



N.º 3245

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DILATACIÓN AMPULAR DE LAS VENAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAUL P. PERRANDO

Ex-practicante externo del Hospital Rawson
Ex-practicante menor del Hospital Rivadavia (por concurso de examen)
Ex-practicante mayor del Hospital Rivadavia (por concurso)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1917

Mir. B. h. s.

DILATACIÓN AMPULAR DE LAS VENAS



Año 1917

N.º 3245

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DILATACIÓN AMPULAR DE LAS VENAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAUL P. PERRANDO

Ex-practicante externo del Hospital Rawson
Ex-practicante menor del Hospital Rivadavia (por concurso de examen)
Ex-practicante mayor del Hospital Rivadavia (por concurso)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
224 — Córdoba — 224

1917

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

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. GRANWELL.

Miembros titulares

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

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Secretario anual

Vacante.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

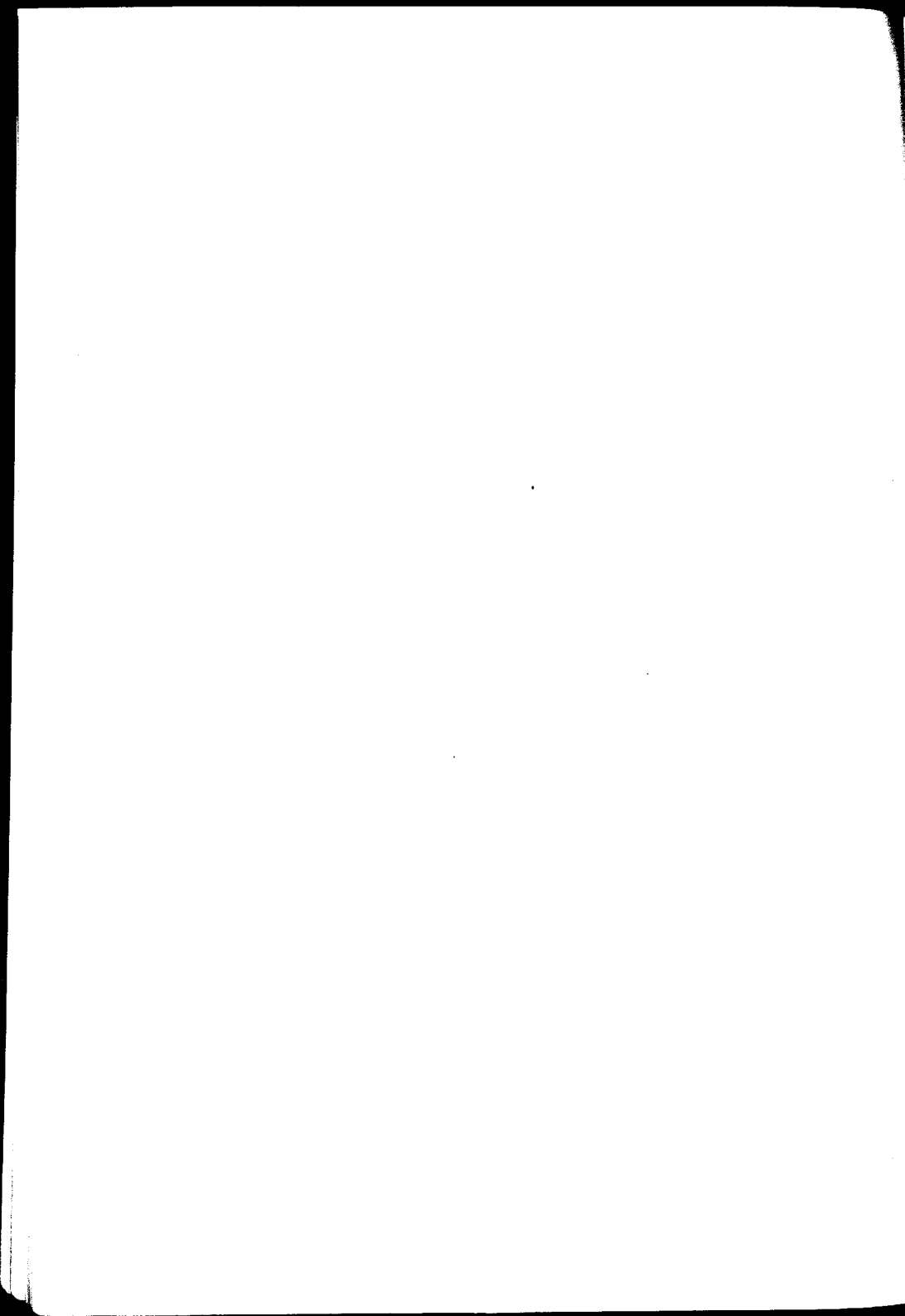
Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
» » FANOR VELARDE
» » MARCELO VIÑAS
» » IGNACIO ALLENDE
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

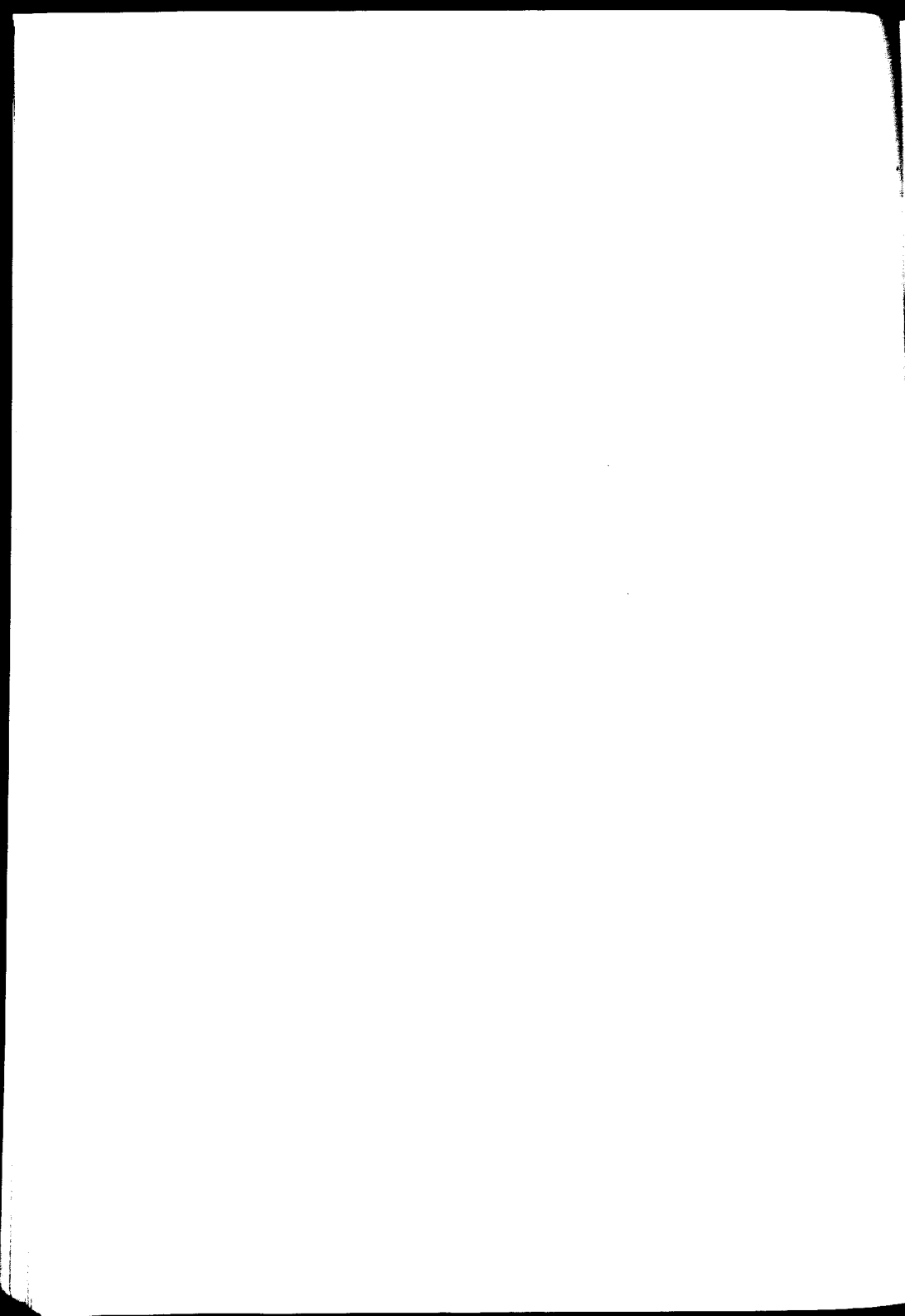
» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

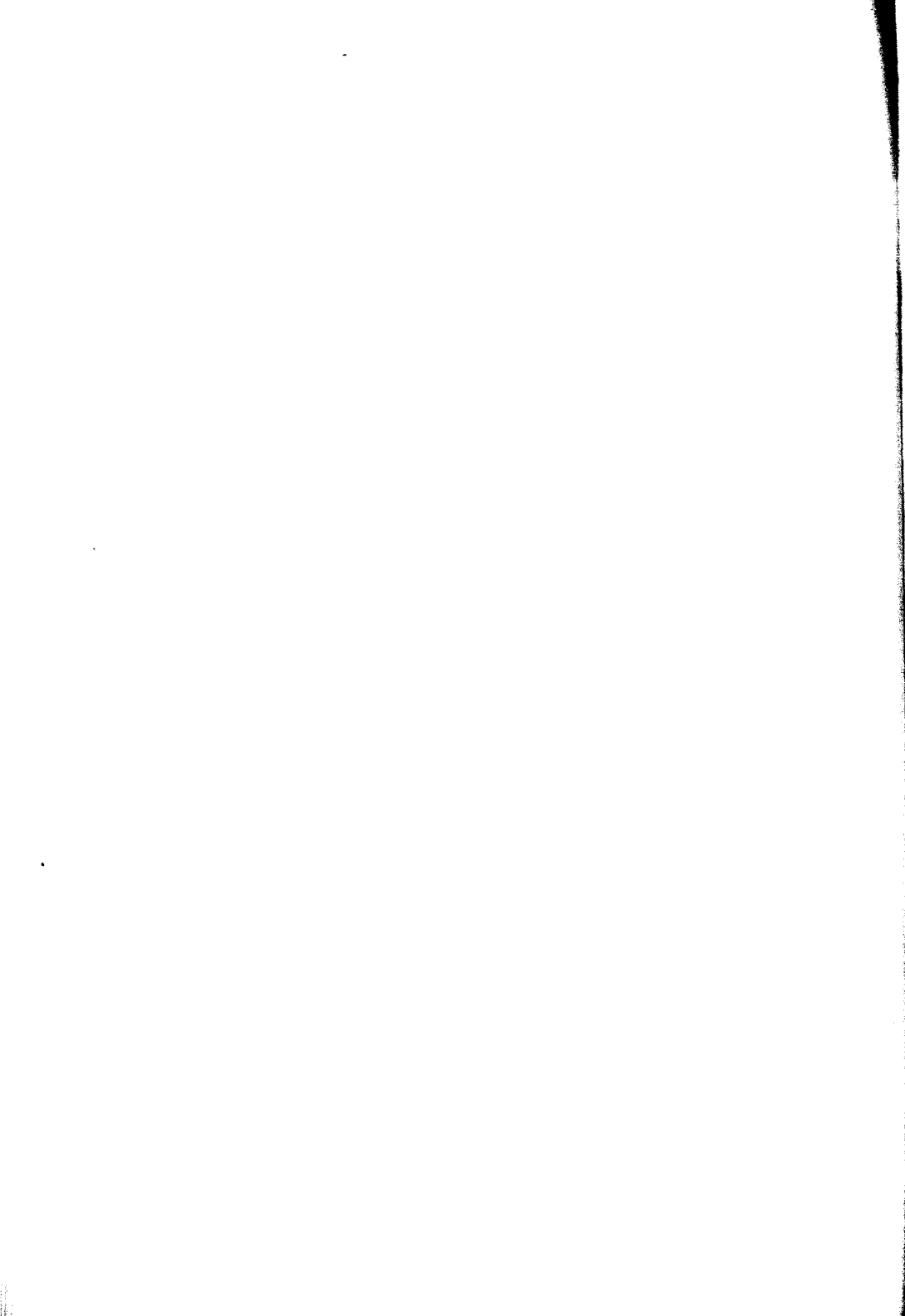
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	(Vacante)
	» LUIS GÜRMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AVERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	" EUGENIO A. GALLI
Bacteriología.....	" FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	" BERNARDO HOUSSEY
Higiene médica.....	" RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos...	" SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	" BENJAMÍN GALARCE
Materia médica y Terapia.....	" FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	" MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	" CARLOS BOYORNO UDAONDO
Clínica dermato-sifilográfica.....	" ALFREDO VITÓN
> génito-urinaria.....	" JOAQUÍN LLAMBRÍAS
> epidemiológica.....	" ANGELO IL. ROFFO
> oftalmológica.....	" JOSÉ MORENO
> oto-rino-laringológica.....	" ENRIQUE FIOGCHIETTO
Patología interna.....	" CARLOS ROBERTSON
Clínica quirúrgica.....	" FRANCISCO P. CASTRO
> médica.....	" CASTELFORT LUGONES
> pediátrica.....	" NICOLÁS V. GRECO
> ginecológica.....	" PEDRO L. BALIÑA
> obstétrica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
> neurológica.....	" FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	" FRANCISCO DESTÉPANO
	" ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	" ENRIQUE B. DEMARÍA (en ejercicio)
	" ADOLFO SOCHET
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELO CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAGUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLAHO
	" EDUARDO MARINÓ
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO R. MAROITA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSÉ M. JORRÉ (H.)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. HULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTÉPANO
	" JEAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO ACEÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIRO SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERAFITA RAMOS
	" FALSIANO J. THONGÉ
	" JEAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. ROERO
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" VICENTE DIMITRI
	" JOAQUÍN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAM
	" ANTONIO PODESTÀ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. BATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS BUGLIAIMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	{ » ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

Catedráticos sustitutos

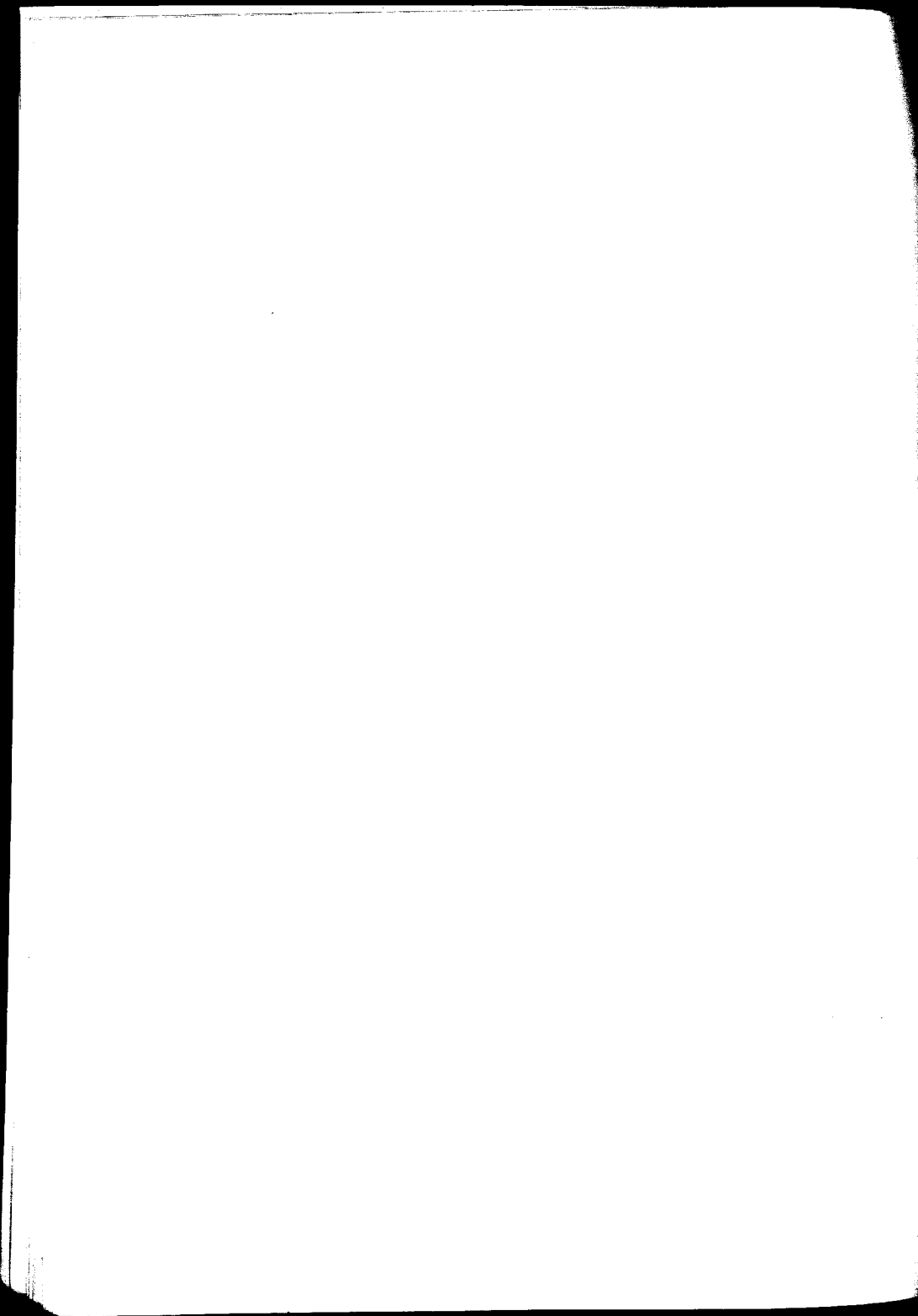
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
SR. JUAN M. CARREA (Prótesis)



PADRINO DE TESIS

DOCTOR LUIS F. VILA

Jefe de Servicio de Cirugía general y Ginecología en el Hospital Rivadavia



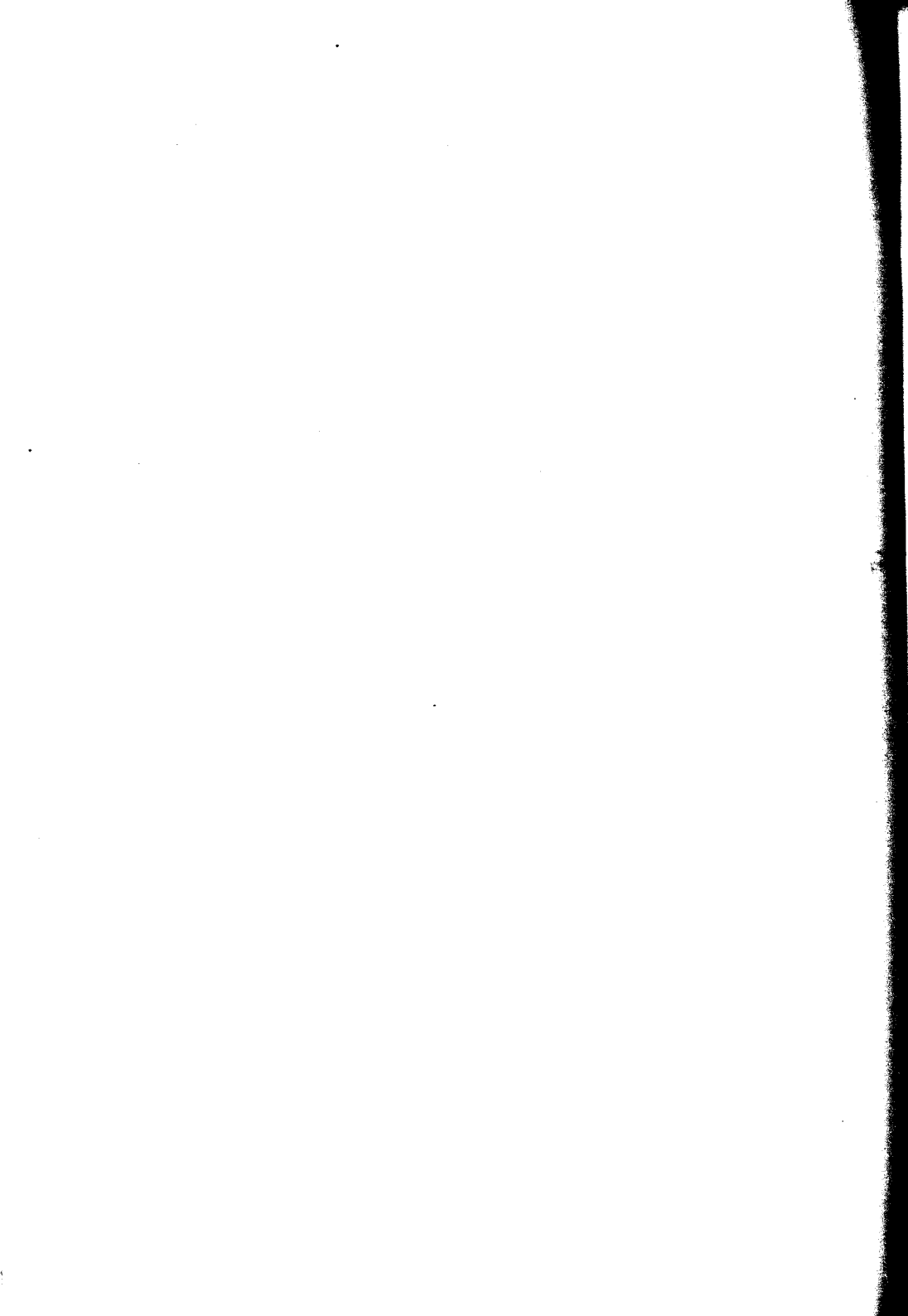
A M I M A D R E



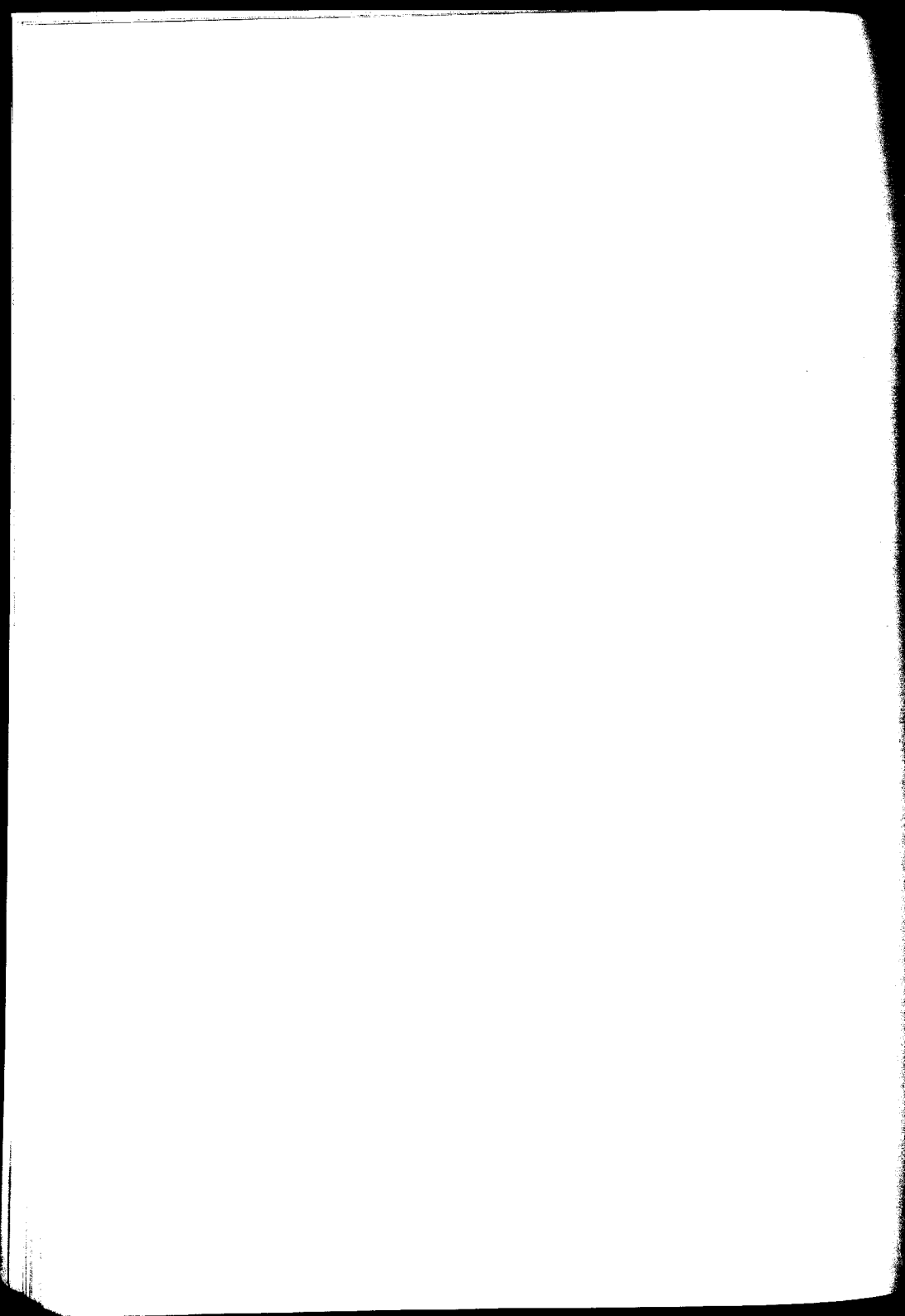
A MI HERMANO JULIO



A MI HERMANO HÉCTOR



AL DOCTOR ARNALDO CAVIGLIA



A LOS DOCTORES

MARCOS LÓPEZ MOLINA
EDUARDO F. BELÁUSTEGUI
JOSÉ M. CABALLERO
GRACIANO PÉREZ RUIZ
ADRIAN JACOBO BENGOLEA
ANTONIO LUZURIAGA
ENRIQUE THWAITES LASTRA
BENIGNO J. PEÑA



A LOS MIOS

A LOS DOCTORES JUAN L. ABADIE Y JUAN ÁLVAREZ

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DEL HOSPITAL
RIVADAVIA



ETIO-PATOGENIA

Los tratados didácticos de Patología quirúrgica, así como los de Anatomía patológica, mencionan someramente la dilatación ampular de las venas, como un accidente ligado a la evolución normal de las várices del miembro inferior, sin comentar mayormente el estudio diferencial de estos tumores con otros, que ocupan las mismas regiones y llevan su máscara clínica.

Dar una definición exacta de la afección que nos ocupa, que se mantenga dentro de una base formal, es imposible, puesto que no se conoce todavía su causa originaria, y si en realidad se sostienen muchas hipótesis, todas son basadas en tal o cual hecho, pero ninguna responde con exactitud a una regla única.

Briquet dividía las dilataciones venosas en dos clases: dilataciones cilíndricas cuya extensión abarca un largo segmento de vena enferma, y dilataciones ampulares limitadas a una pequeña porción de vena.

Es de estas últimas exclusivamente que nos vamos a ocupar, definiéndolas como dilataciones formadas a expensas de una porción mayor o menor de vena de dimensiones reducidas, cuyas paredes conservan una textura histológica en relación con el órgano que les dió origen, y con el cual permanece en comunicación.

Es muy lógico pensar que los observadores hayan pretendido buscar la causa etiológica, dentro de los antecedentes personales y familiares de estos enfermos, particularizándose sobre todo en los oficios o profesiones penibles, así como también en el sexo, estados diatesícos, y afecciones generales, sin poder llegar a ninguna causa esencial, que pueda ser atribuida como origen real de formación patológica.

Ahora bien, sabemos que las dilataciones ampulares de las venas pueden ser congénitas o adquiridas; que las primeras tienen como asiento exclusivo de predilección las venas del cuello, mientras que las segundas son de patrimonio del miembro inferior, apareciendo por excepción en el cuello.

Sobre 52 casos que trae el trabajo de P. Guibal, 36 pertenecen a alteraciones de las venas del miembro inferior, es decir un 60 %, mientras que el 34 % restante, son dilataciones asentadas en las venas del cuello y miembro superior.

Si la etiología de las dilataciones adquiridas es obscura y difícil de explicar, no son menos las dilataciones congénitas donde la confusión es mayor.

Existe una observación donde los padres, así como la partera, afirman la existencia del tumor desde el momento del nacimiento, y en la autopsia la comprobación de la existencia del quiste sanguíneo en comunicación con la yugular y ausencia de la subclavía, dando motivo a que se pensara en alteración sobrevinida a mal formación habida en el curso de los dos primeros meses de la vida fetal.

No todos los casos son regularmente claros y pueden ser considerados dentro de una área científica y definida, ya que tenemos los llamados hemangiomas del cuello, fáciles de confundir con las dilataciones ampulares de las venas, puesto que son a contenido sanguíneo y se encuentran en plena comunicación con los vasos de la región. Pues bien, estos hemangiomas han sido y son todavía confundidos, no solo con la afección que nos ocupa, si no también con afecciones congénitas del cuello.

Nosotros no tenemos una opinión clara y completa sobre la formación de dilataciones ampulares de las venas del cuello que han aparecido en el nacimiento, o en una época cercana a él, pero nos inclinamos a creer que hay forzosamente una mal formación originada en la sutura de los arcos branquiales, los cuales podrían dar lugar a una tracción que actuando sobre un punto del vaso, creara de esta manera un *locus minore resistentia*, el cual por la presión local de la sangre se ampliaría, haciendo una cavidad en un comienzo puntiforme y más

tarde de un volúmen mayor, y que puede ser de una cabeza de niño.

Pero tampoco todas las dilataciones que se asientan en el cuello, tienen un origen congénito como las anteriores., pues existen observaciones, donde la aparición se nace en una altura de la vida que descarta la posibilidad de una latencia de la afección en espera del movimiento propicio para su desarrollo.

Creemos más bien, que así como el esfuerzo puede llegar a vencer las válvulas de la safena por exceso de presión y dar nacimiento a varices en el miembro inferior, así en sujetos cuya ocupación como medio de vida les obliga a esfuerzos en espiración que detendría la sangre en los vasos, puede dar lugar a dilataciones de los vasos del cuello. Ahora bien, si esto se hiciera por debajo de una válvula venosa suficiente, el segmento de vena que ha originado la dilatación, no sería si no uno de los puntos que se han encontrado en el estudio de las venas, que debido a su menor resistencia se dilatan.

Estos puntos pueden ser supra-avalvulares é infravalvulares, pero siempre su genesis se remotan al desarrollo fetal del individuo. Dentro de estos casos entran las observaciones de Mignon y Delorme.

Aún nos queda manifestar, que las venas del cuello pueden haber sufrido un proceso de ectasia parcial, sobre un terreno en el cual las venas de toda una mitad del cuerpo se presentaban alteradas y varicosas.

Este es el caso de Lindner, donde el enfermo presenta

su mitad derecha con alteraciones varicosas de las venas del miembro superior, de la pared torácica y del cuello, asentando en la yugular externa el tumor ampular. Aquí había una alteración trófica de las paredes venosas de origen nervioso, que hubiese dado lugar a la formación de varices, siendo la dilatación ampular una consecuencia última de dicho proceso; o se trataba de una dilatación ampular primitiva que presionando sobre los otros vasos impediera una circulación de retorno, (causa en el sugeto en cuestión de los fuertes malestares de cabeza que cesaron con la desaparición del tumor), y en las venas cilíndricas afectas de dilatación un proceso de endoflebitis común a las várices? De cualquier manera que fuese, vemos que la causa originaria sería siempre la misma, es decir, un proceso flebítico análogo a la de las várices que se asientan en el miembro inferior.

Lo que antecede nos pone en evidencia que las dilataciones ampulares de origen congénito, tienen su asiento exclusivo en las venas del cuello, aún cuando estos vasos pueden hacer su extasia por otras causas.

En el miembro superior encontramos un origen propio para la dilatación, y este es el traumatismo, colocando los casos de Golding-Bird (*Transact of the pathologic Soc. London. 1889-1890*) que nos relatan la formación de ampollas venosas de la arcada palmar.

Llegamos ahora a tratar la dilatación ampular que se localiza en el miembro inferior, y es aquí donde se pone de manifiesto de una manera evidentísima, que el punto

de nuestro estudio no constituye sino un epifenómeno de las várices del miembro inferior.

Para corroborar nuestra manera de pensar, nos vamos a basar en el estudio de las observaciones publicadas por Paul Guibal en la *Revue de Chirurgie* (año 1903).

Sobre un total de 52 casos, 36 veces la lesión se localiza en la extremidad pelviana.

Ahora bien, de esas 36 veces, 27 se asientan en la safena interna, con sus puntos clásicos: el cayado, y cara interna de la rodilla; 6 veces en la femoral y tres veces en la poplitea.

De las historias clínicas que justifican esta última localización, solo el caso presentado por Mr. Ricard a la sección de Cirugía el 11 de Diciembre de 1901 y que sirve de base para el trabajo de Guibal, se presenta bien neto y comprobado, no sucediendo lo mismo con el caso de Quenú (Congreso Francés de Cirugía del año 1892) aún cuando la historia clínica parece poner en evidencia una dilatación ampular, no sucede lo mismo en su parte quirúrgica.

El caso de Tuffier, también de la vena poplitea, no está en relación con nuestra manera de ver, ya que creemos se trate de un simple conglomerado formado por dos venas varicosas, que estarían afectadas de dilataciones cilindroideas, pero nunca de dilataciones ampulares, pues sabemos que los estudios efectuados por Delbet y Mocquat, demuestran que las venas de la safena forman verdaderos lagos sanguíneos en el espesor de los músculos solos

y gemelos, y es ahí donde Tuffier encuentra lo que él describe como dilatación ampular.

Dejando de lado la poplítea, nos queda la femoral y la safena. En el primero de estos casos, solo 6 veces se encuentra la dilatación ampular, y en 4 observaciones la lesión de la femoral es concomitante a lesiones varicosas de la safena interna, habiendo solamente un caso de dilatación ampular de la safena y femoral. Que en dos casos no haya habido dilatación visible en el territorio de la safena, no prueba decir que no haya habido en dichos casos insuficiencia valvular, que en una época más o menos lejana iniciaría el proceso de dilatación venosa de dicho territorio, y que aunque ausente por el momento la consecuencia, existiera la causa originaria que ha actuado sobre la femoral.

Con este argumento, la etiología de las dilataciones ampulares de las venas del miembro inferior, se reduce a una sola, que es la misma que origina las várices. Para sostener este argumento nos basamos en que leyendo las historias clínicas, casi todas nos dan enfermos con lesiones varicosas francas y demostrables.

Ahora bien, para desarrollar y sostener nuestro argumento no solo nos debemos basar en el núcleo de observaciones de Guibal, sino en las numerosas constataciones de otros autores que se han ocupado de várices con existencia de estas dilataciones.

Y estos nos ponen en evidencia, que su existencia puede estar ligada con una vena considerada como normal,

ya que su localización se hace en el cayado, ó en la cara interna de la rodilla.

Para ambos casos nosotros creemos, que su origen está en la insuficiencia valvular de la válvula ostial de la safena, pues es muy sugestivo el hecho, que ambas lesiones existen de una manera concomitante, ya apareciendo la una antes que la otra y de manera indistinta, ya siguiendo una marcha de desarrollo paralelo.

Aceptando esta etiología, nos queda lo principal del asunto por explicar, y es, como se desarrollan las dilataciones.

Sabemos que los estudios anatómo-patológicos sobre este punto son varios, y sus conclusiones varias también. Unos localizan las ampollas arriba de las válvulas, otros debajo, y por fin, algunos han demostrado que además de las antes citadas, hay una tercera, que es aquella en la cual las válvulas ocupan la parte media de la dilatación.

Para la primera variedad, nos sería más fácil contentarnos opinando que mientras la válvula ostial es insuficiente, la válvula subyacente no lo es, dando lugar a que la presión sanguínea originara en el comienzo, un proceso de hipertrofia muscular seguido por una atrofia de dicha capa, y como consecuencia, una dilatación en forma aneurismal por encontrarse en su parte externa.

Ahora bien, sabemos que se ha asegurado la existencia de puntos débiles no solo supra- y sub- valvulares sino infra- valvulares, y aceptando como existente dicho punto débil, tenemos que en un sujeto con insuficiencia de la válvu-

la ostial y suficiencia temporaria de la válvula subyacente, la presión sanguínea en los esfuerzos ha de ser mayor forzosamente en esa porción de vena insuficiente, y como la tensión es de varios centímetros de mercurio, indiscutiblemente la pared se verá forzada a dilatarse. La pared resistirá en un principio, pero el punto débil ha de ceder y tendremos formada la dilatación ampular infravalvular.

Esta dilatación lleva a una separación de las paredes venosas con atrofia parcial de las valvas de la válvula, y posibilidad de extensión del proceso de dilatación que quedaría así supra e infravalvular.

Suponiendo que esto fuera cierto, no nos explica el porqué del sitio de elección para las dilataciones ya sea del cayado o la cara interna de la rodilla para la safena, ya sea la porción más superior para la femoral, y esto es lo que nosotros debemos tratar de explicar.

El estudio de las válvulas de las venas, nos enseña que no en todos los sujetos, la válvula ostial de la safena está en la desembocadura de la femoral, sino que hay casos en que se localiza a tres centímetros de dicha unión, y es quizá en estos casos, en los cuales la presión positiva de la sangre encontrando en su caída un punto débil supravalvular, fuere el causante de dicha dilatación.

Si bien es cierto que la disposición anatómica enunciada no es muy común, las dilataciones ampulares tampoco lo son, y en cambio cuando existen estas últimas,

suelen ser los prolegomenos de la dilatación del resto del vaso.

Pero si esto es factible para el cayado de la safena, como explicamos la formación de la ampolla inferior, es decir de la rodilla?

Contestamos con el mismo argumento diciendo, que establecida la insuficiencia valvular superior, no quiere decir que todas las válvulas lo han de ser, cosa que tenemos probado merced a los trabajos ya citados de Delbet, quien pone en evidencia la existencia de zonas venosas sanas, alternando con zonas enfermas, existentes por arriba y abajo de esta última

Pués bien, con la certidumbre de que una válvula suficiente en un terreno enfermo, salva un trozo de vaso del proceso flebectásico, podemos muy bien opinar que si la válvula suficiente es la que está a nivel de la rodilla, y resiste por un tiempo a la columna sanguínea, poniendo a salvo la parte inferior a ella, lo hará a costa de la parte superior.

No solamente es esta región la que sufre, si no también la parte inmediatamente situada por arriba de la válvula que soporta el mayor peso de la columna sanguínea, siendo la parte interna la que inicia la dilatación, ya que es menos resistente, y por lo tanto la formación de una ampolla y no de una dilatación cilindroidea.

Nos queda el estudio de las dilataciones ampulares de la vena femoral, y aún cuando nos basemos en los mis-

mos argumentos anteriores, demostraremos una vez más la convicencia de nuestra hipótesis.

Los trabajos de Braun, Löwenstein sobre la capacidad de resistencia valvular basados en hechos científicos, demuestran que la vena femoral en su nacimiento soporta la presión de 190 centímetros de mercurio para ser vencida.

Este hecho es en apoyo a nuestro argumento, pues siendo suficiente la válvula para resistir el peso líquido de la columna sanguínea que se encuentra por encima de ella, necesita para la formación de estas ampollas la presencia no solo de la válvula situada más arriba que sea insuficiente, si no que exista un punto débil en la pared venosa.

Si las paredes soportan una fuerza que es doble, no sucede lo mismo con el punto débil que es vencido y por consecuencia la producción de una ampolla venosa.



ANATOMIA PATOLÓGICA

El estudio de la anatomía patológica de tumores de apariencia venosa de la región del cuello, no ha llegado a satisfacer en un todo el problema de obscuridad en que vienen envueltos, ya que muchos se cubren bajo el manto embriológico y evolucionan sin conocer su verdadero origen.

Y si en la época actual comentamos tal cosa, que diremos de ciertas observaciones publicadas hace más de cincuenta años, en que la anatomía patológica y la histología, se encontraban en los albores de conseguir los laureles que actualmente tienen.

En la *Gazzette Medical* de Strasbourg del año 1876, Tourneret et Boeckel publicaron una observación llena de interés para nosotros, pues la parte clínica se relaciona con mucho a la apariencia de tumores venosos congénitales.

Se trataba de un tumor localizado en la región subcla-

via en un niño de cinco meses. elástico, tenso, con impulsiones a los gritos del niño y cubiertos de una piel de color azulado. La autopsia demuestra que está lleno de sangre y las paredes formadas de tejido conjuntivo muy vascularizado, desprovisto de epitelio.

Responde este caso a una mal formación congénita habida en la vida fetal y que evoluciona de una manera rápida hacia la irreductibilidad; ya que se encuentra en él paredes conjuntivas que reemplazan a las tres capas primitivas, que por un proceso flebítico las ha hecho pasar al último grado de evolución.

Pero al lado de estos casos, se encuentran muchos otros que la anatomía patológica se halla envuelta en un caos, no teniendo otro recurso para dilucidarlos que el estudio de la parte embriogénica.

CARACTERES HISTOLÓGICOS

El examen histológico en cortes transversales y longitudinales de ampollas venosas del miembro inferior, señala una desigualdad manifiesta en el espesor de las capas venosas, pues mientras que la parte más externa y central del tumor, se encuentra reducida a un tercio del volumen normal de la vena, la parte correspondiente a la comunicación con la vena se halla espesada y mucho mayor que la pared venosa con que se continúa.

La adventicia aparece espesada debido al aumento de haces musculares en número y tamaño. La túnica media

se encuentra con sus fibras musculares en parte atrofiadas y disociadas entre sí por tejido conjuntivo, que llega a compensar en parte la atrofia de aquellas, aún cuando observando un espesor global que como es natural se encuentra con una deficiencia en su resistencia que favorece la ectasia.

En otro segmento de la pared, se ven las fibras musculares de la túnica media aumentadas, a pesar de que también podríamos decir que la cantidad es igual a la vena normal, pero en cambio son más voluminosas, como si estuvieran en una faz de hipertrofia, para luego quedar envueltas en tejido conjuntivo rico en células cuando llega el trabajo de atrofia.

La capa interna se encuentra reducida a la más mínima expresión en muchos lugares, estando en otros tan ausente, que el endotelio descansa sobre un colchón de tejido conjuntivo.

CARACTERES MACROSCÓPICOS

Los caracteres macroscópicos varían según sea la dilatación circunferencial o sacular.

La dilatación circunferencial o cilindroidea, está constituida por el abarcamiento de un segmento de vena en todo el diámetro venoso, de ahí que la continuidad del vaso subsiste a expensas de la ampolla.

La dilatación sacular es propia de las dilataciones congénitas, reviste el aspecto de una bolsa nacida en la

cara externa del vaso, en relación con él por medio de un pasadizo de paredes gruesas y de luz variable.

El volumen de las dilataciones ampulares venosas, varía según el lugar que ocupan, pues entre un grano de cebada y un huevo de gallina en el miembro inferior, alcanza dimensiones de una cabeza de niño en las regiones del cuello.

Adquieren distintas formas, pero la regla general es encontrarlas redondeadas ú ovalares, teniendo otras veces el molde del sitio donde han nacido.

Se encuentran localizadas en casi todas las venas del organismo humano, pero eligen con predilección los grandes troncos venosos.

En la mayor parte de las observaciones estudiadas, se detalla una sola dilatación ampular, pero no es difícil hallar casos con dos o más dilataciones ampulares en una misma vena.

La cara externa del tumor es lisa, recubierta por un tejido perivenoso algo espesado, recorrido por un gran número de vasos pequeños.

El tejido blando subyacente no se encuentra alterado.

La cara interna, abierto el tumor, se nos presenta con trechos deslustrados, y otros que conservan todo el aspecto de una cara endotelial de vena sana.

Tal es lo que nos dice la anatomía-patológica.

SINTOMATOLOGIA

Encierra este capítulo, el estudio semiológico diferencial de los tumores venosos ampulares, confundibles con otras dolencias parecidas por su localización y cuadros clínicos, que hace que sean estos párrafos uno de los más interesantes de este trabajo.

Al lado de un conjunto de signos y síntomas, que sirven de guía al médico para hacer diagnóstico de la dolencia que nos ocupa, no es menos cierto también que ellos pueden faltar, desarrollándose entonces bajo una faz de calma, sin la menor protesta del sistema venoso, hasta que un buen día en ocasión de causas favorables ocasionales, la irreductibilidad del tumor señala un cuadro doloroso y de molestia que hace advertir su presencia.

Otras veces por el contrario, el enfermo lleva el tumor toda la vida sin notar siquiera su existencia, hasta que un trabajo de autopsia lo pone de manifiesto.

Hay veces, que el enfermo sabe lo que tiene; conoce su

presencia, pero no lo señala al médico, porque no le incomoda, por su sintomatología banal que se reduce a notar un pequeño tumor sin mayores molestias, y que por lo tanto, no se preocupa de él.

Quizás sea ésta una de las causas que motiva la pobreza en casos observados, ya que considero la dilatación ampular venosa, como una afección relativamente frecuente.

SÍNTOMAS CLÍNICOS Y FÍSICOS DE LA DILATACIÓN AMPULAR DE LAS VENAS DEL MIEMBRO INFERIOR

Es en ocasión de una fatiga muscular intensa, de una marcha prolongada, o de una estación de pie muy larga, que el enfermo se señala un tumor desconocido hasta entonces, y que se pone de manifiesto por un acrecentamiento, que lo hace visible, y por un cortejo de ligeras molestias.

Se inicia a veces con pródromos que anuncian su llegada, siendo éstos: calambres, sensación de pesantez, entumecimiento, cierta induración, ligeros edemas de las pantorrillas, ciertos dolores neurálgicos, pero por regla general se atribuyen todos estos prolegómenos, podríamos decir, a las várices concomitantes que suelen acompañar a esta afección.

No es lo mismo cuando el tumor se hace irreductible por un proceso fleblítico, como veremos más tarde; en

que el cuadro de síntomas es distinto, ya que al aumento del tumor, se añade una dureza especial y un cuadro general alarmante, muy semejante a veces cuando ocupa el pliegue de la ingle, a una hernia estrangulada.

Como vemos, el cuadro varía según las faces en que encontramos al tumor, entrando a estudiar primeramente en su forma más simple, vale decir, cuando el tumor es reductible.

SIGNOS FÍSICOS

Inspección.—(El enfermo de pie).

Uno de los principales elementos de estudio que podemos sacar del examen visual, es la presencia de un tumor de volumen variable, pero que oscila entre el tamaño de un grano de maíz y el de un huevo de gallina, localizándose principalmente en los grandes troncos venosos, pero sin adquirir nunca las grandes dimensiones que tiene en las venas del cuello.

Situado generalmente en el pliegue de la ingle, se han señalado varios casos en la cara interna de la rodilla, en la vena poplitea, en la pedia, etc., pero estos por excepción.

Visible a simple vista no solamente por la piel, que se vé levantada, el tumor se hace notar por una coloración azulada que se observa por transparencia a través de la piel, signo que considero de importancia, ya que ilumina

el diagnóstico diferencial, con un dato que es muy propio del tumor venoso.

Por otra parte la piel que lo recubre, es completamente normal, deslizándose sin signo de relación, lo que indica una independencia bien definida y absoluta.

Si del decúbito dorsal invitamos al enfermo a ponerse de pié, notamos que el tumor aumenta de tamaño, se hace mucho más visible, significando con esto que el tumor se llena de sangre a través del orificio o comunicación, que lo pone en relación con la vena de la cual es tributario.

Igual cosa sucede, si el paciente tose, o hace esfuerzos con los músculos abdominales o con sus miembros inferiores.

Si tiene varices concomitantes el miembro enfermo, se ven llegar al tumor en ciertos casos, venas gruesas que aportan un detalle sugestivo de algo relacionado con sistema venoso.

Si colocamos encima del tumor un papelito con el fin de observar si están animados los latidos, vemos que no, y si tal cosa sucede, es en virtud de expansiones transmitidas por órganos vecinos.

Si el enfermo lo examinamos en decúbito dorsal, el tumor es menos visible, y el reflejo azulado de la piel pierde su nitidez.

La tos y el esfuerzo lo pone de manifiesto, pero por breves instantes.

Si hacemos levantar la pierna hacia la vertical; el tu-

mor desaparece dol todo, para reaparecer más tarde, cuando el miembro adquiere su posición primitiva.

La inspección nos ilustra también, sobre los trastornos troficos, que pueden existir concomitantes a las varices que acompañan el tumor.

Si bien es cierto que las dilataciones ampulares en los casos observados es única, no es menos también, encontrar observaciones de bilateralidad, ó de dos o tres dilataciones en una misma vena, pero esto no es frecuente.

Claro esta, que diagnosticamos por el sitio de localización, a que vena pertenece, y si es posible una confusión en el pliegue de la ingle, no lo es en todo el resto del sistema venoso, ya que éste, se define por su independencia, clínica y anatómica.

Palpación (el enfermo de pié).

Es con mucho las que nos dá más datos, siempre que la efectuemos con método y completa.

La piel se desliza sobre el tumor sin que se note ningún signo de relación entre ambos.

El tumor es redondeado o alargado, se deja deprimir fácilmente, y el dedo llega a percibir una sensación de algo muy blando, como de consistencia líquida.

Si aumentamos la fuerza de compresión, ya que la ausencia del dolor nos permite efectuarlo, notamos que el tumor va perdiendo su tamaño gradualmente hasta desaparecer, para readquirir bien pronto su tamaño normal, en cuanto cesa la presión que lo reduce.

Se lleva a cabo esta reducción suavemente, sin que se note ninguna resistencia, ni se perciba ningún ruido, gorgoteo, ni deje tampoco la impresión de algo sólido entre los dedos.

M. Jeanselme señala un *Thrill* líquido que lo compara al derrame que produciría la caída de granos de arena.

Si reducido el tumor venoso, levantamos rápidamente el dedo que lo comprime y lo mantenemos en contacto con la piel, sentiremos la entrada de un chorro líquido en la bolsa quística, de una manera más o menos rápida, pero que siempre está en relación con el tamaño de luz que tiene el pasadizo o abertura que existe entre vena y tumor que los comunica.

El dedo que palpa, no llega a percibir latidos, y si existen como sucede en la femoral o poplitea, es en virtud de la trasmisión que le mandan las arterias vecinas, ya que está casi en contacto con ellas.

Una palpación minuciosa, permite otras veces sentir la llegada al polo inferior del tumor, de una gruesa vena que se deja analizar más detalladamente si es varicosa.

Haciendo toser al enfermo, se palpa y se corrobora, lo que vimos en el capítulo anterior, de que el tumor se agranda y adquiere una tensión mucho mayor.

Si ordenamos que haga esfuerzos, o tosa el paciente, se notará la trasmisión como un roce de una onda líquida que recorre toda la vena, y que nos indica la insuficiencia valvular absoluta.

El exámen del enfermo en decúbito dorsal, completa

con éxito nuestro estudio palpativo, ya que Guibal describe varias maniobras, que ilustran con mucho la semiología del tumor.

El triángulo de Scarpa es el lugar predilecto de las dilataciones ampulares, y es por eso que nos dedicaremos más a este sitio, sin perjuicio de relacionarnos con los otros lugares de ubicación.

Si rogamos al enfermo colocar su pierna hacia la vertical con el fin de vaciar el contenido sanguíneo de venas y tumor, y aplicamos inmediatamente un dedo de manera de comprimir la vena por encima de él, manteniéndolo en este lugar mientras el enfermo se pone de pie, observamos que el tumor no se pone evidente, podríamos decir como si no existiera.

Pero si el dedo deja de comprimir la vena, la columna líquida venosa bien pronto se precipita de arriba a abajo, inundando venas y tumor, que readquieren su volumen primitivo.

Este fenómeno es evidente siempre que la saculación venosa ocupe el vértice del triángulo de Scarpa, o lugar que permita la compresión por encima del tumor.

Si la bolsa quística la encontramos en el cayado de la safena, la compresión tendrá que ser llevada a la femoral, pero se nota que la ampolla se va llenando paulatinamente por reflejo del cabo periférico de la femoral en la safena.

Si en las condiciones anteriores, la compresión se ejerce durante largo rato, se observa que el tumor se agran-

debilitan y desaparecen bajo presión, y ocupan una localización muy parecida.

Se diferencian, en que la piel que recubre al tumor venoso, tiene una transparencia azulada, cosa que no ocurre con el tumor de intestino, y señalo este signo por creerlo de importancia en el diagnóstico de las dilataciones ampulares venosas.

El enterocele siempre es de mayor tamaño, y ocupa sitios ciertas veces que no puede encontrarse el tumor venoso, tal es por ejemplo, cuando se le encuentra recubriendo la arcada crural.

El enterocele es sonoro a la presión. La palpación da el thrill característico de las dilataciones quísticas, y a más, el tumor herniario tiene un pedículo que se dirige hacia la cavidad abdominal.

Los *abultamientos varicosos juntos*, formados por una desigual, dilatación de venas, se presentan con un límite de superficie muy desigual y con caracteres de cordones duros y rugosos que hacen su diagnóstico inconfundible.

A pesar de esto, tienen impulsión a la tos y a los esfuerzos, soplos, transparencia azulada, sítomas iguales a los tumores venosos, pero que no pueden llevar a un error por lo marcado de su diferencia.

Aunque raro el *cistocele*, puede salir por el anillo crural y darnos un parecido con la afección que estudiamos.

Localizado en la ingle, se reduce fácilmente y dá la impresión de una bolsa con líquido.

Las micciones en dos tiempos, la pérdida de volumen cuando el sujeto orina, las hematurias, el tenesmo, etc., son signos propios de la hernia de vejiga que da su cuadro típico e independiente, haciendo definir su diagnóstico diferencial con la afección venosa.

Entraremos a estudiar la dilatación ampular venosa complicada, vale decir el diagnóstico de los tumores venosos flebíticos que pueden ser confundidos con dolencias que llevan su cuadro, o localizado en los mismos sitios y que pueden llevar a un error de diagnóstico.

Ciertos *epiploceles crurales*, pocos contenidos, traumatizados por una acción mecánica irritativa, tal cual es el uso del braguero, traen como consecuencia una irreductibilidad por adherencias formadas, trayendo una similitud de síntomas confundibles con las dilataciones ampulares flebíticas.

P. Guibal señala varias observaciones de sujetos que se creían portadores de hernias crurales, y que llevaban bragueros para evitar su estrangulación, aparecer un buen día en el Hospital con la hernia estrangulada. . . , cuando en realidad se trataba de dilataciones ampulares flebíticas.

El enterocele y el epiplocele crural estrangulado, presenta un cuadro más alarmante que la flebitis ampular.

Los fenómenos gastro-intestinales, la supresión de las deyecciones, la falta de gases por el ano, las nauseas, los

vómitos, el dolor irradiado hacia el abdomen, son más pronunciados en las hernias estranguladas.

Se localizan un poco más altas bajo la arcada crural, la palpación profunda señala la presencia de un cordón duro y doloroso que se mete en el vientre, la percusión es sonora, y dato importante, la alteración de las venas en el miembro inferior es nula.

Vemos con esto, que los datos que nos dá la clínica son más que suficientes.

La adenitis con su consecuencia previa la linfangitis, con la punta de entrada infecciosa al territorio linfático, la hinchazón dolorosa del ganglio infartado y de los satélites que lo rodean, y la periadenitis consecutiva que lo inmoviliza, son signos contrarios a la flebitis ampullar en caso de dudas.

La adenitis del ganglio de Cloquet; el absceso caliente ó frío, el lipoma, el higroma pre-heruiario, tienen signos suficientemente claros como para que puedan llegar a ser confundidos con los tumores venosos que estudiamos.

Vena femoral.—Presenta los mismos caracteres diferenciales que la vena safena, y entre ambos, el diagnóstico se basa en el estudio anatómico de sus recorridos.

Vena poplítea.—La arteria poplítea fiel compañera de la vena en todo su trayecto puede presentar una aneurisma, capaz de ser confundida con una bolsaquistica venosa.

El tumor arterial blando y depresible según los coágulos que contenga, con latidos isócronos con el pulso, con la expansión rítmica con que se encuentra dotado, el ruido de soplo intermitente isocronos con el sístole cardíaco, con el pulso retardado en las arterias situadas por debajo de él, con el no vaciamiento del tumor al levantar el miembro, lo caracteriza y lo diferencia de una dilatación sacular venosa de la vena poplitea.

Los aneurismas arterio-venosos con debilidad del pulso en la pedia, soplo continuo entre-cortado, estremecimiento vibratorio del tumor, latidos venosos, dilatación de las venas, son signos que no poseen la afección sacular venosa y de ahí su diferencia.

Ciertas clases de quistes reductíbles, presentan un grado de similitud con nuestra afección, pero a pesar de esto, tienen signos propios que marcan su personalidad.

Así tenemos, el no vaciamiento cuando el miembro inferior es dirigido hacia la vertical, el aumento de los fondos de sacos articulares a la presión del tumor, la no modificación de este, cuando la vena es presionada en la parte superior, los signos de hidrartrosis concomitante, etc., etc.

Los paquetes varicosos apilotomados se denotan por un dato sumamente ilustrativo y este es, que la afección se muestra superficial, mientras que la dilatación amputar se encuentra más profundamente, esto es, por delante de la aponeurosis.

Cuando los tumores que estudiamos se hacen flebíticos,

endureciéndose, es a menudo difícil de hacer diagnóstico valiéndonos solamente del recurso que nos dan los signos de flebitis, ya que por si solo son confundibles con muchas dolencias del hueco popliteo.

Los datos particulares que nos dan estas, sirven para el diagnóstico de ellas, haciendo exclusión por esta causa de los tumores venosos.

Así por ejemplo un neuroma tiene una forma en uso en el trayecto del nervio, la presión provoca dolor irradiado en el sentido del nervio, la compresión por encima del tumor suprime el dolor (signo de Aronshou), los dolores son continuos y acompañados de paroxismo, etc., un lipoma es indoloro, lobulado, de consistencia pastosa, libre de los planos profundos; un sarcoma, se estudia la epifisis femorales y tibiales; un ganglio hipertrofiado, signos de linfadenia, tuberculosis, análisis del sistema linfático, etc.

El diagnóstico de los tumores venosos, vuelvo a repetir, se basa en el estudio de otras dolencias similares, que ocupan su mismo lugar y por exclusión se llega a ellas.

DILATACIONES DE LAS VENAS DEL CUELLO

Nada más interesante que el estudio sintomatológico de las dilataciones saculares venosas del cuello, ya que bajo el cuadro clínico de «Hematoceles of the neck», los autores ingleses han publicado numerosas observaciones de casos que simulaban por entero la afección que nos ocupa.

Estos tumores en contacto con las venas, rodeándose de un marco que se encuadra en parte con nuestra sintomatología, son descubiertos por el estudio de la anatomía patológica que los pone de relieve en todas sus partes.

De ahí su importancia.

Síntomas clínicos.—El paciente portador de esta afección, raramente relata el tiempo de origen de ella, y solamente comenta que el azar, o trastornos poco molestos, lo hacen dirigir al pequeño tumor que origina el diagnóstico con la visita del médico.

Los síntomas funcionales se señalan con cuadros nada alarmantes, ni molestos, reduciéndose a ligeras cefalalgias, dolores al ejecutar movimientos con el cuello, ruidos de oídos, zumbidos del lado atacado, aflujo de sangre a la cabeza, etc., haciendo notar que signifique con esto los síntomas encontrados en varias observaciones, pero nunca todos reunidos.

El nacimiento de la teoría congénital para estos tumores, sostenida por muchos observadores, hace su deducción de que los niños son los portadores de ellos, pero dicha hipótesis vendría a peligrar un tanto, con el caso relatado por Bennet en un sujeto de 41 años.

La edad de aparición es general en la primera infancia. (Guret, dos días después del nacimiento. Hey, 4 meses), poniéndose de manifiesto por un tumor que va adquiriendo volumen hasta tener tamaño considerable.

Raramente el tumor al crecer trae aparejados signos concomitantes de compresión a órganos vecinos, no trayendo una nueva confusión, a la ya difícil de su diagnóstico.

El tumor puede detenerse en su crecimiento, pero el esfuerzo, los movimientos respiratorios, la cólera, los gritos, etc., hacen aumentar su volumen y advertir su presencia.

Inspección.—Las ampollas venosas pueden tener su localización en todas las venas del cuello, pero el sitio de predilección son las yugulares externas.

La forma varía según el lugar que ocupen, de ahí que encontremos desde la redondeada a la fusiforme.

Los tejidos blandos que recubren al tumor no aparentan, ni están enfermos.

Si hacemos que ejecute el paciente movimientos respiratorios en espiración forzada, o por el contrario que retenga su respiración, notaremos un mayor aumento del tumor, y una hinchazón de las venas cercanas, que adquieren su forma habitual cesada esta maniobra.

El único medio capaz de dilucidar el diagnóstico de estos tumores, es el estudio profijo de la anatomía patológica, y aún mismo, éste es incapaz en ciertas ocasiones de solucionarlo, como el caso citado por Boeckel en «La Gazzette Médicale» de Strasbourg.

Los quistes serosos congénitales, existen como muchas dilataciones ampulares desde la más tierna infancia (caso Guret, dos días después del nacimiento), ocupando los mismos sitios blandos, fluctuantes, reductibles, con impulsión a la tos y a los esfuerzos, con contenido sanguinolento, demostrable con punciones hechas con jeringas Pravats, maniobra que rechazamos por los peligros que encierra para el enfermo.

El diagnóstico, se dilucida en estos casos, en el hallazgo de divertículos torácicos, cervicales, etc. que se revelan por fenómenos concomitantes que suelen aparecer por compresión de órganos vecinos al ser presionados estos quistes serosos.

Ciertos *abscesos fríos de origen óseo*, presentan carac-

teres de tumores líquidos, pero la observación prolija de las vértebras, la falta de reducción, la no impulsión al esfuerzo y a la tos, y los síntomas de un mal de Pott cervical o dorsal, evitará caer en error.

Palpación.—Es como dijimos al tratar de las dilataciones del miembro inferior; el método que nos sirve para facilitar el diagnóstico. La piel móvil se desliza sobre el tumor sin que se noten señales de adherencias antiguas o recientes, pero dejando, eso sí, la sensación de algo pastoso, líquido, de bordes nítidos, bien limitados.

Una presión suave los disminuye de tamaño, sin que se presente nada que llegue a llamar la atención, salvo a veces un aumento visible de las venas cercanas, que indica un reflujo venoso dificultoso, por debajo de la dilatación ampular.

Las venas dilatadas, readquieren prontamente su volumen, cesada la presión ejercida sobre el tumor.

Si comprimimos la vena en la vecindad de la saculación y lo hacemos por encima de ella se produce un pequeño debilitamiento del tumor, o queda sin efecto alguno.

Ahora bien, si la compresión es por debajo, tumor y vena exageran su tamaño, adquiriendo una tensión muy grande pero que nunca es peligrosa.

El diagnóstico se facilita mucho, cuando llegamos a palpar los dos cabo venosos que llegan al tumor.

Por el contrario, se obscurece más cuando la situación

es en las venas profundas del cuello, donde los caracteres físicos son menos nítidos, y las bases científicas se reducen a suposiciones.

Percusión.—El único dato importante, es la onda transmitida a través de la pared venosa, que nos señala la insuficiencia de su constitución.

La percusión es mate.

Auscultación.—Algunos autores han señalado la presencia de ruidos a la auscultación hecha durante la tos y el esfuerzo, pero es regla general no oír ni soplos ni ruidos.

Diagnóstico.—Dotado el cuello de un número considerable de venas y de órganos, es punto elegido de una cantidad considerable de afecciones patológicas de origen congénital, que tienden a crearse muchas de ellas, de una aureola de similitud clásica con las dilataciones saculares venosas, que en esta región son también de origen congénital.

La estadística pobre en casos estudiados de la afección que nos ocupa, hace que raramente se la recuerde, quedando envuelta en la mayoría de los casos, dentro de la nomenclatura general de tumores embrionarios, con diagnóstico y rol etio-patogénico sumido en la obscuridad.

La escuela americana e inglesa publicó por los años 1876, 1878, observaciones de tumores de apariencia ve-

nosa que apellidaron con los nombres de Hematoceles del cuello, y que en realidad nada tenían de venosos.

La etiología y patogenia de los hematoceles venosos de los autores ingleses quedó en estudiarse y los pocos observados en su anatomía patológica, nos revelan la impotencia para resolver la verdadera causa de origen.

El contenido de estos, es de sangre venosa, densa, negra, con coágulos estratificados, envueltos en una bolsa que toma la forma del sitio en que se hallan, pero siempre en contacto con una vena.

La cara externa del continente esta formada por tejido areolar esponjoso, rodeado de un tejido vecino, poco adherente y fácilmente desprendible.

La cara interna se asemeja en un todo al tejido que recubre las orejuelas del corazón.

La túnica media es de tejido elástico, con caracteres histológicos, parecidos a los de la túnica media de las venas.

Estos quistes con contenido sanguíneo, son transformaciones de quistes serosos de origen linfático o branquiales.

Se explica el contenido sanguíneo, de la siguiente manera: un traumatismo ocasional cualquiera llega a romper vasos angiomatosos que en gran cantidad rodean la pared quística, inundando de esta manera la cavidad, que se llena por la hemorragia que se produce.

Otros quistes sanguíneos, por el contrario, han nacido en relación inmediata al tejido peri-venoso de una de las

venas del cuello, y el trabajo invasor del tumor a este tejido, hace establecer un contacto íntimo en un principio y oradación más tarde de él, dando lugar a que se establezca una comunicación entre la cavidad quística y la luz de la vena, trayendo como consecuencia la irrupción de sangre venosa.

Es curioso, lo que se imaginan estos enfermos portadores de dilataciones ampulares, que como dato de ilustración para el médico, dicen que ellos llenan cuando quieren el tumor con aire, sin que esto les sorprenda lo más mínimo.

Se ha querido explicar este fenómeno, como debido a un detenimiento de la sangre en la vena cava superior, motivado por el esfuerzo violento respiratorio.

Si flexionamos la cabeza del paciente para evitar que el esfuerzo tenga un rol en el mecanismo de la producción de aumento del tumor, vemos que igualmente adquiere un volumen mayor de lo normal.



EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

Distintos son los procesos que pueden presentarse en esta enfermedad abandonada a sí misma.

En algunos casos se conserva en un estado de latencia, guardando el volumen primitivo, sin acusar aumento, ni disminución, ni venir a alterarse en lo más mínimo en lo que respecta a complicaciones.

Son éstos los casos que podríamos llamar benignos, ya que no motivan ningún trastorno, ni molestia para el paciente, que vive con su tumor toda la vida sin acordarse ni remotamente de él, en virtud de que su atención no es llamada al pequeño tumor vanal.

Siguen a éstos, los casos de dilatación ampular venosa que se desarrollan tras una causa ocasional cualquiera, adquiriendo entonces un crecimiento lento y progresivo que sigue su marcha evolutiva, cada vez más grande, como sucede en las venas del cuello, lo que ocasiona molestias para el enfermo, que lo hace recurrir al médico.

En un tercer caso tenemos los tumores que se complican con flebitis, trayendo aparejado la irreductibilidad del saco venoso, y el cuadro que sigue a él, alarmante a veces no solo para el enfermo, sino para el médico que lo examina.

Esta irreductibilidad del tumor derivado de una alteración de la pared de la bolsa quística, da lugar a la formación de coágulos, que modifica radicalmente los caracteres clínicos primitivos.

Flebitis.—La flebitis complicación frecuente de estos tumores, ya que se observa en un tercio o mitad de los casos publicados, será la primera en ser estudiada.

Casi de una manera constante la flebitis depende de un factor etiológico único: la infección.

Cruveilhier con la clarividencia de los hombres genios, hace cerca de un siglo, sostuvo diciendo que toda flebitis se formaba por una causa irritativa sobre la pared venosa, y esta teoría que la confirman las conclusiones modernas, ha venido a demostrar que sea cualquiera la causa, microbiana, toxica o aseptica, la lesión de la pared en el hecho primitivo, la coagulación de la sangre el hecho secundario, precediendo siempre la flebitis a la trombosis.

El enfermo raramente dá conmemorativos suficientes como para dejar constancia del origen inflamatorio de la lesión y se contenta solamente con sostener que un esfuerzo hecho, una fatiga muscular, un traumatismo, hace

de su tumor blando y reductible hasta entonces, un tumor duro e irreductible.

Los síntomas fiebíticos de la bolsa se revelan por un aumento de su volumen y de tensión, por dolores localizados, que se irradian ciertas veces en dirección del miembro enfermo, y de intensidad variable, pero que siempre son suficientes para provocar trastornos funcionales.

Si el tumor está asentado cerca de una articulación, (rodilla, cadera, etc.) los movimientos de flexión y extensión se hacen difíciles por los dolores que dan nacimiento estas maniobras.

El reposo atenua todas estas molestias que son muchas, pues a las anteriores se unen, otras cuantas como ser: sensación de malestar general, pesantez y fatiga rápida de los músculos de la región atacada, calambres y edema duro que se hace muy visible en el maleolo, cuando la dilatación flebítica ataca la safena, o las venas del miembro inferior.

Examinando el tumor, vemos que la piel que lo recubre es normal y no adherente, salvo en los casos que asistimos a una faz supurativa, en que la encontramos inmóvil, infiltrada y de color rojo.

Poco limitado, duro el tacto, imposible reducirlo por los dolores que provoca, traduce su estado inflamatorio.

Si nos obstinamos a pesar del sufrimiento del enfermo a vaciarlo de su contenido, nos exponemos al grave peligro de lanzar los coágulos contenidos dentro de la bolsa venosa, al torrente circulatorio a través del orificio de

comunicación que los une, trayendo trastorno muy serio que podrían acarrear la muerte del enfermo.

Los tejidos vecinos al tumor se encuentran infiltrados, lo que hace su apariencia menos nitida, agravándose más, si se encuentra colocado en las venas profundas.

Unidos a estos síntomas físicos, es común encontrar ciertos otros que acompañan a la flebitis en general, y entre ellos, trastornos abdominales, constipación, vómitos, etc., etc.

Kendrat relata un caso sumamente interesante que ilustra en mucho la circunspección de los cirujanos, ante los casos flebíticos de dilataciones ampulares del cayado de la safena, pues confundidos con hernias estranguladas, se aconseja el taxis que provoca la reducción del tumor, pero también la muerte del enfermo por embolias fatales, que obliteran las dos arterias pulmonares.

Hodgson, señala una observación de organización fibrosa de los coágulos de la bolsa flebítica, trayendo una retracción fibrosa que disminuye el tumor notablemente, finalizando por quedar reducido a un cuerpo extraño, inerte, incapaz de desempeñar más tarde un rol patológico.

La *restitutio ad integrum* no ha sido observada.

Supuración.—El aspecto clínico de la bolsa quística flebítica, difiere según el grado de virulencia de los agentes microbianos que intervienen en su producción.

Así, si la infección es grave, el proceso de defensa local se detiene, y en vez de organizarse supura.

La organización del coágulo proviene de las células endoteliales de la endovena, que presenta en estos casos una falta de multiplicación de sus células, dando lugar a que el proceso se retarde, y entren en escena los fenómenos de inflamación séptica, caracterizados por un acumulo de glóbulos blancos en vías de degeneración granulosa.

El coágulo adquiere entonces, focos de reblandecimiento que concluyen por la formación de abscesos flebíticos.

Si el proceso abarca no solo el tumor, si no la vena por continuidad, tendremos la posibilidad de desprendimientos de coágulos sépticos dentro de la circulación venosa, y el agravamiento del pronóstico, que es benigno en casi todos los casos.

Los síntomas clínicos de la faz supurativa, se traducen por una molestia mayor localizada en el tumor venoso, por temperatura, escalofríos, vómitos, náuseas, etc.

El trabajo ulcerativo aparece en escena, la piel levantada y libre en un primer momento, se pone tumefacta adherente y bien pronto si no interviene el cirujano, ella misma se rompe, dando pasaje a un pus chocolate, cremoso, lleno de coágulos laminosos, estriados y fibrinosos.

La pared del saco está formada de tejido fibrinoso, con escasa cantidad de tejido elástico y fibras musculares.

Las venas que abocan al tumor se encuentran espesa-

das, duras al tacto, y en relación directa con la membrana interna de la bolsa flebítica.

La incisión y el drenaje cura bien pronto esta complicación.

Embolias.—La irrupción en el torrente circulatorio de coágulos provenientes de un saco venoso flebítico, provoca en los enfermos atacados de la afección que nos ocupa, graves consecuencias.

La formación de células anastomosadas, de neo-capilares, y de fibrillas noviformadas dentro de la bolsa quística, da lugar a que se adhieran a esta pared el coágulo primitivo, y por ende traiga como consecuencia una fijeza no peligrosa, que importa su pegamiento.

Pero el coágulo secundario, concreción blanda que nace por encima del coágulo primitivo, es poco adherente, pudiendo dar origen a coágulos embolizados, que son lanzados a la corriente venosa y detenidos por regla general en las arterias pulmonares, a las cuales oblitera, cerrando de esta manera la circulación del pulmón correspondiente.

Richerolle, describe un caso de dilatación ampular flebítica del triángulo de Scarpa tomada por una hernia crural poco reductible, que nos ilustrará con mucho los peligros que reportan las embolias partidas del saco venoso.

«M. Despres que lo examina lo palpa ligeramente y de-

clara obtener una ligera reducción acompañada de un poco de crepitación.

«Hace acostar al enfermo que sufre en esos momentos una lipotimia, durante un minuto y medio presenta el enfermo convulsiones clónicas de los miembros superiores—respiración penosa y esterterosa. Se levanta poco después y se repone. Declara no haber tenido jamás ataques de epilepsia.

«Vuelve a tener una crisis de disnea como la primera. Se lo trasporta al lecho, pero los movimientos respiratorios se hacen más leves y cesan bien pronto. La cara se pone violácea, las pupilas se dilatan largamente. Durante muchos minutos se ensaya en vano la respiración artificial».

«La muerte sobreviene en cuatro minutos».

La patogenia de los accidentes sobrevenidos en el caso anterior, así como la muerte fué explicada por M. Després, en la Sociedad de Cirujía en Febrero de 1891, diciendo que la autopsia del enfermo de Richerolle, traducía la presencia de un tumor que se localizaba en la base del triángulo de Scarpa, pero que no era una hernia, sino un tumor venoso lleno de coágulos y que creía, que la reducción forzada había producido la expulsión de coágulos a la corriente sanguínea y la estancación en la arteria pulmonar de ambos lados.

En efecto, la autopsia demostraba un pulmón izquierdo pálido y exangüe, y el pulmón derecho fuertemente

congestionado en sus dos lóbulos inferiores, con la pleura fuertemente adherida a la cara externa.

La rama izquierda de la arteria pulmonar obliterada por coagulos, en parte fibrinosos que variaban entre un centímetro y medio centímetro. La rama derecha por el contrario estaba obliterada por pequeños coagulos negros fuertemente prensados los unos contra los otros.

Vemos pues, la importancia de diagnosticar estos pequeños tumores que benignos por sí, pueden causar la muerte del enfermo por maniobras que los complican.

Al lado de estos casos que podíamos llamarlos (embolias traumáticas), tenemos las que responden a embolias pots-operatorias.

La asepsia ha limpiado por así decir, del campo venoso la flebitis pots-operatorias, pero por más técnica quirúrgica suelen presentarse.

Estas embolias que podríamos llamarlas estériles por su virulencia, se encuentran formadas por trombus blandos desprendidos del punto donde se ha hecho la ligadura venosa, o de las colaterales ligadas, pudiendo así de esta manera llegar a la circulación general y determinar embolias pulmonares.

Existen clínicamente tres tipos distintos de embolias pulmonares consecutivas a la ligadura de los cabos venosos, en la extirpación de una dilatación ampular.

Se clasifican por su gravedad en frustros, graves y mortales.

El primero como indica su nombre, se caracteriza por

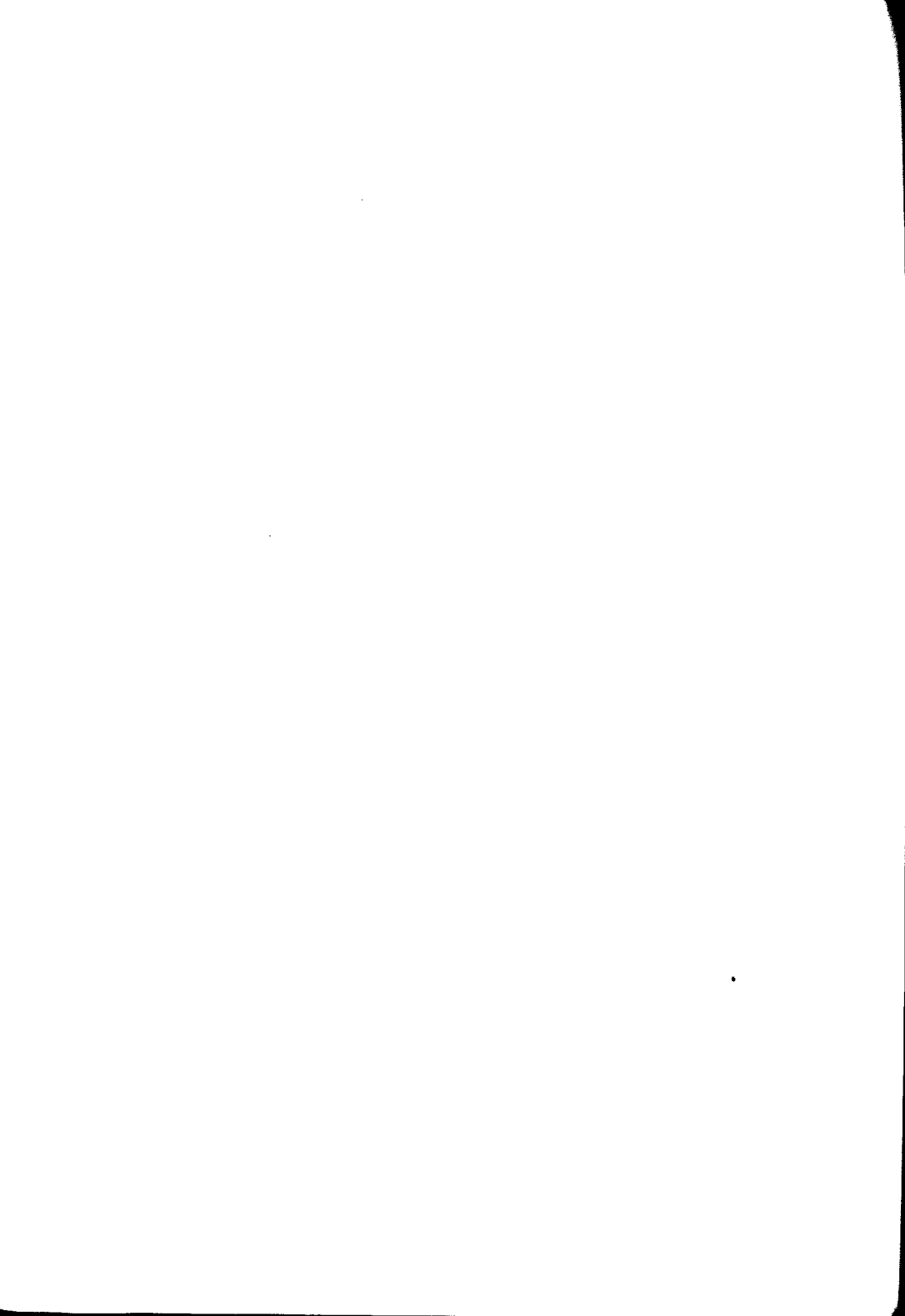
ser pasajero inofensivo, con una sintomatología banal consistente, en pequeños mareos, malestar que no sabe como explicar el enfermo y disnea. Dura algunas horas.

El grave, tiene una duración de cuatro a seis semanas, con síntomas alarmantes y convalecencia que deja rastros en el pulmón de lesiones definitivas.

El que llamamos mortal es rápido, dura algunos minutos, trayendo como síntomas los señalados en el cuadro que marca Richerolle para su caso, y que ha poco lo hemos descrito.

El tratamiento se reduce a la administración continua de oxígeno, y facilitar la entrada de aire al pulmón mediante la respiración artificial; inyecciones de estricnina, digital, cafeína, morfina, atropina, nitroglicerina etcétera.

A título de mención señalaremos, para cerrar este capítulo los relativos éxitos recientemente intentados por Trendelenburg en la extracción de los coágulos de la arteria pulmonar mediante procedimientos quirúrgicos.



TRATAMIENTO

Desde las primeras observaciones clínicas, en la historia de las dilataciones ampulares venosas, no se comenta otro tratamiento que el de la ligadura de los cabos de la vena enferma, y la resección de la bolsa quística.

Las inyecciones intraquísticas y periquísticas de tinturas de yodo, de ergotina, de cloruro de sodio, así como la transficción con agujas, se pensaron, pero no se llevaron a cabo, aún pese al terror que por aquel entonces se tenía a la ligadura de los troncos venosos,

La época de la asepsia rigurosa estaba en su apogeo y la obsesión del fantasma gangrena cohibía, obstaculizando en mucho al cirujano que tenía por delante un caso de ligadura venosa.

Estaban plenamente convencidos, que la circulación colateral, era impotente para resistir, el libre paso de una cantidad de sangre que matemáticamente, era imposible

que pasara, motivando con esto una estancación sanguínea.

La infección de los linfáticos, unido a los procesos tromboticos de la vena enferma y colaterales en tiempo de la preasepsia, hacía justificar la responsabilidad y el miedo ante casos semejantes.

Hoy día se va adquiriendo la seguridad perfecta que la ligadura de un tronco venoso es posible, ya que lo confirman los grandes éxitos obtenidos en distintas regiones del organismo humano.

Se sabe que la presión arterial hace llegar a través de los capilares, una fuerza impulsiva beneficiosa que coadyuva a intensificar con mucho a la circulación colateral; doctrina está contraria a la de hace unos años atrás, que sostenía la ligadura conjunta de la arteria homonima a la vena ligada.

Bodahert ha poco demostró que la ligadura de la vena femoral en su nacimiento con todas las reglas de asepsia, pero con la única precaución de no tocar ni lesionar para nada los linfáticos vecinos, llegaba a efectuar intervenciones ideales, en que el miembro enfermo se comportaba sin ninguna señal de alteración, cosa poco frecuente para aquel entonces.

La factibilidad de la ligadura de troncos venosos, es considerada hoy día como algo muy común y fácil, teniendo como comprobantes los resultados de la ligadura de la axilar por extirpación de ganglios cancerosos; de

las yugulares de ambos lados a intervalos o simultáneamente en sujetos atacados con tumores malignos, etc.

Y si unimos a esto, la ausencia de abscesos metastásicos, el no desarrollo de bacteremias piógenas a consecuencia de trombus séptico, como también los raros casos en que se producen embolias, y la técnica moderna para suprimir la aspiración de aire en las venas del cuello (embolia gaseosa), hace que el *noli me tangere* de los antiguos para estos órganos, quede solamente como título de ser mencionado.

Reglas generales.—El tratamiento actual de las dilataciones ampulares, es único y éste es: el quirúrgico.

El tratamiento médico que señalan los libros de hace veinte años, y que se reducen solamente a curar síntomas, tenía su derecho en aquel entonces, pero no hoy en plena era de rigurosa asepsia y técnica quirúrgica, que habla bien alto del poder que ha alcanzado la cirugía moderna.

La norma de conducta a seguir en el tratamiento quirúrgico es la siguiente.

Se debe intervenir:

- 1.º Cuando el tumor tiende a crecer rápidamente, aún cuando no señale molestias para el enfermo.
- 2.º Cuando el tumor molesta, o se traduce por trastornos serios concomitantes.
- 3.º Cuando se complica con flebitis.
- 4.º Cuando el tumor flebítico sorprende al médico en plena faz supurativa.

No se debe intervenir:

1.º Cuando las venas profundas están complicadas por un proceso de tromboflebitis.

2.º Cuando el paciente no puede ser tratado quirúrgicamente por coexistencia o asociación de afecciones concomitantes, salvo el caso de peligrar la vida del enfermo.

3.º Constituyen estas contra indicaciones: la diabetes, las lesiones cardíacas no compensadas, la nefritis, la arterio esclerosis, la púrpura, la hemofilia, obesidad extrema, o estados caquéticos.

Reglas comunes. — Incindidas las partes blandas y puesto en descubierto la dilatación ampular el operador podría optar por una de las intervenciones siguientes:

1.º Si vena y tumor se encuentran sin complicaciones, y la comunicación que las une es ancha, se podrá ligar ésta a nivel de la vena y reseca la bolsa venosa.

2.º Si vena y tumor se encuentran sin complicaciones, y la comunicación entre ambas se hace por un pasadizo de luz estrecha, se podría ligar, o efectuar fleborrafia lateral, con extirpación del tumor.

3.º Si vena y tumor están complicados con flebitis, se hará la ligadura de los cabos venosos y resección del tumor.

4.º Si la bolsa quística flebítica se encuentra en un período supurativo, se efectuará incisión del tumor, liga-

dura de la vena en territorio sano, vale decir por fuera del infectado y drenaje.

Reglas particulares.—En caso de coexistir dos dilataciones ampulares o más, como se ha visto en la vena safena con una distancia más o menos grande, se hará extirpación de ambas, mediante una incisión lo suficientemente larga como para abarcarlas.

Si la vena es la safena, se puede hacer una safenectomía total, ya que se considera estas dilataciones en el miembro inferior como un epifenómeno de várices.

En caso de flebitis del saco, se recomienda la ligadura de los cabos venosos, todo lo más alto que se pueda, ó por lo menos donde se vea que el terreno no está enfermo.

Si el tumor flebítico está situado cerca de la embocadura de una vena, se considera necesario, hacer la ligadura en el mismo lugar que aboca a la vena sana.

Si el tumor es flebítico, se tendrá sumo cuidado en no romperlo para evitar la infección del campo operatorio.

Si se interviene en dilataciones ampulares de las venas del cuello, se tomarán sumos cuidados para que no se efectúe la aspiración de aire.

En caso de estado sincopal producido por esta complicación, se pondrá rápidamente una ligadura al cabo central, y se le hará hacer al enfermo respiración artificial y procedimientos indicados para el caso.

Cuando el tumor quístico como sucede en el cuello, adquiere un tamaño considerable con fuertes adherencias

pegadas a órganos importantes, y la disección por pérdidas de relaciones, hemorragias, etc., se hace difícil, el cirujano elijirá un procedimiento de fortuna.

El drenaje se hará según criterio del médico que actúa.

El enfermo debe levantarse una vez cicatrizada la herida.

TÉCNICA OPERATORIA

Fleborrafia lateral.—La sutura lateral en la continuidad de las venas, puede practicarse en los casos de dilataciones ampulares sin complicaciones, cuya comunicación entre tumor y vena se haga mediante un pasadizo estrecho.

Las paredes venosas blandas por naturaleza, delgadas, sometidas a una tensión sanguínea no muy alta, hace fácil el confrontamiento de los bordes venosos, que se efectúa en condiciones más perfectas y ventajosas que en las arterias.

El éxito ha coronado pruebas audaces, después que Schede popularizó las suturas venosas, a tal punto que pocas son las venas del organismo humano que no se han llegado a hacer fleborrafias.

Los peligros de embolias y formación de trombus, pueden existir igual que en las ligaduras, pero obedece a existencia de infección de origen séptico operatorio.

La fleborrafia estriba para su feliz resultado, en practicar el principio fundamental de afrontar *íntima* con *íntima*, como sucede en la sutura intersticial de afrontes de serosa con serosa.

En cuanto a la discutida cuestión si la sutura debe ser superficial o profunda, los trabajos de Dörfler, Heidenhain, Israel, Lindner, Silberberg, demuestran indiscutiblemente con hechos experimentales basados en un terreno científico y clínico, que la sutura perforante es más resistente y más fácil, que la sutura que abarca solamente las dos tónicas.

Una vez incindidas las partes blandas y yá en pleno tejido perivenoso, se abre este sin lesionar lo menos que se pueda la túnica externa del vaso.

Descubierta la vena y disecada, se detiene la circulación mediante la presión digital o con una torunda de gasa, hasta que llegue el momento de ser tomada con unas pinzas almohadillas, o en su defecto ser levantada por dos sondas acanaladas o dos hilos de catgut pasados debajo de ellas, que luego se levantan con el fin de que la hemostasia sea perfecta.

La hendidura o herida que vamos a suturar, prèvio claro está la estirpación del tumor, puede tener distintas direcciones, así como también un tamaño variable, pero es de regla que nunca exceda más de un cuarto de diámetro de la circunferencia de la vena.

Extirpado el tumor y hecha la hemostasia provisional es necesario tratar de evitar de desgarrar la herida o contusionarla en los bordes endoteliales, cosa que sucede si empleamos las llamadas pinzas de diente de ratón.

En caso de no disponer de pinzas especiales nos valdremos entonces para ello, de iniciar con una sutura de

tracción en cada extremo de la herida, que penetre profundamente en todas las tunicas venosas y a nivel del borde mismo de ella, con el fin de que levantados dichos bordes se pongan en relación las dos superficies endoteliales.

Hecho esto es posible hacer con toda comodidad una sutura que varía según la hagamos continua, entrecortada, de colchonero, o costura a punto por encima.

Los bordes de la herida se atraviesan frente a frente a una distancia de intervalo entre punto y punto de uno a dos milímetros, para así tener un mejor adosamiento.

Es importantísimo tratar que el endotelio de los dos lados de la herida se pongan en contacto, evitando que no se inviertan para adentro.

La costura se hará con una seda muy fina, con hebra de alsacia del número 500 ó con catgut número 00, montado sobre una aguja Kirby número 16, 17 o 18, o sobre una aguja muy fina redondeada y de pequeña curvatura.

Es conveniente que el hilo llene bien el agujero de la aguja, porque así uno tiene más confianza en no producir hemorragias en los sitios de puntura.

Concluida la costura por encima, se hace una segunda para fijar el tejido de la vaina de los vasos y proteger a la primera. Se reconstruyen las partes blandas circundantes, y se cierra la piel sin dejar drenaje,

El aposito debe ser poco compresivo.

Ligaduras.—En caso de flebitis de la bolsa quística

dijimos no ha mucho, se efectuaba extirpación del saco y ligadura de los dos cabos en terreno sano.

La ligadura total o completa, oblitera toda la luz del vaso, sin que se produzca por esto alteraciones en los resultados funcionales pots-operatorios.

La circulación colateral que lleva la sangre al corazón cuando los grandes vasos venosos se encuentran obliterados, se establece con más dificultad en las venas que en las arterias cuando se ligan troncos arteriales gruesos, en virtud de que en las arterias la gran tensión sanguínea facilita grandemente el establecimiento de nuevas vías que llevan sangre a la periferia.

A pesar de esto, se sabe hoy día que el árbol colateral venoso es más que suficiente para adaptarse prontamente a la situación que le ha creado el nuevo rol fisiológico.

Además la notabilísima condición de capacidad reproductora y regeneradora de las venas, que forman nuevas vías, explica la rareza de la gangrena de las regiones periféricas, aún cuando se efectuen resecciones de grandes extensiones venosas, como sucede en la safena en caso de flebotomías quirúrgicas que abarcan casi todo el recorrido de esta vena.

Gracias a los conocimientos modernos de asepsia quirúrgica en las ligaduras venosas, es raro observar complicaciones graves que pongan en peligro la vida del enfermo, considerándose desde luego, esta técnica, como

una de las más valiosas adquisiciones de la cirugía contemporánea.

La ligadura total debe llevarse a los dos cabos venosos, aún a pesar de que el cabo central es poco hemorrágico, pero se hace no solo como medida de precaución de futuras complicaciones, sino a la posibilidad de infección a través de esa herida abierta.

La anestesia puede ser general ó local.

La técnica operatoria en caso de bolsa reductible o irreductible es la misma, solamente que hay que tener más cuidados en esta última, desde que se encuentra en un terreno infectado o por lo menos más enfermo.

La ligadura de la vena se efectúa por encima y debajo del tumor en terreno que se vea no infectado.

Efectuado esto, se ligan las colaterales y se nuclea el tumor teniendo cuidado si es flebítico de no romperlo para evitar la infección del campo operatorio.

Se suturan los planos que lo cubren sin dejar drenaje.

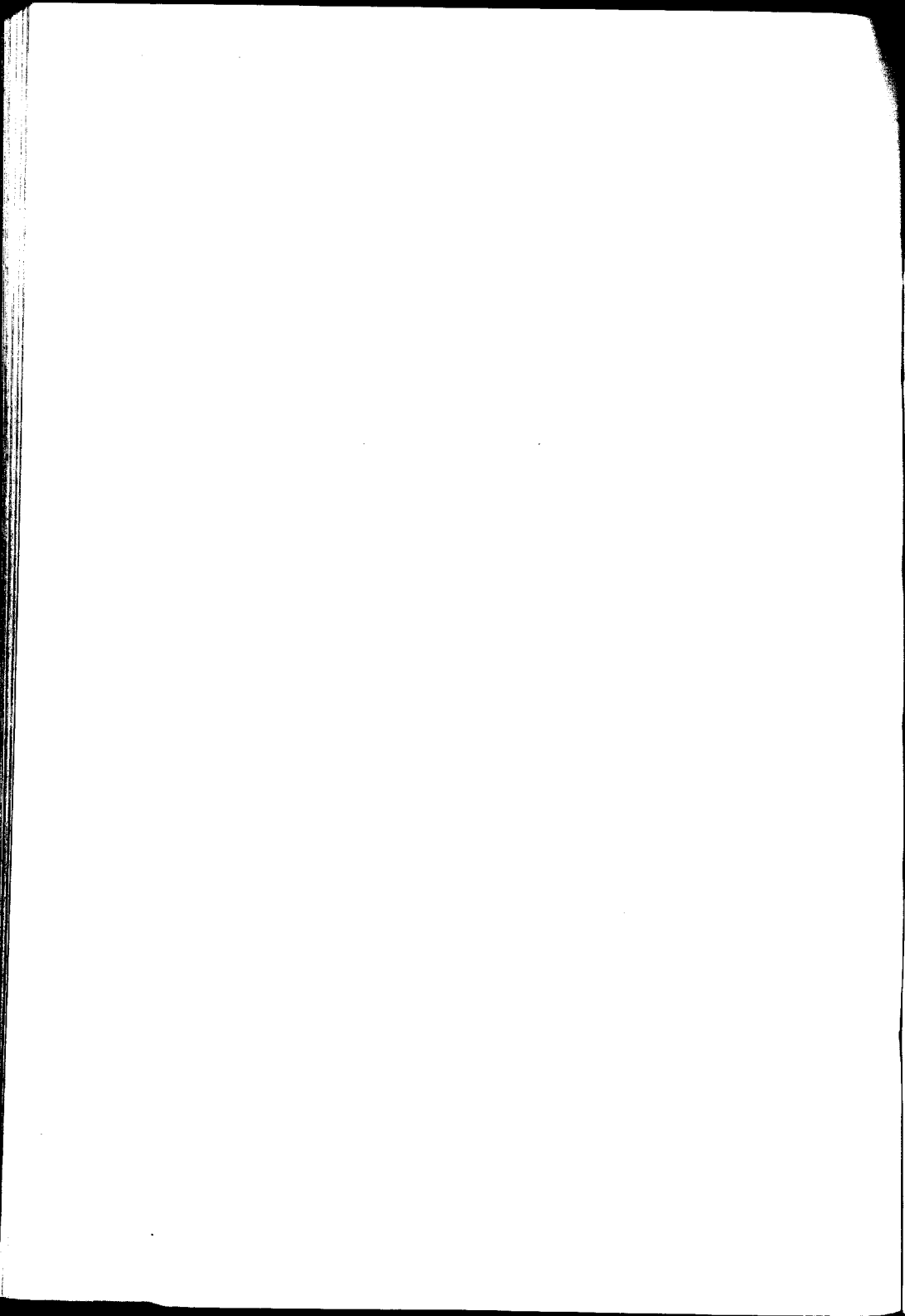
Si la ligadura es hecha asepticamente se forma a nivel de ella un coagulo muy pequeño que bien pronto se organiza y produce de tal suerte una obliteración definitiva al noveno o decimo día, quedando permeable la luz del vaso por arriba de esta.

En caso contrario si la ligadura es hecha septicamente el coagulo no se organiza tan rápidamente y dá lugar a un crecimiento que abarca una gran extensión de vena y colaterales vecinas, trayendo aparejadas con estas com-

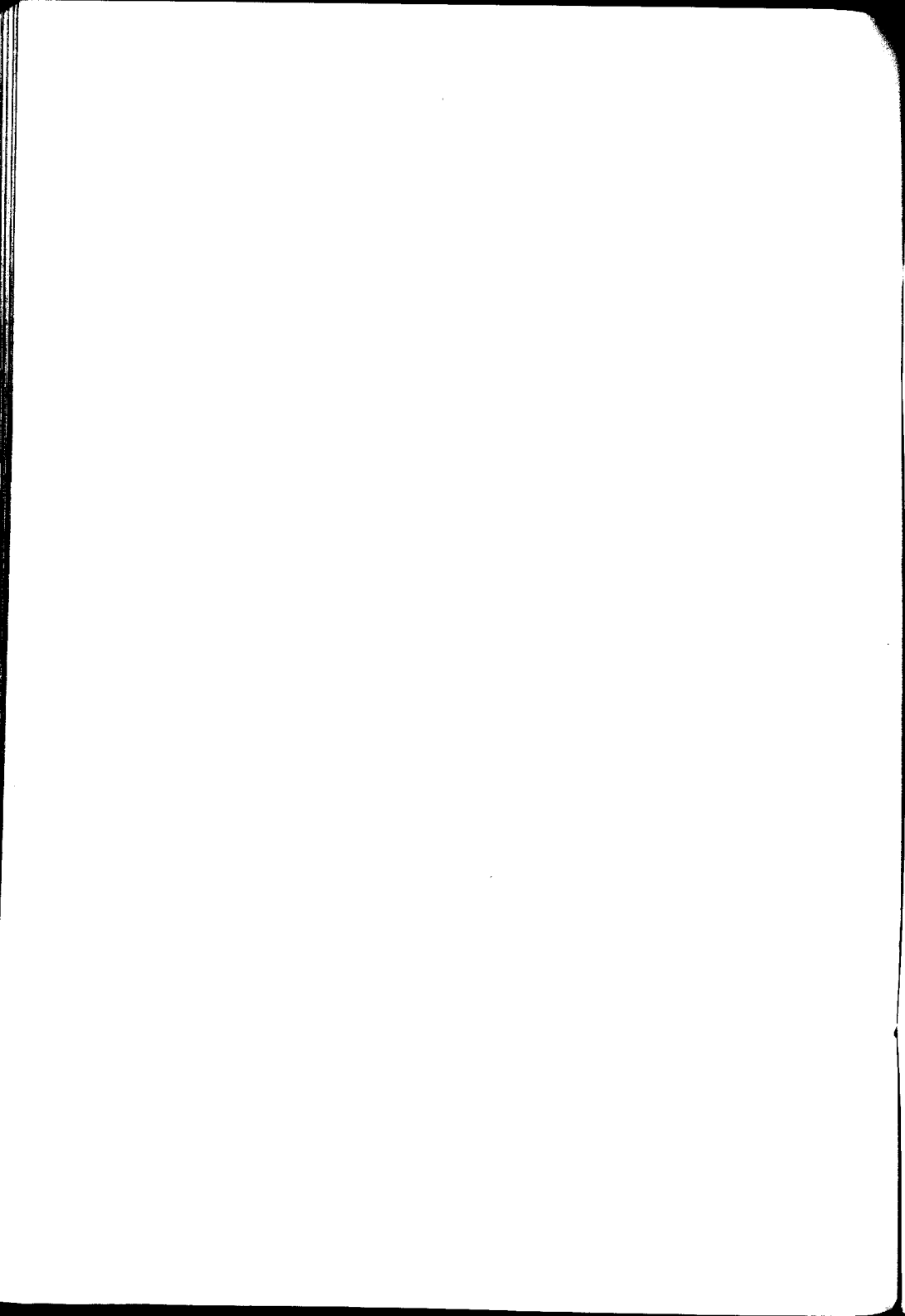
plicaciones que suelen ser muy serias, cuando el poder virulento de los agentes microbianos es muy grande.

Estos bacterios penetran en el interior del vaso, atacando el endotelio de la misma y propagándose por continuidad producen lesiones degenerativas y destructivas del endotelio que dan nacimiento a coágulos y trombus. A esto, siguen muchas veces las tromboflebitis y la supuración, trayendo aparejados cuadros que llegan a peligrar la vida del enfermo.

Esta flebitis quirúrgica es análoga a la flebitis puerperal, ya que ambas se hacen por propagación.



OBSERVACION CLINICA



HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DEL DR. E. F. BELÁUSTEGUI

Sala N.º 1.-Historia XLIV.-Cama 37.-Julio 8 de 1915

Remedios A., casada, española, quehaceres domésticos, Rojas 390.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Infancia sana. Aparición de las primeras reglas a los 14 años seguida de un período amenorráico de 6 meses. Después del cual se instalan definitivamente siendo dolorosas, escasas, de dos días de duración, y apareciendo cada 40 días. Se casó a los 24 años, embarazándose a los tres meses; embarazo con evolución normal; parto y puerperio normal.

Levántase de la cama a los 6 días. Amamanta su hijo durante 18 meses, no menstruando durante dicho tiempo, pero sintiendo periódicamente el mismo malestar que

cuando menstruaba. Despechado su hijo vuelve a reglar, con los mismos caracteres que antes de casarse.

Las funciones intestinales, alteradas, tiene períodos de constipación, alternando con períodos de diarrea, acompañados de cólicos fuertes. Después de su parto a comenzado a sufrir ligeros dolores en las caderas, hipogastrio y regiones anteriores de las piernas. En la posición vertical así como en la marcha, o estando sentada, sentía un peso en la región perineal, que era algo así como si quisiera salir fuera. Durante el coito se sentía también molesta.

En esta forma ingresa en Diciembre próximo pasado al servicio, donde se le diagnostica: Metritis. Retroversión móvil. Apendicitis crónica. Siendo intervenida por uno de nosotros practicándosele un raspado, acortamiento de los ligamentos por el procedimiento Caballero, y apendicectomía.

Alta.—A los 15 días curada de sus heridas por primera.

Marcha posterior.—Regla a los 45 días de intervenida, no teniendo el más mínimo dolor, con cantidad muy abundante y durándole tres días. Al mes subsiguiente ya no menstrua y continúa en amenorrea 7 meses. Un corto lapso de tiempo después y precedido de dolores lumbares desde dos días antes, expulsa un feto de unos 20 cms. de largo, con sus anexos correspondientes. Guarda cama 7 días pero sus pérdidas vaginales duran 15 días con caracteres hemorrágicos acentuados. Desapercida ésta, se instala una pérdida de flujo de color amarillento en cantidad bastante apreciable y con mal olor en ocasiones.

La menstruación se presenta cada 33 días durando 24 horas y en cantidad escasa. Las funciones intestinales se han regularizado perfectamente, no habiendo vuelto a sufrir ninguna molestia.

Al mes de haber salido del hospital, nota en su ingle izquierda, la aparición de un pequeño tumorcito consistente, que si se acuesta desaparece.

Dicho tumor va aumentando de volumen paulatinamente y siempre de reductibilidad propia en la horizontal, o por provocación de parte de la enferma hasta hace 10 días solamente, en que se instala definitivamente, fijándose y haciéndose doloroso.

Estado actual.—Buen estado general. Desarrollo esquelético bueno. Masas musculares en excelente estado. Regular panículo adiposo.

Piel.—Blanca con un tinte pálido, no hay manchas ni cicatrices sospechosas.

Mucosas.—Rosadas y lisas.

Facies.—Normal.

Cuello.—Normal.

Torax.—Alargado, con sus espacios intercostales no visibles, cubiertos por las partes blandas.

Glándulas mamarias.—Volumen pequeño, simétricas, ligeramente péndulas, desarrollo acinoso bueno.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato circulatorio.—Corazón: Area de matitez cardiaca normal. Tonos normales, no hay ruidos sobre agregados. Pulso igual, regular, tenso, normal.

Abdomen.—Liso, con sus paredes musculares tensas, poco depresible a no mediar la voluntad de la enferma. La piel del abdomen algo abundante se desliza sobre los planos musculares, hallándose surcado de cicatrices lineares blanquecinas de dirección transversal y de poca longitud. A unos cinco centímetros por encima del pubis, se puede ver fijando la atención, una cicatriz de 12 cms. rastros de la intervención anterior. En la vertical las paredes musculares conservan su tonicidad. A la palpación profunda no se despierta dolor ni se aprecia tumor alguno.

Aparato digestivo.—Tubo gástrico intestinal. Estómago. Nada anormal.

Hígado.—Borde superior: línea mamilar derecha. Percusión, borde superior de la 5.^a costilla. Borde inferior, no se palpa.

Bazo.—No se palpa ni se percute.

Aparato urinario.—Riñones no se palpan. No hay puntos dolorosos ureterales. Vejiga. Continencia y funcionamiento normal.

Aparato genital.—Vulva. Normal. Vagina. Elástica conservando sus pliegues transversales y columnas. Al tacto. Cuello uterino, conservando su posición y dirección normal, pero de forma conoidea, doblando su volumen, consistencia aumentada y orificio externo bibalbo dando al tacto una sensación irregular, fondo de sacos libres depresibles y elásticos.

Al tacto y la palpación combinada: cuerpo uterino

colocado detrás de la pared abdominal con su borde superior a cinco traveses de dedo sobre la arcada pubiana, conserva su movilidad. No se aprecia los anexos.

Miembros superiores.—Normales.

Miembros inferiores.—En la raíz del izquierdo sobre el ángulo superior e interno del triángulo de Scarpa y separado de la base de dicho triángulo un centímetro. se aprecia a simple vista un tumor de forma globulosa, que hace prominencia debajo de la piel por el hemisferio superior. La piel que le cubre no tiene ningún carácter especial y se desliza fácilmente sobre él.

La palpación nos acusa un tumor de forma globulosa algo alargado, superficial, móvil sobre los planos profundos, esencialmente hacia sus partes laterales y de ésta a interna. La movilidad hacia abajo es nula y hacia arriba muy poco acentuada. La consistencia firme, da la impresión de un contenido líquido, a mucha tensión en su polo inferior.

El esfuerzo provocado, así como la permanencia prolongada en la vertical su volumen no aumenta nada. La percusión es mate. No hay expansión y la auscultación es negativa. Hacia el lado de la arcada encontramos un pedículo corto, que parece perderse debajo de ella y que en su parte externa, tiene algunos ganglios pequeños.

Columna vertebral.—El examen es negativo.

Diagnóstico clínico.—Hernia crural, variedad, quiste sacular.

Operación.—Julio 12 de 1915.—Anestesia intrarraquídea. Novocaína 0.08 grs. Éxito.

Incisión longitudinal de ocho centímetros sobre el tumor e interesando la piel y tejido celular. Caemos sobre un tumor globuloso, forma y tamaño de un huevo de gallina, superficie lisa y transparente, dejando ver en su interior un contenido hemático.

Se disecciona fácilmente y de esa manera se pone de manifiesto que el tumor que nos ocupa, forma parte integrante de la safena interna, en la porción inmediata del cayado. Se hace una disección de unos cinco centímetros de vena en su porción sana; ligándose por debajo con catgut a 3 centímetros de la extremidad superior; por arriba se hace ligadura con catgut y con hilo en la parte de la vena que desemboca en la femoral. Por arriba y por debajo se comprueba la ausencia de latidos. La sección es blanca.

Se secciona por dentro de las ligaduras y de esa manera se extirpa el tumor, comprobándose la presencia de los latidos del paquete femoral.

Se hace un plano con catgut y se sutura la piel con crin en surget.

Marcha post-operatoria.—Cefalalgias muy ligeras en el primer día. Retención de orina por parálisis vesical.

Tercer día.—Nada anormal.

Séptimo día.—Se le sacan los puntos. La herida cerrada presenta los planos profundos infiltrados.

Se ordena fomentaciones calientes.

Julio 24 de 1915.—Alta. Con la herida cerrada pero todavía hay infiltración de los planos profundos.

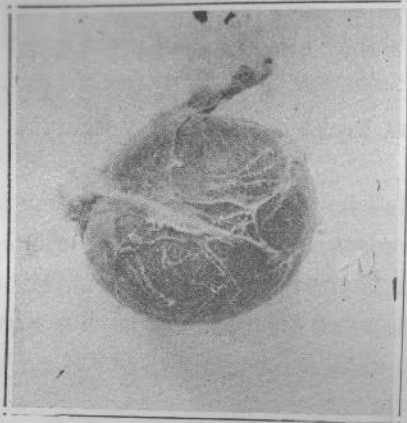


FIG. 1.—Dilatación ampular venosa flebítica
vista por su cara externa

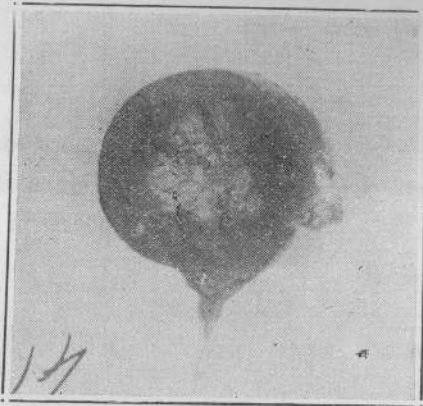
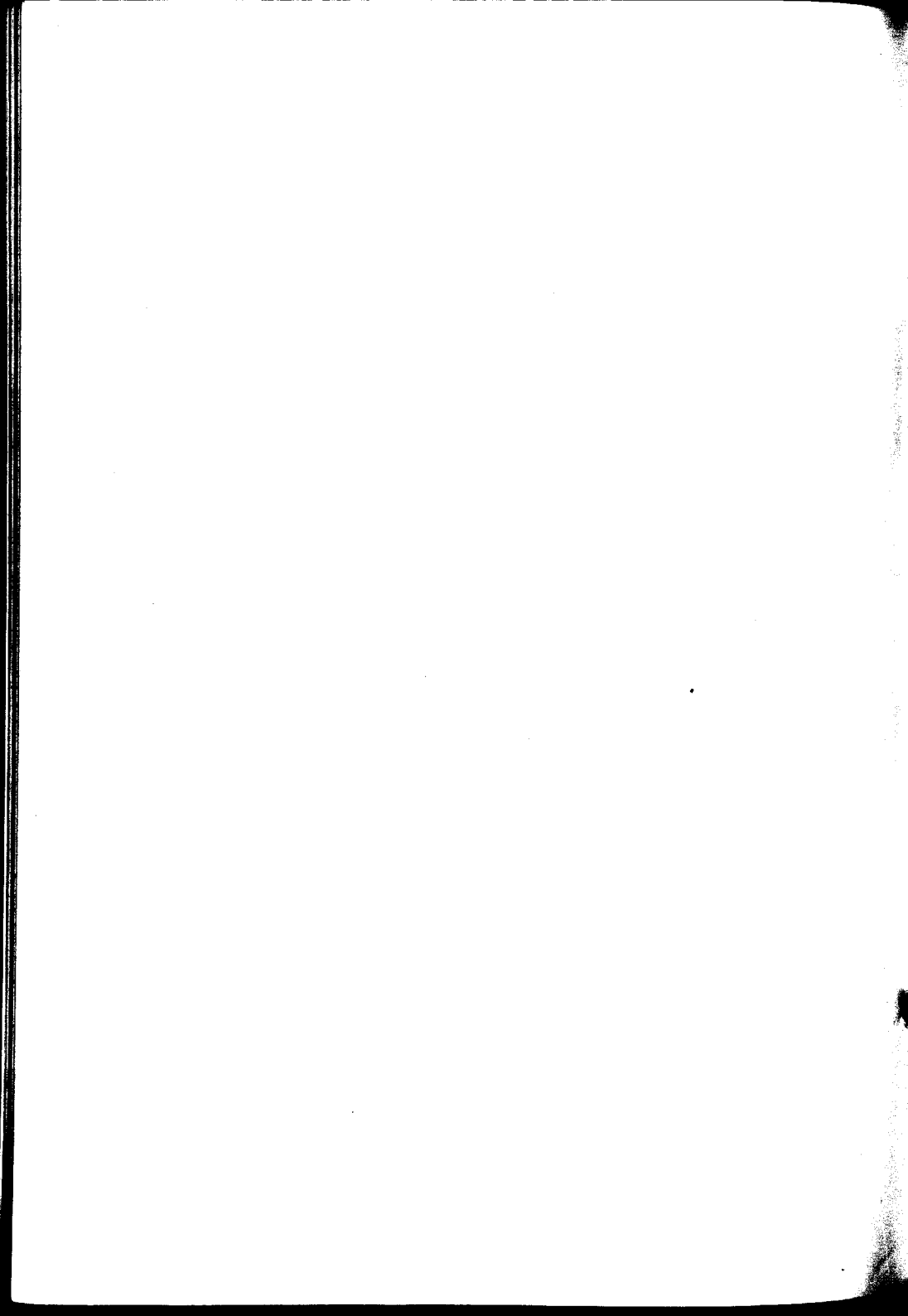


FIG. 2.—La misma, vista por su cara interna





Buenos Aires, Abril 9 de 1917

Nómbrese al señor Consejero Dr. Pascual Palma, al profesor titular Dr. Leandro Valle y al profesor extraordinario doctor Francisco Llobet, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 26 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3245 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

30750

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Patogenia del proceso.

P. Palma.

II

Causas de insuceso en la sutura de los vasos y medios de evitarlo.

Leandro Valle.

III

La entrada de aire en las venas.

F. Llobet.

BIBLIOGRAFÍA

- Briquet*.—«Arch. gen. de Médecin», t. VII.
Beck.—«Beck. Med. Times and Gaz.», 1882, t. II.
Barwell.—Hematocele of the neck. *Lancet*. 1879, t. I.
«Bulletin de la Societé de Biologie», 1907.
XXIII Congreso Francés de Cirugía. París, 1910.
Delbet y Mocquot.—Varices du membre inferieur.
Delbet.—Congrés internat. de Med.—París, 1900.
Fischer.—«Arch. f. Dermatol. und Syphilis», vol. LXX.
Glück.—«Deutsche med. Wochenschrift», Berlin, 1888.
Guibal.—«Revue de Chirurgie», t. XXVII, pág. 722, 1903, y t. XXVIII, pág. 93 y 228, 1903.
Kundrat.—«Semaine Medicale», 1891.
Lindner.—«Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie», t. XV, pág. 30.
Löwenstein.—«Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und der Chirurgie», vol. XVIII, pág. 161.
Mignon.—«Bull. Soc. de Chir.», pág. 405.
Parona.—Policlinico seg. chirurgica, 1904.
Quenu.—Congrés francais, 1892.
«Riforma Médica», 1898, t. II, pág. 223.
Remy.—Traite des varices des membres inferieurs.
Stawinsky.—«Centralblatt f. Allgemein Pathol. und Pathol. Anat.», vol. X, 1899, et vol. XIII, 1902.
Tuffier.—«Bull. Soc. anatomique», 1884.
Tourneret et Beckel.—«Gazette Medicale de Strasbourg», 1876.
Volker et Fel-Franke.—«Deutsche Leitz f. Chir.», t. XLI, 1888, pág. 111.



