas no hay mas válvulas que en la safena interna al nivel de su desembocadura en la femoral, y en la safena esterna al nivel de su desembocadura en la poplítea.

La circulación de la sangre venosa en las venas profundas es favorecida por la contracción muscular y por las numerosas válvulas que existen en ellas debido á que toda presión que se ejerza sobre una vena de válvulas normales tiende á hacer avanzar hacia el corazón una cierta cantidad de sangre que no puede retrogradar una vez que ha franqueado un escalón valvular.

En las venas superficiales la circulación es mas difícil por la ausencia de válvulas, y aun se hace mas dificultosa la circulación de la sangre cuando el individuo se mantiene de pié debido á que la acción de la gravedad impide que la sangre suba produciéndose por este motivo una detención de la circulación en estas venas y entonces las venas anastomóticas que están provistas de válvulas facilitan la circulación.

Ahora supongamos que la válvula de la safena interna esté forzada (y este es el mecanismo principal de la formación de las várices del miembro inferior y de todas sus complicaciones) ¿qué es lo que pasa en las venas del miembro inferior?—Es á Trendelenburg profesor de la Universidad de Bonn á quien debemos la siguiente explicación: Las venas femoral, ilíaca, cava inferior no poseen válvulas y estando forzadas las de la safena interna y formando las venas superficiales del miembro inferior un sistema de vasos comunicantes, resulta que la columna de sangre que llena esos vasos ejerce todo su peso cuando el enfermo está de pié, sobre las venas de la pierna y la menor modificación de presión que se produzca en la caja torácica ó en la cavidad abdominal se trasmite directa é inmediatamente á las venas del miembro inferior; resulta pues que estas venas tienen que soportar el peso de una columna de sangre cuya altura



corresponde á la distancia que hay entre el corazón y el punto correspondiente del miembro inferior, altura variable segun la posición del enfermo.

Este aumento de la presión sanguínea en el interior de las venas que trae por consecuencia todas las perturbaciones nutritivas que hemos indicado lo demostró Delbet aprovechando la buena voluntad de un enfermo que sufría de várices del miembro inferior. La experiencia la hizo de la manera siguiente: Después de anestesiado el paciente con cocaína desnudó en la parte media del muslo la safena, cuyo volúmen era absolutamente normal, y la seccionó; colocó en el cabo superior del vaso seccionado una cánula que comunicaba por intermedio de un tubo con un manómetro de mercurio; en seguida se hizo sentar al enfermo y se vió que la presión en el cabo superior de la safena hacia equilibrio á una columna de dos centímetros de mercurio; despues hizo que el paciente se pusiera de espaldas inmediatamente bajó la presión á catorce milímetros; acto continuo lo hizo ponerse de pié y la presión subió á catorce centímetros. Estando el enfermo en esta misma posición lo hizo hacer fuerzas, entonces se vió subir la presión primero á nueve centímetros y después á trece.

En seguida colocó la cánula de otro manómetro en el cabo periférico de la vena y entonces pudo observar simultáneamente la presión de los dos extremos de la vena.

LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES:

	seg.	sup.	seg.	inf.
Enfermo acostado.....	1	6	3	0
Enfermo de pié.....	16	0	6	0
Esfuerzo violento.....	26	0	10	0

Las presiones constatadas en el segmento inferior se pueden considerar como de una safena normal.

Con estas experiencias Delbet demostró dos cosas: 1.º que las válvulas de la safena pueden ser forzadas sin que el vaso presente ninguna dilatación, y 2.º que se pueden apreciar por cifras precisas las variaciones de presión que son la consecuencia de la insuficiencia valvular.

¿Que consecuencia trae este aumento de presión de la sangre venosa en la pared misma de la vena y en la circulación del miembro inferior?

Veamos primero que es lo que pasa en las paredes de las venas. La primera reacción contra el aumento de presión de la sangre es una hipertrofia é hiperplasia del tejido elástico y una hipertrofia del tejido muscular *hipertrofia esterna*: al mismo tiempo hay una *hipertrofia interna*, se forma primero en la íntima una neoformación conjunta lo que mas tarde dá lugar á elementos elásticos y musculares. También en la adventicia hay neoformación de tejido muscular. Si á pesar de esta modificación la presión sanguínea gana la supremacía los efectos de esta hipertensión tie-



nen que transmitirse á los *vasa-vasorum* lo cual trae por consecuencia perturbaciones nutritivas en las paredes de las venas, estas dejeneran y viene una dilatación exéntrica. (Hodara).

¿Qué pasa en la circulación venosa del miembro inferior? La sangre que refluye en la vena safena en lugar de seguir una dirección centripeta, sigue una dirección centrífuga; camina de arriba hácia abajo, del pliegue de la ingle hácia el pié. Llegando á la pierna encuentra las anastomosis que unen las venas superficiales a las profundas, y como la sangre está bajo una gran tensión en las venas superficiales pasa á las venas tibiales, peroneas de aquí á la poplítea y por último á la femoral; pero al nivel de la desembocadura de la safena una parte de la sangre vuelve á fluir por esta vena. Se establece de esta manera un verdadero círculo venoso en la extremidad inferior, en el cual la sangre pierde mas y mas

sus propiedades vivificantes.

Fácil es comprender ahora las consecuencias que traen estas perturbaciones de la circulación venosa. El aumento de la presión sanguínea de las venas se trasmite hasta las venitas pequeñas y es igual ó mayor que en las arteriolas, por consiguiente la circulación capilar en los dominios que son tributarios de la safena no puede hacerse y entonces la nutrición de esos tejidos está profundamente alterada y en estas condiciones, traumatismos por insignificantes que sean, simples frotos, dan lugar á úlceras crónicas. Por esto también se explica la influencia favorable del descanso en cama manteniendo la pierna horizontal, para la curación de las úlceras, por que así puede la sangre circular normalmente.

¿Cual es la causa de esta insuficiencia valvular?

Landerer profesor extraordinario de la Universidad de Leipzig cree que la causa primera del proceso varicoso consiste en una atrofia de las válvulas de la safena, las que en seguida concluyen por desaparecer.

En otros casos la insuficiencia valvular sería consecutiva á la dilatación de las venas. Esta insuficiencia se produciría por dos mecanismos. La dilatación de las venas arrastraría las válvulas y entonces estas no obturarían el lumen de las venas ó bien la alteración de la pared de estas se propagaría á las válvulas que no son sino un repliegue de la túnica interna, trayendo como consecuencia una retracción ó atrofia de las válvulas que entonces se harían insuficientes.

¿Qué factores vendrían á contribuir á modificar la pared de las venas antes que las válvulas se hagan insuficientes? En 1.^{er} lugar todas aquellas causas que perturban las condiciones locales de la circulación venosa del miembro inferior. Por ejemplo: profesiones en que el individuo tiene que permanecer mucho tiempo de pié sin ejecutar movimientos, como la de tipógrafo. En los individuos de talla elevada la sangre tiene dificultad para vencer la pesantez. En las mujeres embarazadas el útero ejerce presión sobre las venas ilíacas, etc.

Al lado de estos factores puramente mecánicos y locales hay otros de causa jeneral; así Lancereaux cree que las várices en jeneral están su-



bordinadas á la acción del sistema nervioso y dependen de una perturbación de la inervación trófica."

Otros colocan las alteraciones varicosas de las venas al lado de la arterio-esclerosis y se las considera como el resultado de una perturbación trófica jeneral, enjendrada por una alteración de la sangre, por una discrasia, artritis, gota, alcoholismo, etc.

Hoy día se tiende á admitir como congénita la causa de las várices y esta disposición consiste en una formación defectuosa de las válvulas (faltas del tejido respectivo) de la safena; y todos los otros factores mecánicos de que hemos hecho antes mención serían coadyudantes en el desarrollo de esta afección. (Krämer).

Pasemos en revista estos factores etiológicos que contribuyen al desarrollo de esta afección.

Edad.—La edad en que se desarrolla esta afección es de treinta á cuarenta años. Hasta la edad de veinte años no se encuentran várices en el miembro inferior.

Sexo.—Los hombres son mas predisuestos á las várices y la razón está en las profesiones de los hombres que son mas fatigosas.

Profesiones.—Las profesiones fatigosas que necesitan una estación prolongada de pié, espuesto al frío y á la humedad favorecen el desarrollo de las várices, por eso es que encontramos esta afección en los lacayos, tipógrafos, lavanderas, cocineras, ladrilleros etc.

Herencia y constitución.—La influencia de la herencia es admitida por todos los observadores y así interrogando á un varicoso, vemos que sus ascendientes han sido varicosos. En esta herencia de las várices, tiene influencia el estado constitucional y es el artritis el que ha sido principalmente señalado. En el origen congénito de las causas de las várices que es la teoría que mas se tiende aceptar, se cree que la herencia y el estado constitucional desempeñen un papel importante.

Preñeces.—Es una de las causas predisponentes mas frecuentes de las várices del miembro inferior en la mujer. El número de preñeces influye de una manera notable: se puede decir que cada preñez va dejando un escalón en el cual la vena queda lijaramente alterada, alteración que sigue en los embarazos siguientes.

Tiene influencia en el desarrollo de las várices la estatura del individuo y sobre todo si tiene las piernas largas. Un dato etiológico importante es el mayor desarrollo de las várices en el miembro inferior izquierdo que el derecho; esto lo atribuyen á la compresión de la S ilíaca sobre la vena ilíaca.

Anatomía Patológica

Las várices del miembro inferior se dividen en *superficiales y profundas*.—Superficiales cuando el proceso patológico se desarrolla en las



venas safenas, y profundas cuando toma las venas subaponeuroticas, entre las cuales figuran las venas musculares tributarias de las venas peroneas y de las tibiales posteriores.

Aunque Vernenil había formulado ciertas leyes jenerales, que se admitían como clásicas, sobre el desarrollo de las várices, en las cuales consideraba que las várices superficiales no existen nunca sin ir acompañadas de várices profundas y en cambio que la inversa puede existir, hoy día no se acepta en jeneral estas leyes después de las observaciones de Valette y más recientemente con las observaciones de Hughes, en las que con las várices de las venas safenas, no existía ninguna flebectasia de las venas profundas.

Las alteraciones que sufre la pared de las venas varicosas podemos dividirla en *Macroscópicas y microscópicas*.

Quémala resumido en la siguiente frase, las alteraciones que van sufriendo la pared de las venas; "Alargamiento simple, espesamiento igual, espesamiento desigual y deformación son las diferentes etapas porque pasan las venas varicosas.

Alteraciones macroscópicas.— Estas alteraciones consisten en *alargamiento y en dilatación*

El alargamiento se traduce por flexuosidades numerosas visibles al traves de la piel, *várices serpentinias*

La dilatación puede ser *circunscrita o no*.— En el 1.º caso puede suceder que la dilatación tome toda la circunferencia de la vena, *várices ampulares circunferenciales* ó bien una parte de la circunferencia, *várices ampulares laterales*.

En el 2.º caso la dilatación es uniforme en un trayecto mas largo de un tronco venoso y tenemos las *várices cilindroideas*.

En fin puede suceder que se encuentren reunidas estas diferentes variedades, formando paquetes voluminosos y entonces tenemos las *várices cirsoideas ó tumores varicosos*.

Al lado de estas alteraciones que se refieren a la forma de las várices, encontramos que la vena es mas dura, mas resistente, de un color grisáceo, y al seccionarla, su lúmen queda abierto lo mismo que en las arterias. La membrana interna de un color rojo ofrece de ordinario pliegues longitudinales que forman relieve en la superficie.

Alteraciones microscópicas.— Las alteraciones microscópicas de la pared de las venas varicosas es punto que no está aun bien dilucidado. Así Cornil sostiene que la lesión de las várices consiste en una hipertrofia de la túnica media la que aumenta hasta diez veces de espesor, hipertrofia que partiría de la parte mas interna de la túnica media y que consiste en un desarrollo de tejido conjuntivo, que poco á poco iría invadiendo toda esta túnica, hasta hacer desaparecer por completo el tejido muscular. En cambio en la túnica interna las alteraciones serían insignificantes.

Segun Epstein y con él la escuela alemana, el desarrollo de la afección no está en la túnica media, sino en la túnica interna y considera que lo que Cornil toma por parte interna de la túnica media no es la normal, la



antigua, sino que es de nueva formación desarrollada patológicamente bajo la influencia del proceso escleroso, en plena túnica interna y por consiguiente las capas que hay por fuera de ella no pertenecen á la túnica media.

Hodara cree que en la pared de las venas varicosas hay una hipertrofia y una hiperplasia de tejido elástico en la túnica media é interna y al mismo tiempo en esta última túnica hay neaformación de tejido conjuntivo y tejido muscular.

Janni, en el Congreso de la Sociedad Italiana de Cirujía celebrado en Turin el año pasado, llega á las siguientes conclusiones; que además de las alteraciones regresivas que la distención produce sobre las paredes de las venas varicosas, se observa algunas veces neoproducciones de tejido conjuntivo en la capa interna bajo la forma de una verdadera endoflebitis productiva en botones ó en placas y que esta neaformación de tejido conjuntivo puede tomar también la parte mas interna de la túnica media.

Reasumiendo las opiniones de estos autores podemos decir, que hay un engrosamiento de las tunicas de la pared de las venas, que este engrosamiento es debido á una neaformación de tejido conjuntivo, cuyo punto de partida es el discutido, pero que va invadiendo las diferentes tunicas, hasta que llega un momento en que los diferentes elementos histológicos que entran en la estructura de la vena, desaparecen, quedando únicamente tejido conjuntivo.

En cuanto á las válvulas encontramos, que al principio están dilatadas, aumentan de espesor, pronto se retraen, se hacen insuficientes y quedan reducidas a un nódulo.

Al lado de esas alteraciones encontramos que los vasa-vasorum están dilatados en medio del tejido patológico; se sitúan en la túnica interna. Pueden alcanzar un desarrollo considerable y *Cornil* cree que los tumores varicosos están constituidos por vasa-vasorum enormemente dilatados. Á veces adelgazándose demasiado sus paredes, se rompen y dejan infiltrarse la sangre y formar pequeños derrames de glóbulos rojos y de materias colorantes.

En algunos casos granulaciones calcáreas se depositan entre los manojos fibrosos y transforman las venas en tubos rijidos.

Al lado de esta alteracion de la pared de las venas hay otras en los tejidos vecinos, y que son debidas como ya lo hemos dicho a perturbaciones circulatorias; estas alteraciones que no haré mas que mencionarla se localizan en la piel, tejido celular subcutáneo, músculos, huesos y nervios.

Sintomas

Dividiremos los síntomas en funcionales y objetivos.

SÍNTOMAS FUNCIONALES.—De ordinario con estos comienza la enfermedad. Los pacientes se quejan de pesadez y entorpecimiento de sus



músculos; una sensación de tensión al nivel de la pantorrilla, se fatigan mas pronto en la marcha; sienten cuando han estado largo rato de pié ó con las piernas colgadas un dolor vago que desaparece cuando colocan sus miembros horizontalmente; algunos sienten calambres en los músculos de la pantorrilla; (En los enfermos de la observación N.º 1, 2 y 3 los calambres se presentaban durante la noche estando acostados). Hormigueo, comezón y en algunos casos verdaderos dolores en la planta del pié. Habitualmente todos estos fenómenos dolorosos desaparecen en la noche y en la posición horizontal. Serían más acentuados con una temperatura ardiente (Verneuil). Sin embargo Quénu ha notado que se acentúan mas en los tiempos húmedos y frios.

Volvamos sobre el síntoma dolor que en algunos casos constituye por sí solo una de las indicaciones de la operación, de las várices. Estos dolores como hemos dicho, se presentan en la planta del pié, sobre todo desde el talón hasta el hueso poplíteo siendo mas frecuentes al nivel de la pantorrilla. En otros casos principalmente si se trata de varicosos antiguos pueden sobrevenir verdaderas ciáticas. Estos dolores algunas veces se presentan espontáneamente sobre el trayecto del nervio ciático y otras veces únicamente cuando se ejerce presión en ciertos puntos del nervio.

En una estadística que presenta Quénu, de cincuenta y seis varicosos antiguos, en veinticinco los dolores se presentaban espontáneamente y en los treinta y uno restantes existía esta forma de ciática que podríamos llamar latente. En veinte casos los puntos dolorosos existían en la pierna y hueso poplíteo; en seis la presión era dolorosa en la parte media del muslo y en cinco la sensibilidad mórbida subía hasta la escotadura ciática.

¿Cuál es la causa de estas sensaciones dolorosas que sufren los varicosos? Verneuil pensaba encontrar una esplicación en la relación de las venas dilatadas con los nervios, las cuales obrarían únicamente comprimiéndolos, fundaba esto en que diseccionando piezas inyectadas había visto a menudo y sobretodo en el espesor de los músculos filetes nerviosos unidos á los vasos distendidos, desviados por las venas dilatadas ó comprimidas en los intersticios estrechados que quedan entre ella. Quénu no acepta esta patogenia sino para la safena y aún cree que en estos casos se trata mas bien de una inflamación de la vena propagada al nervio, que de compresión mecánica pura y simple. Este mismo autor atribuye la causa de las ciáticas, de los dolores profundos en los varicosos antiguos, al desarrollo de una neuritis ascendente que subiría lentamente del nervio tibial posterior al poplíteo y después al ciático.

Creo que las sensaciones de dolor estan ligadas en gran parte á las perturbaciones de la circulación venosa que producen como consecuencia la insuficiencia valvular de la safena provocando éxtasis venosos en las venas de los nervios, lo que sería bastante para producir diversos fenómenos dolorosos, y sobre todo esto se confirma con los resultados inmediatos obtenidos por el reposo y posición horizontal del miembro infe-



rior y también por los resultados obtenidos con la operación de Trendelenburg (caso citado por Faisst de un oficial).

SÍNTOMAS OBJETIVOS.—El síntoma objetivo mas importante es el desarrollo considerable de las venas superficiales de la pierna y muslo. Este desarrollo es muy lento; al principio se notan á lo largo de la pierna, del muslo y de la cara interna de la rodilla cordones uniformes, salientes bajo la piel, de color azulejo. Hasta aquí, la dilatación varicosa es mas ó menos uniforme, mas ó menos circunscrita y desaparece por la mas lijera compresión para aparecer nuevamente cuando ésta cesa. Los tejimientos que la cubren, apénas distendidos, no presentan ninguna alteración, deslizan sobre la superficie de la vena y dejan percibir la coloración azuleja.

A medida que la dilatación avanza de una manera irregular en toda la pared de la vena, empiezan á aparecer hinchamientos ó ampollas, ya fusiformes, ya globulosas, ordinariamente del tamaño de un hueso de guinda, pero que pueden alcanzar hasta el porte de un huevo de gallina. Estas ampollas varicosas tienen caracteres especiales: son blandas, fluctuantes, reductibles; una presión brusca sobre ellas ocasiona reflujos de sangre á lo largo de la vena, tanto hácia arriba como hácia abajo visibles á través de la piel y perceptibles al tacto bajo la forma de ondulaciones; el esfuerzo y todo acto que necesita una espiración enérgica hincha las ampollas de que estamos tratando.

En algunos puntos del miembro inferior principalmente en la cara interna de la rodilla y cara interna de la pierna se desarrollan verdaderos paquetes de venas sinuosas enrolladas varias veces sobre si mismas formando tumores irregulares, aboyados, de coloración azuleja; son los *tumores varicosos*.

Este desarrollo de las venas superficiales se vé muy bien en algunos casos, sobre todo examinando al paciente de pié y haciéndolo esforzarse. En los hospitales donde jeneralmente se examina á los enfermos en su cama muchas veces no se nota.

Con el nombre de *signo ó síntoma de Trendelenburg* se conoce un signo destinado á saber si las válvulas de la safena son ó no insuficientes. Para encontrarlo se procede de la manera siguiente: se coloca al enfermo en posición horizontal de modo que las várices estén mas ó menos en estado de vascuidad; se comprime la vena safena interna al nivel de su desembocadura, se hace poner de pié al enfermo, y entonces se vé, cesando la compresión que si las válvulas de la safena son insuficientes, las várices que hasta ese momento estaban vacías, se llenan rápidamente de sangre y se ponen tensas.

Examinando los enfermos en la tarde después de haber permanecido mucho tiempo de pié se constata un poco de edema al nivel de los maléolos ó un simple hinchamiento del pié. Si se coloca la mano sobre la pantorrilla se notará algunas veces una sensación de pastosidad profunda y dolorosa. Estos síntomas desaparecerán con unas cuantas horas de reposo en cama con la pierna horizontal.



Juntamente con estos síntomas objetivos que son los más importantes se notan otros ligados como ellos á las perturbaciones de la circulación venosa y son manchas pigmentarias de la piel, principalmente de la cara interna y anterior de la pierna, erupciones frecuentes de pequeños forúnculos, eczemas, comezones y algunos pacientes se quejan de aumento de la secreción sudoral etc.

MARCHA

La evolución clínica de las várices se hace en general con una gran lentitud; un enfermo puede pasar meses y aun años con los síntomas que hemos descrito con el nombre de funcionales, sin que se comprometan las venas superficiales. Otras veces aún cuando todas las venas superficiales estén alteradas, los progresos de la enfermedad se hace lentamente y en algunos casos se detiene.

La marcha de esta afección es muy variable según los individuos y depende mucho de la constitución de los enfermos y de los cuidados higiénicos y quirúrgicos que el estado social de ellos les permite tomar. Convenientemente cuidadas las várices desde el principio quedan estacionarias; esto es lo que se consigue en las personas ricas, que por el hecho de su condición pueden evitar los esfuerzos, fatigas, estancias prolongadas de pié etc., causas que aumentan y favorecen el desarrollo de esta afección.

Se ha dicho que la vejez cura la afección varicosa; «Quénu y Briquet creen que la vejez cura las várices obligando al enfermo al reposo, y es mas bien disminución que curación.»

En algunos casos la curación espontánea parece posible; el mecanismo sería por coagulación de la sangre dentro de la vena varicosa, organización del coágulo, aplastamiento de las paredes y adherencias de ellas.

En otros casos se han visto ciertas várices aparecer y evolucionar rápidamente; estas han estado relacionadas con la preñez ó con una flebitis sub-aguda.

PRONÓSTICO

El pronóstico de los enfermos de várices está sujeto á un cierto número de complicaciones que se desarrollan en esta enfermedad, y tres son las principales, la *rúptura de las várices*, la *flebitis varicosas* y las *úlceras varicosas*.

1.º *Ruptura de las várices*.—Las várices pueden romperse en la piel y entonces tenemos la *várice ulcerada o ruptura esterna*, ó puede romperse en el tejido celular ó entre los músculos y tenemos la *rúptura interna o intestinal*.

Várices ulceradas—Patogenia.—La patogenia es la siguiente; por un lado tenemos que la pared de la vena está considerablemente adelgazada y con una gran tensión debido al aumento de presión; por otro lado tenemos que la piel está muy adelgazada por la compresión que ejerce la várice en ese punto y por las perturbaciones nutritivas que



tiene que sufrir por el éxtasis venoso; en estas condiciones el menor esfuerzo ó el traumatismo más insignificante basta para que se produzca la ruptura de la várice.

En algunos enfermos la desgarradura de la vena y del tegumento es precedido de un lijero dolor, síntoma de una inflamación superficial que dura algunos días.

En otros enfermos la ruptura es anunciada por la existencia de una pequeña mancha violácea equimótica mal circunscrita.

En otros casos viene sin causa ninguna y sin dolor.

(En la enferma de la observación N.º 1, la hemorragia se presentó sin dolor y sin causa alguna). En la observación N.º 2, la enferma tuvo primero un traumatismo las dos veces que se le rompió las várices; pero no tuvo ningun dolor en el momento mismo de la ruptura. En el enfermo de la observación N.º 4, no tuvo ningun dolor y la hemorragia se presentó en chorro, como si fuese de una arteria. La hemorragia de la várice ulcerada se presenta de dos maneras; ó bien se escapa en sábana, y cuando se presenta en esta forma los enfermos se vienen a dar cuenta de la hemorragia por la sensación de un líquido caliente que corre por sus piernas (Observación N.º 1 y 2), ó bien se escapa en chorro, análogo á cuando se secciona una arteria. Estas hemorragias son de ordinario abundantes debido á que se manifiestan sin dolor. Á veces el enfermo ha sentido los síntomas generales de hemorragia, zumbido de oídos, nublamiento de la vista etc. antes de darse cuenta de cual es la causa de estos síntomas, y en algunos casos se han visto terminar por el síncope ó por la muerte. Rejistrando la literatura de las várices encontramos numerosos casos de muerte por várices ulceradas del miembro inferior. Se sabe que Copérnico murió de esto. Lombard cita dos casos de muerte, Debout, uno, J. L. Petit, uno, Amussat y Murat comunicaron en 1826 á la Academia de Medicina dos casos parecidos, Velpeau (Medecine Operatoire-Tomo II pág. 262) cita 10 casos. Rey (Archives de Médecine 1829) cita el caso de una hemorragia en una várice ulcerada que trajo la muerte en diez minutos, Polaillon cita el caso de una mujer que murió de hemorragia por ruptura de una várice de una vena maleolar. (1)

Otra consecuencia que pueden traer estas várices ulceradas es el debilitamiento de los enfermos, la anemia y todas las complicaciones que ella acarrea.

Case siempre la ruptura de las várices se hace sobre una vena de la parte inferior de la pierna; la razón es sencilla: son las que tienen que soportar mayor presión. Cuando la hemorragia ha cesado y se examina el orificio por donde salía la sangre, se ve que éste es un agujerito sumamente pequeño, que apenas permite la introducción del estilete. Este ori-

(1 El año 1891, se murió en Valparaíso, una mujer de hemorragia por ruptura de una várice. La asistió el Dr. Deformes. No he podido recojer mas datos relativos a su muerte.





ficio no es proporcional con el volúmen del chorro, debido á la elasticidad de la pared venosa que se deja alargar lo mismo que el orificio de la piel, bajo la presión de la sangre.

Rupturas intersticiales ó internas.—De ordinario estas rupturas tienen lugar en las venas intramusculares. La patogenia está fundada en el aumento de la presión venosa.

Vernenil ha sido el que ha estudiado mas esta variedad de ruptura.

En la literatura se encuentran varios casos de estas rupturas intersticiales. *Briant* y *Cazin* han relatado un caso en que la ruptura de la várice se hizo en el tejido celular sub-cutáneo. En este caso se hizo la reabsorción del derrame sin ninguna complicación.

Verneuil tiene cinco observaciones. En el enfermo de la primera observación tiene latigazos en las dos pantorrillas, flebitis en los dos miembros inferiores; el enfermo curó.

Obs. II. Latigazo pantorrilla derecha: aumento de volúmen de la pierna, á los dos días después equimosis que le toma toda la pierna, estuvo dos meses y medio con la pierna en posición horizontal; á la menor tentativa de marcha, se le hinchaba la pierna y volvían los dolores. Curación.

Obs. III. Latigazo, hinchazón, etc. Muerte: una flebitis que terminó probablemente con infección purulenta.

Obs. IV. Latigazo. Muere por embolia pulmonar.

Obs. V. Igual á la primera.

Terrillon en 1882 presenta tres observaciones. En la primera se trata de una mujer varicosa que en el momento de hacer un esfuerzo siente latigazo en la pantorrilla derecha, seguido de hinchazón; poco después aparición de equimosis. Curación sin complicación. Á los ocho meses después, nuevo latigazo en la misma pantorrilla, hinchazón de la pierna, dolorosa á la presión sobre todo en la pantorrilla. Doce días después aparición de equimosis; disminución de la hinchazón. Sensación de núcleos duros en la masa carnosa de la pantorrilla. Curación.

Obs. II. Pintor, de 58 años. Varicoso. Latigazo en la pantorrilla izquierda; hinchamiento doloroso, sobre todo al nivel de la pantorrilla. Algunos días después del accidente se notan en el hueso poplíteo cordones duros y dolorosos; dos días después las venas superficiales se trombosan también. Edema de la pierna y pié. Curación.

Obs. III. Hombre de 48 años, varicoso. Latigazo pantorrilla izquierda; signos manifiestos de derrame sanguíneo en la pantorrilla izquierda. Tres días después del accidente. equimosis. Cordón duro dirigiéndose al hueso poplíteo. Curación.

Pasando en revista todas las observaciones tenemos que el síntoma primero y principal de las rupturas internas es el dolor (latigazo), que se presenta al ejecutar un movimiento brusco ó al hacer un esfuerzo violento. Consecutivo á esto viene un aumento considerable del volúmen de la pierna, impotencia funcional, dolores espontáneos á la presión, y al ejecutar movimientos. A los dos días después ó más, equimosis.

Esta complicación puede terminar de varias maneras: ó se reabsorve el



derrame sanguíneo ó puede desarrollarse una flebitis y consecutiva á ésta una trombosis, que puede terminar por la curación ó por la muerte.

Como tratamiento se ha empleado reposo absoluto y compresión lenta y graduada.

2.º *Flebitis de las venas varicosas.*—La esplicación del desarrollo de esta complicación es fácil fijándose en las condiciones vitales en que se encuentran las paredes de las venas; excelente terreno para el desarrollo de una inflamación, y basta una simple contusión ó como cree Quénu que en la mayoría de los casos estas flebitis son debidas á infecciones propagadas por las redes venosas y cuya puerta de entrada serían los microtraumatismos, que en los varicosos existen siempre, debido ya á aplicaciones de algunos medicamentos que dan lugar á eczemas ó erupciones ó bien á que estos enfermos se rascan por el prurito que tienen. Este origen de flebitis podemos atribuirlo á *causa local*. En otros casos hay que atribuirlo á *causa general* y entre éstos tenemos las que se desarrollan en las parturientas algunos días después del parto, especialmente en epidemias puerperales, en un buen número de afecciones agudas. Aquí, como en las flebitis de causa local, es indudable que las condiciones de vitalidad en que se encuentran las venas, constituye el *locus minoris resistencía*, para la localización de los agentes patógenos.

La inflamación aguda de las várices tiene la misma evolución que la flebitis y está en relación con el estado general del enfermo y la virulencia del agente patógeno.

Á consecuencia de flebitis varicosa se suele observar la formación de nuevas dilataciones varicosas, al lado de la vena que ha sido obliterada por la inflamación. Otras veces várices superficiales poco marcadas han tomado un gran desarrollo.

La flebitis varicosa puede ser *adhesiva*, formarse una trombosis y terminar por la obliteración del vaso; puede ser *supurativa* y conducir á una infección purulenta ó terminar por la muerte, por una embolia pulmonar.

En la literatura de las várices se encuentran varios casos de muerte por embolia pulmonar consecutiva á una flebitis varicosa; Chadenat cita cinco casos de muerte súbita. Budin cita el caso de una mujer embarazada. Además están las observaciones de Verneuil, Le Dentu y Hayem.

3.º *Úlceras varicosas.*—Hemos hablado al tratar de la patojenia de las várices, de la patojenia de las úlceras; hemos dicho que estando la piel con su nutrición perturbada basta el más lijero traumatismo para dar lugar al desarrollo de una úlcera. Á esto tenemos que agregar las condiciones en que se encuentra el tejido celular subcutáneo, que de ordinario se encuentra infiltrado lleno de trasudado, lo que le disminuyen sus condiciones de vitalidad y favorece el desarrollo de las úlceras en profundidad y extensión.

Que la causa principal de las úlceras varicosas es debido á las perturbaciones de la circulación venosa es un hecho indiscutible; esto lo prueba la influencia que tiene en la curación de las úlceras, la posición horizon-



tal y el reposo, y al mismo tiempo las recidivas de estas úlceras una vez que el enfermo se levanta.

El lugar de elección de las úlceras varicosas, es la cara interna de la pierna, en la unión del tercio medio con el tercio inferior, esto se explica porque estando la piel aplicada directamente sobre la cara interna de la tibia, es fácilmente comprimida entre este plano óseo y la violencia exterior.

Las úlceras varicosas se sitúan más en el lado izquierdo que en el derecho; hay tres explicaciones: 1.^a, mayor frecuencia de las várices en el miembro inferior izquierdo; 2.^a, Richeraud lo atribuye a una debilidad congénita que existe en toda la mitad izquierda del cuerpo, y 3.^a, por estar esta pierna más expuesta á los traumatismos, debido á que para aumentar la base de sustentación colocamos adelante la pierna izquierda.

Siendo las úlceras varicosas una complicación de las várices, tenemos que todos los factores etiológicos de que hemos hablado al tratar de las várices, tienen influencia en el desarrollo de las úlceras varicosas.

Considero supérfluo entrar en detalles sobre la anatomía patológica y sintomatología de esta complicación, la cual ha sido muy bien estudiada por Reclus y se encuentra en todos los tratados de patología quirúrgica.

Veamos si, qué complicaciones trae el desarrollo de estas úlceras en un miembro afectado de várices; por el lado del sistema linfático es un peligro permanente, cuyos ganglios hincha y de esta manera se agrega un nuevo obstáculo á la circulación venosa; en su vecindad los nervios y arterias se esclerosan, los músculos se atrofian, los huesos son el sitio de osteítis productivas, y ya en este grado de alteración el miembro deformado y cubierto de cicatrices ó de placa eczematosas, no es más que una vaina esclerosada donde están escondidos é inmovilizados todos los órganos más ó menos degenerados. (Quénu).

Diagnóstico

El diagnóstico de las várices no presenta dificultad, sobre todo cuando las venas superficiales del miembro inferior, se hacen tan manifiestas y se presentan tortuosas. El diagnóstico es mas difícil cuando encontramos únicamente los síntomas funcionales que se pueden encontrar en un tumor poplíteo, en un aneurisma, en una ciática y en estos casos el diagnóstico diferencial se haría en los casos de várices fundándonos en la atenuación de todos los síntomas funcionales cuando el enfermo toma reposo en la posición horizontal.

Tratamiento

Antes de entrar á describir los diferentes procedimientos operatorios, debemos de dejar sentado que este tratamiento es puramente sintomático y están destinados mas que á curar las várices á evitar ó curar sus complicaciones.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Pretender que todas las paredes vasculares del sistema venoso de un miembro vuelvan a su estructura normal, y este sería el verdadero tratamiento curativo, es pretender lo imposible.

Las indicaciones principales se reducen dada la patojenia de esta afección á favorecer el curso de la sangre venosa sea separando los obtáculos mecánicos sea supliendo la insuficiencia de los tonos venosos ya por métodos quirúrgicos ó por la aplicación de un sosten exterior adoptado á la superficie del miembro.

Dividiremos el tratamiento en *operatorio* y en *no operatorio*. Empezaremos por el tratamiento no operatorio. Este tratamiento comprende: 1.º tratamientos por medios higiénicos y 2.º tratamiento por medio *ortopédicos*.

Medios higiénicos.— Los enfermos atacados de várices deben evitar toda fatiga exajerada, evitar de estar mucho tiempo de pié, marchas largas, ejercicios como caza, danza etc. Suprimir los vestidos muy apretados; los cinturones y ligas deben ser proscritas. Se les puede aconsejar abluciones frias ó calientes en el miembro afectado.

2.º Medios ortopédicos.— 1.º *Posición.*— Este procedimiento consiste en hacer que el paciente mantenga su miembro en posición horizontal; con esto se facilita la circulación venosa y se consigue una disminución momentánea de la dilatación de las venas. Este medio por si solo no es mas que un lijero paliativo; un ayudante útil de los otros medios curativos.

2.º *Compresión.*— Consiste este procedimiento en envolver el miembro varicoso desde su estremidad hasta una cierta altura segun el punto donde se detiene el estado varicoso de un vendaje hecho ó preparado de diferentes maneras. El fin que se persigue con este procedimiento es favorecer la circulación venosa lo cual se hace, prestando por un lado apoyo lateral á la pared venosa, y por otro lado se hace que las venas superficiales vacíen su sangre en las profundas; al mismo tiempo favoreciendo la circulación facilita la reabsorción de la serocidad escapada en el tejido celular y previene la ulceración. Esta compresión es segun Nelaton como una aponeurosis que obra sobre las venas superficiales de la misma manera que la verdadera aponeurosis obra sobre las profundas.

Entre los procedimientos de compresión tenemos;

1.º *Compresión hecha con una venda ordinaria*, siempre que sea un poco firme. Este procedimiento tiene sus defectos: 1.º La compresión no es igual en todos los puntos. 2.º se corre con mucha facilidad y 3.º habría que aplicarla todas las mañanas, lo que es molesto.

2.º *Compresión hecha con vendas de tela emplástica*; con estas vendas la compresión es regular y fuerte; pero tiene los siguientes inconvenientes: 1.º es inextensible y por lo tanto impide los movimientos del miembro. 2.º es irritante de la piel.

3.º *compresión hecha con la media acordonada*, esta debe ser hecha sobre medida y debe llevar por dentro una capa mas ó menos gruesa de algodón que tiene por objeto: 1.º llenar los vacíos ó desigualdades que



quedan entre la media y el miembro y 2.º hacer la compresión mas suave y uniforme. Esta media tiene que colocarse con mucho cuidado y hay que evitar al colocarla de apretar mas fuerte arriba que abajo, sobre todo al nivel de la pantorrilla, porque traería un edema del miembro y la marcha se haría muy penosa.

4.º Compresión hecha con la *media elástica de Leperdriel*. Esta media se compone mitad hilo de cáñamo y mitad de cautchuc. Estas medias tienen la ventaja, de que junto á la elasticidad, lo que permite el movimiento del miembro, tienen un poder de constricción bastante grande. Deben ser hechas sobre medida. Entre ella y la piel debe de haber otra media delgada. La primera vez que se aplica esta media debe de hacerla el médico.

Shwartz recomienda las siguientes reglas cuando se aplica por primera vez; "se tendrá al enfermo acostado durante algunas horas antes de aplicarlas; después se le hará levantar y andar con el aparato para saber si está iniformemente apretado y si no le causa dolores; debe comprimir desde el medio del dorso del pié hasta debajo de la rodilla si las várices son limitadas á la pierna; hasta encima de la rodilla si las várices empiezan desde esa rejión; y un calzon si las dilataciones venosas llegan hasta el muslo.

Estas medias deben sacarse al momento de acostarse: en seguida lavar el miembro con un líquido astringente.

Indicaciones de la compresión.—1.º en las várices poco desarrolladas; 2.º En las profesiones sedentarias poco molestas, y que tengan al mismo tiempo una posición mas ó menos desahogadas. En estos casos la compresión asociada á los medios higiénicos pueden dar espléndidos resultados en la curación sintomática como hemos dicho de las várices y sus complicaciones.—3.º En individuos de edad avanzada. 4.º En las várices de la preñez.

En cambio el tratamiento quirúrgico tiene las siguientes indicaciones. 1.º Várices desarrolladas en la clase obrera que es de ordinario la que tiene profesiones fatigosas principalmente si el individuo es joven.

Porque motivo se prefiere en la clase obrera el procedimiento quirúrgico y no el de la compresión ó el de la posición? El de la compresión no lo pueden usar: 1.º la compresión por vendas ordinarias ó por tela emplástica que es el que podrían comprar, ya he indicado sus inconvenientes. 2.º las diferentes clases de medias son muy caras, escasas, tienen que renovarse constantemente porque el sudor que es mas abundante en los varicosos altera el tejido, pierde sus propiedades y por último necesita por parte del enfermo un aseo muy grande del miembro enfermo, á fin de evitar escoriaciones, eczemas etc., que pueden dar lugar á úlceras, ó bien erisipelas, lo que sería casi materialmente imposible conseguir en nuestra clase obrera.

En cuanto á la *posición* sería imposible porque esta clase de jente necesita para vivir de su trabajo y no se resolverían á pasar un tiempo mas ó menos largo con su pié en una posición horizontal; ademas este procedimiento trae la disminucion de los síntomas mientras el enfermo man-



tiene el miembro en la posición horizontal, volviendo después lo mismo que antes una vez que el enfermo se levante.

2.º En las várices ulceradas ó en las várices muy desarrolladas en las que se constata el signo de Trendelenburg de la insuficiencia valvular y que tienden á romperse. Hemos indicado ya, los peligros de esta complicación.

3.º En aquellas várices en que la compresión no ha traído un mejoramiento sintomático, principalmente del *síntoma dolor*.

4.º En las várices con úlceras crónicas rebeldes y en que la compresión no ha dado resultado.

TRATAMIENTO OPERATORIO.—Desde los tiempos mas antiguos los cirujanos se habían preocupado de encontrar un procedimiento quirúrgico para curar las várices. Así la escisión de las várices fué practicada en Marius (Plutarco, "vida de Marius").

Diversos han sido también los procedimientos operatorios empleados para curar esta afección hasta el año 1891 época en que Trendelenburg publicó su procedimiento operatorio, procedimiento que segun Cumstod es el paso mas alto que ha dado la cirugía en el tratamiento de las várices y sus complicaciones.

En todos estos procedimientos operatorios lo que proponía el cirujano era interrumpir la circulación sanguínea en un segmento de la vena. No haré mas que enumerar estos diversos procedimientos operatorios.

En primer lugar tenemos la *ligadura* que se hacía ó bien á cielo abierto ó bien sin incisión cutánea pasando un hilo bajo la vena y estrangulándola contra la piel.

En segundo lugar tenemos el método de *destrucción de la vena*: esto se llegaba por diversos procedimientos; 1.º denudación de la vena y exposición al aire á fin de que se gangrene. 2.º Cauterización por medio del termo cauterio. 3.º Exición de las várices.

En tercer lugar tenemos el método de *obliteración por flebitis* esto se consigue por diversos procedimientos ya por la acupuntura, galvanopuntura, sedal, inyección intravenosa ó perivenosa de alcohol, perloruro de hierro, ergotina etc.

Llegamos por fin al tratamiento de Trendelenburg, que es el método de elección. Este procedimiento fué propuesto por el profesor Trendelenburg de la Universidad de Bonn, y actualmente de Leipzig, en 1891, y consiste en ligar la vena safena interna en la cara interna del muslo en la unión del tercio medio con el tercio inferior; esta operación se hace de la manera siguiente: previa anestesia con cocaína, se hace una incisión de 8 á 10 centímetros en la cara interna del muslo en la union del tercio medio con el tercio inferior sobre el trayecto de la safena interna; una vez descubierta la vena se aísla y se ligan cuidadosamente todas las colaterales que llegan á la vena; hecho esto se coloca una ligadura en la vena en cada extremo de la incisión y se estirpa esta parte de la vena.

¿Qué fin perseguía Trendelenburg con esta operación? Ya hemos visto al tratar de la patojenia de las várices el papel importantísimo que de-



sempeña en esta afección, en sus síntomas y en sus complicaciones la insuficiencia valvular, y como consecuencia de esto las perturbaciones de circulación venosa, y por consiguiente, perturbaciones de nutrición en el miembro afectado; pues bien, esta operación tiene por objeto de suplir la insuficiencia valvular, es decir, reemplazar artificialmente por medio de una ligadura la oclusión de la vena safena, transformando, como dice Debet, «las várices de alta tensión en de baja tensión y haciendo por esto las várices molestas y peligrosas en insignificantes y de poca monta.»

Lo que sucede con la ligadura de la safena interna es lo siguiente. 1.º Las venas del miembro inferior no tienen que soportar esa presión considerable, presión que como hemos dicho era igual al peso de la columna de sangre medido desde el corazón, derecho, hasta el punto correspondiente del miembro inferior; 2.º La circulación venosa del miembro inferior se hará por las venas profundas y se hará como en condiciones normales, entonces no habrá extasis venoso y la nutrición de los tejidos del miembro inferior se hará normalmente por la regularización de la circulación. Con esto tienen que volver a desaparecer las diferentes complicaciones de las várices, sobre todo tiene que ser influenciada favorablemente la curación de las úlceras.

Pasemos ahora en revista las diferentes estadísticas y veamos si se ha confirmado prácticamente la explicación teórica del desarrollo de las várices y de sus complicaciones también explicadas por Trendelenburg.

Esta operación ha sido practicada en todas partes y los resultados obtenidos han sido favorables no sólo inmediatamente después sino que por investigaciones posteriores se han constatado en varios casos resultados duraderos que han alcanzado un lapso de tiempo hasta de 8 años.

Hippmann comunica de la clínica de Greifwald 6 casos de curación duradera.

Perthes, de la clínica de Bonn, 32 curaciones definitivas de 41 operaciones.

Faisst publica 25 operaciones. Once enfermos que representaban trece ligaduras fueron examinados por lo menos medio año y algunos dos años después de la intervención. En ellos los síntomas subjetivos cesaron y las úlceras crónicas fueron curadas.

Buhl da cuenta de 28 operaciones practicadas por Bardeleben, de los cuales once casos se siguieron observando durante un tiempo largo y todos quedaron sin recidiva.

Entre los enfermos de la estadística por *Faisst* hay un oficial de infantería que estaba por pedir su retiro á causa de los dolores que le producían las várices, el cual, después de operado, ha hecho dos de las maniobras de su rejimiento.

Faisst, tomando en cuenta las numerosas publicaciones de los últimos años, estima en un 85 por ciento los casos, en que los enfermos han mejorado, por lo menos hasta medio año después de la operación de sus úlceras y dolores.



Schelklij presenta en su estadística diez enfermos, los cuales han sido observados por un año y han quedado sin úlceras y sin dolores.

Schwartz, de cien operados, á todos los que ha tenido ocasión de ver después en el espacio de dos á ocho años, los ha encontrado perfectamente curados de su afección.

El doctor Infante ha operado á cinco individuos por úlceras varicosas, en todos ellos la cicatrización de la úlcera se ha hecho rápidamente. Tres de estos enfermos han sido seguidos por un año y en ellos la curación de las úlceras persiste.

En las cuatro observaciones que presento al fin de este trabajo se ve en tres de ellos la desaparición del síntoma, dolor, pesadez de la pierna y calambres y en una la curación de una úlcera.

En algunos casos se ha visto la recidiva de las várices y de sus complicaciones; esto es debido á una anomalía en la disposición anatómica de la vena safena interna, esta anomalía consiste en que en lugar de haber un solo tronco existen dos que se unen mas arriba, y se comprende facilmente porque en éstos han recidivado las várices: porque la insuficiencia valvular persiste siempre y la contra corriente se hace por la otra rama. De aquí ha nacido una modificación en la operación de Trendelenburg y ha sido hecha por Faisst, que consiste en ligar la safena, no en la unión del tercio medio con el tercio inferior del muslo, sino mas arriba mas cerca de su desembocadura, en la unión del tercio medio con el tercio superior del muslo.

Entre estos casos de recidiva tenemos que de los 25 enfermos de la estadística de Faisst, en cuatro tuvo recidiva por formación de una nueva safena.

En tres de los enfermos de las observaciones que pongo en este trabajo, el método operativo que se ha seguido ha sido diferente; al lado de la operación de Trendelenburg, modificada por Faisst; es decir, ligadura de la safena en la unión del tercio superior con el tercio medio del muslo y resección de esta vena en una extensión de diez centímetros se ha seguido un procedimiento yankee de O' Conor, que consiste en resecar todos los paquetes varicosos. Estas operaciones han sido practicadas por el cirujano doctor Sierra.

¿Tiene algunas ventajas este procedimiento operativo? Creo que sí, porque esperar que estos tubos ensanchados, tortuosos, en parte rijidos, vuelvan á su estado normal, es completamente imposible; y á su vez en estas venas la sangre se estagna ó por lo menos circula mas tardíamente; en cambio, resecando todos estos paquetes varicosos, la sangre venosa, no teniendo que pasar por estas venas dilatadas se hará la circulación de vuelta mejor, y por consiguiente, la nutrición del miembro inferior tendrá que hacerse en muchas mejores condiciones y todas sus complicaciones desaparecerán con mayor rapidéz.

Este procedimiento al lado del de Trendelenburg, que es tan sencillo, se encuentra un poco laborioso y hay que hacer grandes incisiones.

La técnica operatoria de este procedimiento es sencillo. Consiste en



hacer incisiones en la piel en el punto en que se encuentran las várices se aíslan las venas, se ligan sus colaterales y se les reseca. Debo advertir que hay que comenzar la operación por la parte inferior del miembro y una vez que estén reseçadas las venas varicosas de la pierna proceden á la ligadura y resección de la safena en la unión del tercio medio con el tercio superior; esto tiene la ventaja de que la operación es mucho menos sangrienta, y la razón es muy fácil de comprender: empezando por la ligadura de la safena que en la posición horizontal la circulación venosa se hace mas ó menos regular se produce una estagnación de la sangre venosa y las venas están llenas de sangre, y como es muy fácil herir una vena basta el piquete mas insignificante para que sangren abundantemente. Esto tuve ocasión de verlo personalmente en los operados de mis observaciones. En las enfermas de las observaciones N.º I, II y IV, se empezó por ligar y resecar la safena y la operación fué muy sangrienta. En el enfermo de la operación N.º III se procedió resecando primero los paquetes varicosos, y la operación fué mucho mas sencilla. En la enferma de la observación N.º I la suma total de las incisiones es de 44 centímetros. En la de observación N.º II es de 50 centímetros, y en el enfermo de la observación N.º III es de 42 centímetros.

Dadas las condiciones de antisepsia y asepsia con que se opera actualmente y en cambio las ventajas que trae en la circulación del miembro inferior y no teniendo para que tomar en cuenta la estética en las operaciones del muslo y pierna y no importando por consiguiente 20 ó 30 centímetros mas ó menos de incisiones, creo que el procedimiento operatorio seguido por el doctor Sierra es el mejor de los tratamientos quirúrgicos para curar las várices y sus complicaciones.

Complicaciones de la operación de Trendelenburg. Entre las complicaciones que pueden sobrevenir á la operación de Trendelenburg tenemos las trombosis, embolías pulmonares, que pueden terminar con la muerte; y Schwartz ha visto desarrollarse accidentes epelephformes que han persistido algunos días y después han ido desapareciendo progresivamente.

1.º *Trombosis.*—Trendelenburg en su trabajo sobre tratamiento de las várices se expresa así; trombosis estensas no son de temer en ningún caso de evolución aséptica de la herida salvo los casos escepcionales en los cuales las paredes de las venas se han vuelto ríjidas de tal manera que la vena no puede plegarse ni vaciarse. Aparecen frecuentemente por debajo de la ligadura ó en las várices trombosis pequeños, circunscritos que no tienen ninguna importancia."

Sin embargo las cosas no pasan así. Revistando la literatura sobre este punto vemos que las ideas de Trendelenburg no están confirmadas por la esperiencia; así tenemos un caso de Faisst en que la herida cicatrizó por primera intención y sin embargo sobrevino una trombosis que se desarrolló al quinto dia después de la operación y que se extendía desde la rodilla hasta el extremo inferior de la herida.

Peter dice que entre 86 operaciones á pesar de la evolución completamente aséptica de las heridas tuvo 8 casos de trombosis de los cuales 7



eran pequeñas situadas en la proximidad de la ligadura y en un caso la trombosis se extendía desde la rodilla hasta la parte media del muslo al rededor de la herida operatoria.

En el enfermo de la observación N.º III en que la herida operatoria evolucionó completamente aséptica, sobrevino al sexto día después de la operación una trombosis de la safena interna que se extendía desde el extremo superior de la herida es decir, por encima de la ligadura del cabo central hasta el nivel de la desembocadura en la femoral. A los veinte días después no se percibía absolutamente nada.

2.º *Embolias pulmonares.* Perthes da cuenta de un caso de embolia pulmonar consecutiva á una estensa trombosis; en este caso la evolución de la herida fué séptica con gangrena de la fascia. El enfermo sanó.

Studgaard habla de otro caso de embolia pulmonar con evolución aséptica de la herida.

Franz, tiene una observación en la cual la trombosis apareció al quinto día después de la operación y se extendía desde la parte media de la pantorrilla hasta el extremo inferior de la herida operatoria; al séptimo día, es decir dos días después de desarrollada la trombosis sobrevino una embolia pulmonar cuyos síntomas pulmonares desaparecieron al mes después. La trombosis también desapareció en este tiempo. La evolución de la herida fué completamente aséptica.

Schwartz, tiene la observación de un caso de trombosis con embolia pulmonar. La enferma curó.

Estas embolias pulmonares pueden ocasionar la muerte y tenemos el caso del doctor Schneider: Se trata de una mujer gorda de 64 años de edad en que la ligadura y resección de la safena se hizo en ambos miembros inferiores por várices y úlceras que persistían desde 20 años. El estado jeneral de la enferma era satisfactorio. A los diez días después de la operación habiendo sido la evolución de la herida completamente aséptica sobrevino repentinamente diarrea y la enferma murió á la media hora después. La autopsia demostró trombosis de la safena derecha por encima de la ligadura de diez centímetros de largo, y obliteración embólica de ambas arterias pulmonares.

Schwartz, dá cuenta de una mujer de 71 años que á las tres semanas después de la operación fué atacada de congestión pulmonar y murió súbitamente de esta enfermedad.

El Doctor Amunátegui tuvo el año próximo pasado un caso de muerte en un enfermo operado en el hospital de San Vicente. Los datos que he podido obtener sobre este caso son los siguientes: Se trataba de un individuo que sufría de várices dolorosas. Se le hizo la operación de Trendelenburg previa anestecia con cocaína que estaba preparada desde mucho tiempo; á los dos días después de la operación se desarrolló un flegmón del muslo, consecutivamente una flebitis de la safena y muerte del paciente. No se hizo autopsia.

Cuál es la causa de estas trombosis? Hoy día con los descubrimientos bacteriológicos se ha llegado á la conclusión de que la trombosis es con-



secutiva a una flebitis y por lo tanto es de origen infeccioso. El caso de Pérties y el de Amunátegui en que la evolución de la herida fué séptica están conformes con lo dicho más arriba.

Pero en todos los otros casos mencionados antes en que la evolución de la herida fué completamente aséptica, en que no hubo elevación de temperatura, ni la cuerda formada por la vena trombosada era dolorosa no podemos aceptar el origen infeccioso de la trombosis. Lo más probable es que estas trombosis están ligados a la alteración de la pared de las venas y en las modificaciones de la circulación venosa después de la ligadura de la safena.

Dadas estas complicaciones que trae por consecuencia la operación de Trendelenburg ¿qué debemos hacer? abandonarla e ir a los métodos ortopédicos? Ya he expuesto mas arriba los inconvenientes que tienen estos métodos en nuestra clase obrera, que sin duda son excelentes en las personas de profesión poco fatigosa y de recursos pecuniarios desahogados.

Mis conclusiones a este respecto son que se debe operar por el sistema adoptado por el doctor Sierra, que consiste en una asociación de diferentes procedimientos y que tiene por base la operación de Trendelenburg modificada por Faisst, en los siguientes casos: 1.º «Várices desarrolladas en las clases obreras» que es la que tiene de ordinario profesiones fatigosas, principalmente si el paciente es joven.—2.º En las várices ulceradas ó en las várices muy desarrolladas que amenazan romperse, en las cuales, se constata el signo de Trendelenburg (Várices de alta tensión de Delbert.) 3.º En aquellas várices en que por los procedimientos ortopédicos y medio hijiénicos no se ha conseguido un mejoramiento sintomático, principalmente del síntoma dolor.—4.º En las várices con úlceras crónicas rebeldes en que tampoco se ha conseguido mejoría con los procedimientos ortopédicos é hijiénicos.

Estas conclusiones en las cuales he restringido bastante el tratamiento operatorio las fundo en las siguientes consideraciones: 1.º Si es cierto que la operación de Trendelenburg puede ocasionar la muerte también las várices pueden producirla ya por hemorragia ó flebitis como lo hemos manifestado al hablar de las complicaciones de las várices; y 2.º No sería posible dejar a nuestra clase obrera con una afección en la cual no se puede aplicar los otros procedimientos paliativos, y que por sus síntomas, principalmente por el dolor llegaría forzosamente el momento en que el obrero no podría trabajar y por lo tanto no tendría como alimentarse puesto que para él el trabajo es el pan de cada día.

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN I. Filomena Guzmán de 33 años, soltera, cocinera. No ha tenido familia. Ingresó al servicio del Dr. Sierra en el hospital de San Borja los primeros días de Marzo. Los antecedentes hereditarios y personales; no tienen importancia.



Enfermedad actual.—Hace dos años empezó á sentir dolores y calambres en las pantorrillas, sensación de calor en la pierna izquierda. Estos dolores que empezaban en la planta del pié y subían hasta la rodilla, aumentaban con el ejercicio. Al año después nota que su pierna izquierda se le hincha, aumentándole esta hinchazón con la estadia en pié, y que en la noche con el reposo desaparece completamente.

Junto con la hinchazón de la pierna, principian aparecer las venas en forma de nudosidades en la cara interna de la pierna. Al mismo tiempo la enferma siente en esa pierna prurito, y la piel de la parte anterior é interna de la pierna toma un color negrusco.

Hace seis meses que sin causa alguna y sin el menor dolor se le ulceró una várice de la parte esterna de la pierna al nivel de su tercio inferior. La hemorragia que vino como consecuencia de la ulceracion fué en sábana, y la enferma vino á darse cuenta por la sensación de un líquido caliente que corría por su pierna. Perdió una gran cantidad de sangre; la cohibió al cabo de cierto rato con compresión.

Estado actual.—La enferma se queja de los mismos síntomas enumerados mas arriba. Al exámen directo encontramos en el miembro inferior izquierdo que las venas del tercio inferior del muslo en su cara interna, cara interna de la rodilla y cara interna y anterior de la pierna, en sus dos tercios superiores, están dilatadas, duras, y de trecho en trecho presentan dilataciones ampulares. Haciendo acostarse á la enferma, estas dilataciones desaparecen, para volver aparecer tensas tan pronto como la enferma se pone de pié. Con el esfuerzo aumenta esta tensión. Signo de Trendelenburg. En el muslo por encima del tercio inferior no se nota engrosada la safena. En el punto donde tuvo lugar la ruptura de la várice existe una cicatriz mui pequeña, de color negrusco.

Diagnóstico.—Várice del miembro inferior izquierdo.

Tratamiento.—El 20 de Marzo fué operada por el Dr. Sierra por el procedimiento operatorio que ya he descrito. Se empezó por resecar la safena interna en la union del tercio medio con el superior, se hizo una incision de 0.14 centímetros á 0.06 por debajo de la arcada crural; se aisló la vena, se ligó sus colaterales se ligó en sus dos extremos y se resecó. Esta vena que al exámen esterno no se encontraba engrosada, una vez resecada se vió que sus paredes estaban mas gruesas, duras y al corte su lúmen quedaba abierto. Después se hizo una incision de 0.30 centímetros, que empezaba en la cara interna del muslo á 0.10 centímetros por encima de la articulación de la rodilla; sigue hacia abajo, con tornea oblicuamente la cara interna de esta articulación, para ganar la cara anterior de la pierna; se desnudan todos los paquetes varicosos, se ligan sus colaterales y se resecan entre ligaduras. Esta operación fué mui laboriosa debido á las adherencias de las venas con la piel, y además sangraban mucho. La herida cicatrizó por primera intención, estando completamente cicatrizada á los 21 dias.

La enferma se levantó el 18 de Abril, es decir, á los 29 dias después de la operación. Se quejaba de un ligero dolor que lo tolera perfectamente



en el hueso poplíteo. Este dolor se presenta cuando ejecuta movimiento de flexión y extensión de la pierna sobre el muslo y también cuando anda. (Estos datos son tomados el 22 de Abril, día que pidió su alta. No he vuelto a ver la enferma).

OBSERVACION II.—Carmen Henríquez, de 50 años, cocinera, casada. No ha tenido familia. Entró al servicio del doctor Sierra en el hospital de San Borja los primeros días de Marzo.

Antecedentes hereditarios.—El único importante es que su madre sufría de várice del miembro inferior.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Desde hace quince años la enferma siente pesantez en la pierna izquierda que aumenta con el trabajo y está de pié y desaparece con el reposo. Ocho años pasó la enferma con estos síntomas al cabo de los cuales notó que las venas de la pierna empezaron a dilatarse; junto con dilatarse las venas, empieza a notar que la pierna izquierda se le hincha cuando está de pié y al mismo tiempo siente dolores en la planta del pié que se suben hasta la pantorrilla; como lo anterior, se presenta cuando la enferma ha estado mucho rato de pié; todos estos síntomas desaparecen con el reposo. En esta misma época empieza a sentir calambres, que se presentan cuando está acostada.

Hace dos años se le ulceró una vena varicosa, inmediatamente por detrás del maleolo externo, lo que trajo por consecuencia una gran hemorragia. No supo cuando se le rompió la vena, sino que vino á darse cuenta por la sensación del líquido caliente. El día antes había tenido una torcedura en ese pié. La hemorragia curó por compresión,

La segunda vez que tuvo hemorragia por ruptura de vena varicosa, fué dos días antes que ingresara al hospital se pegó en el borde de una mesa en la garganta del pié; en la noche de ese día tuvo una pequeña hemorragia que se cohibió pronto. Al día siguiente volvió á tener en ese mismo punto una nueva hemorragia bastante abundante. La vena que se ulceró esta vez estaba muy cerca de la que se ulceró la primera vez. Esta segunda hemorragia se presentó sin dolor y vino á darse cuenta por la sensación de líquido caliente.

Estado actual.—Presenta dilataciones varicosas en la cara interna del tercio superior del muslo en casi toda las venas de la parte anterior é interna de la pierna, y en el espacio retromaleolar externo. Son duras, bastante tensas y aumenta esta tensión haciéndole hacer esfuerzo.—Se constata el signo de Trendelenburg.

En el espacio retromaleolar externo se encuentra una herida puntiforme por donde tuvo lugar la hemorragia.

La vena safena en el tercio medio del muslo no se percibió debido á que la enferma era bastante gorda; pero después de resecada se vió, que era gruesa, dilatada, y al corte dejaba abierto el lúmen.

En la cara interna de la pierna en la unión del tercio medio con el tercio inferior, existía una úlcera del tamaño de una moneda de diez centavos.



Diagnóstico.—Várice del miembro inferior izquierdo, con várice ulcerada, y úlcera varicosa.

Operación.—Fué practicada por el Dr. Sierra el 13 de Marzo. Insición en la unión del tercio superior con tercio medio del muslo de 0.10 centímetros; resección de la vena safena previa ligadura en sus extremos y en sus colaterales.—En seguida insición de 0.34 centímetros que comienza en la cara interna del muslo á 0.06 centímetros por encima de la interlínea articular, se continúa hacia abajo y después de recorrer verticalmente 0.10 centímetros por debajo de la interlínea en la cara interna de la pierna, se dirige oblicuamente hacia adelante, para alcanzar la cara esterna de la pierna; ligadura de las venas y sus colaterales y resección de todos los paquetes varicosos en toda la extensión de esta insición. Después insición de 0.06 centímetros en el espacio retromaleolar esterno, y resección de las venas en ese punto previas ligaduras.

En esta enferma la cicatrización de la parte inferior de la insición de la pierna no se hizo por primera intención, debido probablemente á la vecindad de la úlcera. El 20 de Abril las heridas estaban completamente cicatrizadas, lo mismo que la úlcera.

El 1.º de Mayo se levantó la enferma; se queja únicamente de una sensación de adormecimiento de la pierna.

Esta observación fué tomada el 3 de Mayo, no he vuelto á ver la enferma.

Observación III.—José Araya.—31 años, casado, carpintero. Ingresó al servicio de la clínica del profesor Barros Borgoño en el Hospital de San Vicente el 5 de Abril.

Sus antecedentes hereditarios y personales no tienen importancia.—Es bebedor.

Enfermedad actual.—Hace diez años que tiene dilatadas las venas de la pierna izquierda; pero estas no le causaban ninguna molestia. Hace tres años recibió un golpe en esa pierna y desde entonces empieza á sentir pesadez en la pierna, y algunas veces dolor en las pantorrillas cuando estaba mucha rato de pié. Estos dolores se le irradian hacia abajo hasta el pié. Sentía calambres, principalmente en la noche, pero no eran constantes. Pigmentación de la piel de la pierna.

Estado actual.—Además de los síntomas enumerados mas arriba encontramos como signos físicos, la dilatación de las venas, que presentan dilataciones ampulares; estas dilataciones son mas marcadas en la cara esterna de la pierna, principalmente en el tercio superior.

Se ponen tensas y duras con la posición de pié; esta tensión aumenta con el esfuerzo.—Signo de Trendelenburg. Vena safena se persibe engrosada en el muslo bajo la forma de un cordón.

Diagnóstico.—Várice del miembro inferior izquierdo.

Operación.—Fué practicada por el Dr. Sierra el 12 de Abril. Se empezó por hacer una insición de 0.28 centímetros que empezaba en la cara esterna de la pierna al nivel de la interlínea, contornea oblicuamente la cara anterior en una extensión de 0.14 centímetros y en seguida descien-





de verticalmente. En este enfermo se empezó por reseca las venas por su parte inferior, y una vez que se reseca todas las venas en toda la extensión de la insición, se procedió á reseca la safena interna en la unión del tercio superior con tercio medio, para lo cual se hizo una incisión de 0.14 centímetros.—La operación fué poco sangrienta.

En este enfermo aunque la cicatrización de la herida se hizo en toda su extensión por primera intención, pues á los ocho días cuando se quitaron los puntos de sutura estaba todo cicatrizado, sobrevino al sexto día después de la operación una trombosis que se extendía desde la ligadura del cabo central de la safena hasta su desembocadura en la femoral. En todo ese trayecto se sentía un cordon duro, no doloroso. A los veinte días después no se percibía nada.

El enfermo se levantó el 8 de Mayo.—El día 12 de Mayo que pidió su alta, se quejaba de un ligero adormecimiento de la pierna, y de un ardor en las heridas.

Observación IV.—Mateo Inostroza.—50 años de edad. Gañan.

Antecedentes hereditarios.—El único que nos interesa, es que su madre sufría de várices del miembro inferior.

Antecedentes personales.—Es alcohólico, fumador y sifilítico. Ha tenido fiebre amarilla y paludismo (1880.)

Enfermedad actual.—Desde 1880 á que el enfermo tiene dilatadas las venas, pero con pocas molestias; pesadez del miembro, calambres nocturnos, hinchazón de la pierna por estadías largas de pié. Aumento de la secreción sudoral de la pierna izquierda, y prurito.

Desde hace tres años á esta parte se le han ulcerado las venas cinco veces, teniendo una gran hemorragia cada vez; estas hemorragias se han presentado sin dolor ninguno, y la sangre saltaba en chorro á mas de un metro de distancia.

La última vez que se le rompió la várice que fué el 2 de Mayo del presente año, tuvo una gran hemorragia, y el enfermo llegó al hospital con un pulso bastante pequeño y frecuente, y un estado anémico bastante acentuado.

Este enfermo ingresó al servicio de la clínica del profesor Barros Borgoño el 3 de Mayo.

Estado actual.—Presenta dilataciones varicosas en la pierna izquierda las que se acentúan mas y se ponen tensas haciendo hacer esfuerzo al enfermo. No se constató de una manera bien clara el signo de Trendelenburg, pero la insuficiencia valvular mas que probable que existiera porque las venas de la pierna, después de haber acostado al enfermo y levantado el miembro inferior, al fin de vaciar bien la sangre y después haciéndolo poner de pié, éstas se llenaban rápidamente y se ponían tensas—además la hemorragia en chorro como si se tratase de una herida arterial, no se podría explicar de otra manera, puesto que en estos casos como ya sabemos, la tensión de la sangre venosa es muy grande.

La piel de la cara anterior é interna de la pierna está pigmentada.

En el tercio medio de la cara interna de la pierna se encuentra una



herida del tamaño de cabeza de alfiler por donde tuvo lugar la ruptura de la várice.

En el muslo en el trayecto de la safena no se percibe nada.

Diagnóstico.—Várices del miembro inferior izquierdo con várice ulcerada.

Operación.—Fué practicada por el profesor Barros Borgoño el 16 de Mayo. Se hizo una incisión de 0.20 centímetros cuyo punto medio correspondía al punto en que estaba ulcerada la várice, en la cara interna de la pierna. La operación fué muy laboriosa, debido á que la piel estaba muy delgada y tenía adherencias con las venas varicosas. Una vez desnudada esta vena, se resecaron en toda la extensión de la incisión. Después se hizo una incisión en el muslo en la unión del tercio medio con el inferior, de 0.10 y se resecó la safena. Esta vena no estaba dilatada ni sus paredes engrosadas; al corte su lumen quedaba cerrado.

El 2 de Junio último día que observé al enfermo, encontré la herida del muslo completamente cicatrizada; la de la pierna no ha cicatrizado bién en su parte inferior. Hasta ese día como el enfermo ha permanecido en cama, no se queja de ninguna molestia.

BIBLIOGRAFÍA

Heintze.—Deutsche Zeitschrift für Chirurgie—1898—Tomo 47—Página 107.

Franz.—Deutsche Zeitschrift für Chirurgie—1898—Tomo 47—Página 295.

Krämer.—Centralblatt für Chirurgie—1898—Tomo 25—Página 1299.

Holtzmann.—Centralblatt für Chirurgie—1898—Tomo 25—Página 862.

Hodara.—Centralblatt für Chirurgie—1896—Tomo 23.

Schelklij.—Centralblatt für Chirurgie—1895—Tomo 22—Página 588.

Faisst.—Centralblatt für Chirurgie—1895—Tomo 22—Página 784.

Schwartz.—Revue de Chirurgie—1898—Página 1,087.

Janni.—Revue de Chirurgie—1899—Página 282.

Landerer.—Anexo de la Semaine Medicale—1893—Página 238.

Delbet.—Semaine Medicale—1897—Página 372.

Trendelenburg.—Semaine Medicale.—1896—Página 80.

Quénu.—Traité de Chirurgie (Duplay et Reclus)—Tomo II—1897—Página 206

Reclus.—Pathologie externe—1893—Tomo I—Página 387

Poulet y Bouquet.—Tratado de Patología externa—1893—Tomo I—Página 510.

