

Progress on Angiology

Proceedings of the VIII International
and
XIX Brazilian Congress of Angiology

2

1974

P R O G R E S S O N A N G I O L O G Y

VOLUME 2

PROCEEDINGS OF THE VIII INTERNATIONAL
AND

XIX BRAZILIAN CONGRESS OF ANGIOLOGY

RIO DE JANEIRO, JULY 24-30, 1972

EDITORS

GEORGES C. DE LEMOS CORDEIRO
R. C. MAYALL

RIO DE JANEIRO
1974

COPYRIGHT — 1973 — BRAZILIAN SOCIETY OF ANGIOLOGY
RUA SENADOR VERGUEIRO 85 — RIO DE JANEIRO — BRAZIL
ALL RIGHTS RESERVED
PRINTED IN BRAZIL

Progress on angiology: proceedings of the VIII international and XIX
Brazilian congress of angiology. Editors: Georges C. de Lemos
Cordeiro [and] R. C. Mayall. Rio de Janeiro, Serv. industrial
gráfico da UFRJ, 1973-74.
3 v. ilust. 28cm.

1. Doenças cárdoovasculares. 2. Angiologia. I. International
Congress of Angiology. 8., Rio de Janeiro, 1972. II. Brazilian Congress
of Angiology. 19., Rio de Janeiro, 1972. III. Lemos-Cordeiro, Georges
Charles do, 1924- , ed. IV. Mayall, Rubens Carlos, 1917-
ed. V. Título: Proceedings of the VIII international and XIX Brazilian
congress of angiology.

CDD 616.1
CDU 616.1

UNION INTERNATIONALE D'ANGEIOLOGIE

1972

PRESIDENTS D'HONNEUR (nommés depuis la fondation)

AIMES †	Paris (France)
MULLER	Fribourg (Suisse)
COMEL	Pise (Italie)
PRUSIK †	Prague (Tchécoslovaquie)
AUDIER	Marseille (France)
MARTORELL	Barcelone (Espagne)

MEMBRES D'HONNEUR (nommés depuis la fondation)

Allemagne	RATSCHOW †, EMMRICH
Angleterre	WALTER, BOYD
Autriche	FELLINGER, KAINDL
Belgique	HEYMANS †, HONORÉ, LAMBERT
Brésil	DEGNI, MAYALL
Espagne	SALLERAS
France	BROUSTET, JOUVE, FONTAINE, JACQUET
Hongrie	RUSZNYAK, GOMORIE, FOLDI
Italie	LUNEDI, MALAN, PRATESI
Japon	NISIMARU
Norvège	KREYBERG, GILCE
Pays Bas	DE LANGEN †
Tchécoslovaquie	REINIS, POKORNY
URSS	ZAITSEV, ANICKOV
USA	HYMAN
Yougoslavie	PLAVSIC

COMMISSION D'ADMISSION

Allemagne	— HAAN	France	— AUDIER
Belgique	— LAMBERT	Italie	— COMEL
Espagne	— SALLERAS	Tchécoslovaquie	— REINIS

COMMISSION DES FINANCES

Belgique — LAMBERT Espagne — SALLERAS France — CROCEL

BUREAU ACTUEL

Président	ORBAN (Belgique)
Vice-Présidents	MC COOK MARTINEZ (Cuba) RANNIE (Grande Bretagne) LAMBERT (Belgique) MAYALL (Brésil)
Trésorier	MIAN (Italie)
Trésoriers Adjoints	MERLEN et JACQUET (France)
Secrétaire Général	GERSON (France)
Secrétaire Adjoint	KLÜKEN (Allemagne)

CONSEIL ACTUEL

Allemagne	KÜKEN et HAAN
Angleterre	RANNIE
Belgique	ORBAN
Brésil	MICKELBERG et ROMERO MARQUES
Cuba	MC COOK MARTINEZ
Espagne	ZALDUA et SALA-PLANELL
France	GERSON et MERLEN
Grèce	ANTONOPoulos
Hongrie	BUGAR MESZAROS
Italie	MIAN et ZANNINI
Japon	ISHIKAWA et SEKI
Mexique	ESNAURRIZAR
Roumanie	MOGA
Tchécoslovaquie	BARTOS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA

1972

PRESIDENTE

Georges C. de Lemos Cordeiro

VICE-PRESIDENTES

Celso Figueirôa

Waldemy Silva

SECRETARIO-GERAL

Rubens Carlos Mayall

1º SECRETÁRIO

Emilio Burihan

2º SECRETÁRIO

Enivaldo Dória

TESOUREIRO-GERAL

Orlando F. Brum

1º TESOUREIRO

Carlos Barbosa

2º TESOUREIRO

Daniel Reis

DIRETOR CIENTÍFICO

Márcio de Castro Silva

DIRETOR DE PUBLICAÇÕES

Vitor Cucé

VICE-DIRETOR DE PUBLICAÇÕES

Haroldo Diez Paiva

ORGANIZING COMMITTEE

PRESIDENT
R. C. Mayall

VICE-PRESIDENTS
G. C. de Lemos Cordeiro
Mário Degni

COMMITTEE
Arthur Domingues Pinto
Arthur Mickelberg
Dario F. Tavares
Fernando L. V. Duque
José Mariano da Rocha Filho
Luiz Carlos Ely
Márcio de Castro Silva
Oswaldo Cilurzo
Romero Marques
Sydney Arruda

SECRETARY
Antonio J. M. Silva

TREASURER
Orlando F. Brum

P R E F A C E

This book is a collectanea of the lectures and papers presented to the VIII International Congress of Angiology and XIX Brazilian Congress of Angiology that was held in Brazil, July 24 to 30th, 1972 sponsored by the International Union of Angiology.

In spite of the zeal of the Editors not all the works discussed on these meetings have been published, because the original texts were not sent by their authors within the term.

Notwithstanding the lectures and papers printed here delineate widely the late advances on any of the features of Angiology, expressing the recent thinking of the best specialists of 38 countries that were convened in Rio de Janeiro.

We are very grateful to the Brazilian Federal Government and to the Government of the State of Guanabara by the financial aid given for the Congresses. We thank also to the industrial and pharmaceutical expositors and especially to all the workers of the Graphic Industrial Service of the Federal University of Rio de Janeiro by their skill and good will during the printing of this book.

Este livro é uma coletânea dos trabalhos apresentados por ocasião do 8º Congresso Internacional e 19º Congresso Brasileiro de Angiologia, realizados no Brasil, de 24 a 30 de julho de 1972, sob os auspícios da "Union Internationale d'Angéiologie" e da "Sociedade Brasileira de Angiologia".

Apesar dos reiterados apelos dos editores, não foi possível publicar todos os trabalhos apresentados, porque os textos originais não foram enviados pelos autores dentro do prazo solicitado.

Apesar disso, os temas aqui reunidos representam os últimos avanços da Angiologia em seus múltiplos aspectos e exprimem o pensamento dos melhores especialistas de 38 países que tiveram a oportunidade de se reunir aqui no Rio de Janeiro.

Queremos significar nossos agradecimentos ao Governo Federal e ao Governo do Estado da Guanabara pelo auxílio financeiro concedido. Agradecemos também a colaboração prestada pelos que participaram da Exposição Industrial e Farmacêutica e, em particular, aos funcionários do Serviço Industrial Gráfico da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela proficiência e boa vontade com que se houveram durante a impressão desta obra.

GEORGES C. DE LEMOS CORDEIRO

R. C. MAYALL

C O N T E N T S

Board of Directors of the Union Internationale d'Angéiologie	IX
Board of Directors of the Sociedade Brasileira de Angiologia	X
Organizing Committee	XI
Preface	XIII
 CARDIOVASCULAR SURGERY	
 CIRURGIA CARDIOVASCULAR	
 Consideraciones sobre el tratamiento de las varices	
<i>Dr. Hector Quijano Mendez</i>	551
Microincisões escalonadas para ligaduras múltiplas de varizes de ramos das veias safenas e método de marcação de varizes para localizar as incisões	
<i>Dr. Mario Degni, Dr. Oswaldo Cilurzo, Dr. Vitor A. Cucê</i>	561
Changing patterns of Buerger's disease an indication for revascularization by blood flow reversal	
<i>A.K. AMIR-JAHED, M.D.Sc., F.R.C.S. (Canada)</i>	565
Arterial prosthesis of lyophilised human dura origin: healing fate; scanning electron microscopy and fibrinolytic autography of graft endothelium	
<i>Peter Maurer and Helmut Scherer</i>	569
Study of postoperative tendency towards swelling of lower extremities after reconstructive vascular surgery	
<i>V. Schlosser, G. Spillner, U. Goerttler, K. Mellmann, J. Schreer and H. Wlms</i>	573
Medicamentous effects on vascular spasms after reconstructive vascular surgery	
<i>V. Schlosser, E. Bertrand and G. Spillner</i>	577
Progression of structural changes of the artery after operative — Treatment arteriovenous fistulas of long duration	
<i>D. Raithel</i>	581
Résultats tardifs après 1103 interventions reconstructives dans le territoire vasculaire fémoro-poplité	
<i>Jörg Dieter Gruss</i>	585
A long follow-up of restoration of semi-amputation and completely amputated extremities	
<i>P. Balas, M.S., F.A.C.S., A. Giannikas</i>	589
Résultats tardifs de 279 opérations restauratrices des artères des membres inférieurs	
<i>M. Kim, J. Delichat, J. Bayle, F. Letourneau, D. Rousseau</i>	593
Special radiologic findings and their use for respective indications in peripheral reconstructive vascular surgery	
<i>Helmut Scherer, Peter Carl Maurer and Dieter Mack</i>	605
Importance of the lymphatic system in the limb edema after reconstructive vascular surgery and its reduction by a proteinase inhibitor (trasylol)	
<i>Helmut J. Scherer, Peter Carl Maurer, Augustin Piger and Alexander Stiebens</i>	609

Problemas en el diagnostico y tratamiento de los aneurismas de la arteria poplitea <i>J. Alemany</i>	613
Long terms results of surgical treatment of the occlusive disease of the arteries <i>Ishikawa, K.M.D., Mishima, Y.M.D. and Ueno, A.M.D.</i>	619
Derivaciones arteriales axilofemorales arilobifemorales y femorofemorales <i>Dres. Rubén Siano Quirós, Eduardo Kitainik, Enrique Breyter, Luiz Terradas y Saul Bronfen</i>	625
Different forms of carotid stenosis and their significance in surgery <i>G. Schulze-Bergmann</i>	633
Results of reconstructive operations in chronic ileo-femoral obturations <i>D. Borm, H.D. Bruhn, P. Jipp, H. Müller-Wiefel, J. Schellmann, J. Sedlmeyer</i>	637
Occlusive disease of the abdominal aorta and its branches <i>Miguel Angel Lucas</i>	641
"Occlusive renal arteries and their surgical treatment" personal experience with 125 cases <i>Miguel Angel Lucas</i>	649
Transthoracic upper dorsal sympathectomy <i>P. Balas, M.D., M.S. (Surg.), F.A.C.S., A. Tripolitis, M.D., P. Chrysospathis, M.D., F.C.S.A.</i>	653
Persistência do canal arterial <i>Dr. Savino Gasparini Filho</i>	657
The treatment of coarctation of the aorta by direct and indirect isthmusplasty <i>F.W. Hehrlein and M. Schlepper</i>	661
Cardiac surgery in the non-teaching community hospital <i>Donald L. Bricker & Martin L. Dalton Jr.</i>	669
The treatment of hemorrhage following cardiopulmonary bypass <i>Joseph J. Verska, Louis G. Ludington, Ewald R. Lonser and Lyman A. Brewer</i>	677
Diagnosis and operative treatment of a large aneurysm on the postero-lateral wall of the left ventricle <i>F.W. Hehrlein & M. Schlepper</i>	685
Aorto-coronary bypass technique and flow studies in experimental animals <i>Trond H. Kluge, M.D., Ph.D.</i>	689
Revascularisation chirurgicale du myocarde <i>P. Mathieu & A. de Souza</i>	693
La coarctation de l'aorte — evolution post-operatoire lointaine <i>Rollin, B., Chalnot, P.</i>	699
"Fístulas arterio-venosas de origem traumática" <i>Drs. Emil Burihan, Feres neme e José Geraldo Ciscato</i>	719
Acute, sub-acute and chronic arterial thrombosis in the pre-and post <i>Dr. G. Schulze Bergman</i>	721
Aneurysms of non-specific angiitic origin <i>Mishima, Y., Ishikawa, K., Ueno, A., Seki, M. and Oohashi, S.</i>	725

Afecções vasculares agudas e crônicas do intestino delgado A. de Souza Leão, P. Chalnot, P. Mathieu	731
Táticas cirúrgicas inusitadas em situações de emergência Mickelberg A., Paiva H., Bonamigo T., Varella C., Mandelli, J.P., Lerner, Gondim	739
Traumatismo arterial. Embolia arterial Emil Burian	741
Vascular trauma in patients with multiple injuries Peter maurer, Helmut Scherer and Dieter Mack	743
Aorto-iliac obstructive vascular disease in Jamaica A. Guiermo Fraser, F.R.C.S. (Edin.), F.I.C.A.	749
Traumatismos arteriais iatrogênicos Julio de Oliveira e Silva	755
Urgencias Vasculares Dr. Rene Riquelme M.	759
Acute occlusion of the superior mesenteric vessels S. Hayashi, M.D., M. Numata, M.D. and K. Akita, M.D.	763
Diagnosis and definitive treatment of vascular emergencies D. Raithel	769
Thoracic duct lymph in vascular urgencies S. Hayashi, M.D. and H. Fushimi, M.D.	777
Aneurismas rotos de la aorta abdominal Dr. Raúl Ugarte Artola	783
Chirurgie d'urgence en cas de fistules arterio-veineuses congénitales Dr. L. Soltész	789
Insuficiencia circulatoria cerebro-vascular extracraneal Drs. Hugo R. Mercado, Miguel A. Lucas y Pedro Bianchi Donaire	799
LYMPHATIC DISEASES	
PATOLOGIA LINFÁTICA	
Lymph flow in dogs after ligation of the thoracic duct G. Lob, J. Seifert, R. Hauck	805
Valor da cromolinografia nos tumores ginecológicos Jacyr Quadros	807
Etude pharmacoradiologique des effets lymphotropes de la coumarine (5,6 benzo-A-pyrone) M. Collard	809
L'action lymphotrope de la coumarine (5,6-benzo-alpha-pyrone) C.A. Scholten	813
Interstitial circulation in swollen leg of lymphatic and venous origin J.J. Pilug and J.S. Calnan	815

Lymphography on "the primary retroperitoneal lymphangioadenopathy"	823
<i>Shozo Irino and Kiyoshi Hiraki</i>	
Quelques considérations de la chirurgie des anomalies du système lymphatique	827
<i>Dr. L. Soltész</i>	
Aspectos linfográficos das quilurias	843
<i>Arthur Mickelberg, Haroldo Paiva, José Pedro Mandelli, Clavio M. Varela</i>	
Avaliação da linfografia em certas doenças tropicais	845
<i>L. Pereira & L. Numeriano</i>	
Contribución al estudio de la circulación linfática en el linfedema por el ^{198}Au	849
<i>Cordeiro, A.K.; Camera, A.J.; Otero N.R. y Degni, M.</i>	
Communicaciones linfovenosas	865
<i>Cordeiro, A.K.; Faria, F.F. y Degni, M.</i>	
Surgical treatment of lymphedema of the lower limbs personal technique	879
<i>Cordeiro, A.K.</i>	
Surgical treatment of lymphedema: comparative pre and postoperative lymphangiographic study of lymphovenous anastomosis	885
<i>Cordeiro, A.K.</i>	
Surgical treatment of postmastectomy lymphedema of the upper limb	895
<i>A.K. Cordeiro, F.F. Baracat and R.C. Mayall</i>	

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES

DR. HECTOR QUIJANO MENDEZ

En el tratamiento quirúrgico de las varices, para que los resultados sean satisfactorios, se requiere el procedimiento operatorio que sea ejecutado correctamente en una forma individual o peculiar a cada caso y sea completo.

Deberá estar sustentado a las indicaciones generales para su empleo, pero en forma trascendente a las peculiaridades clínicas propias de cada paciente; disposición topográfica y anatómica, así como funcional de el o los troncos colectores superficiales afectados, su dependencia de las venas profundas y el estado de las mismas y la presencia de comunicantes o perforantes insuficientes entre venas profundas y troncos superficiales anormales.

Requiere de la extirpación completa de todos los troncos colectores enfermos, en su total extensión, así aparezcan solo parcialmente afectados también de las colaterales de esos troncos que aisladamente o con la participación de los mismos presente aún en grado variable una hipertensión venosa local; y requiere del respeto a las vías profundas, pero la separación o aislamiento quirúrgico de las comunicantes o perforantes entre éstas y la porción enferma del sistema superficial.

Los troncos o se arrancan por el uso de tractores intra o extra luminales, o se disejan paso a paso por diversas maniobras; sus colaterales o se fulguran o esclerosan mediante la inyección trans-operatoria de algún material fleboesclerizante, o se arrancan o disejan. Como en el caso de los troncos mismos. La ligadura de los cayados típicos safenos profundos, debe ser hecha en la misma desembocadura y habiendo previamente ligado todas las ramas que normal o anormalmente reciben en su vecindad.

Todas las comunicantes insuficientes en muslo, pierna o pie, requieren de esas ligaduras, ya sea conseguidas en forma o por maniobras de disección quirúrgica aislada, o a través de incisiones mayores para abarcar grupos de las mismas, o mediante su ruptura. Preferentemente en particular, cualquiera de los dos procedimientos señalados al principio.

Todo eso requiere también una vigilancia médica permanente, para que los resultados se mantengan siendo buenos, si no el tiempo puede irlos deteriorando.

Tres capítulos debemos pues considerar como fundamentales en el tratamiento quirúrgico de las venas: Diagnóstico, Técnicas Operatorias y Vigilancia.

Diagnóstico correcto en las várices:

Sistematizar a qué sistema safeno o tronco colector atípico corresponde.

Las dos pruebas clínicas básicas son: La clásica del llenado venoso retrógrado, o prueba del torniquete o de Trendelenburg; y la de la transmisión de la onda, retrógrado y fácilmente, a la percusión de un segmento de vena.

Con su realización cuidadosa, se puede localizar a qué sistema superficial corresponde. Sin embargo, es muy común que cada paciente tenga un patrón diferente de venas varicosas, y que éste puede ser sencillo o complicado. La safena interna es con mucho la más frecuentemente afectada.

Con frecuencia, una colectal, más que el tronco safeno mismo al que se vacía, tiene la incompetencia mayor.

Algunas veces los dos sistemas safenos, interno y externo, están afectados, y aparentemente por una colectal que los comunica, la distribución de las várices es más aparente en uno que en otro, apesar de que el origen del problema sea inversamente importante.

Ocasionalmente, las várices se originan por completo a partir de una comunicante aislada, en la cara externa, interna, o posterior del muslo.

B. — Hay que tener presente la significación que puede tener el trayecto de la safena externa, por debajo de la aponeurosis de la pantorrilla.

Las venas varicosas de las extremidades inferiores tienen una frecuencia aproximada de entre el diez y el 15% de los adultos que sobrepasan los treinta y cinco años de edad, y éstas generalmente son del sistema de la safena interna. Las várices de la safena externa son menos frecuentes. Pearse reporta el 3.8 por ciento, Laron y Smith un 7 por ciento, Carroll un 11.6 por ciento. En nuestros casos representa el 9 por ciento (122 de 1,250).

Comunmente estas várices se presentan en la mitad inferior de la parte posterior de la pierna.

No es muy común observarlas en la parte superior.

Las úlceras, dermatitis, o las dilataciones de pequeñas venas subcutáneas de la región externa del tobillo, son frecuentemente indicativas de incompetencia de la safena externa.

La situación sub-aponeurótica de la safena externa es muy común, a pesar de lo que algunos libros de anatomía señalan: que su trayecto casi hasta su terminación en la región poplítea, es superficial. Para establecer este hecho anatómico contamos con varias observaciones operatorias, así como las hechas en extremidades de cadáveres adultos, en número de 50. Encontrando que la safena externa raramente está situada por encima de la aponeurosis, desde el tobillo hasta la rodilla. Es subcutánea sólo en la porción baja de la pierna, y se hace profunda, ya sea intra o sub-aponeurótica, en la mitad o en el tercio superior de la pierna.

Sólo el 8 por ciento de (4 a 50) es totalmente subcutánea, y por lo tanto, análoga en este respecto a la safena interna.

En el momento operatorio, estos hechos frecuentemente dificultan el reconocimiento y tratamiento de su trayecto proximal, y resultan recidivas posoperatorias a partir del segmento incompetente y no extirpado de la vena.

Resulta común por lo tanto, en el transoperatorio, encontrar el tractor intraluminal por debajo de la aponeurosis crural y poplítea.

Además, la safena externa no siempre termina, como clásicamente se ha pensado, en la vena poplítea.

En el 26 por ciento (13 de 50) de los casos no llega a esta vena, termina en venas superficiales del muslo en el 17 por ciento (8 de 50) de las ocasiones, y en el 8 por ciento (4 de 50) restante, sin cruzar el área poplítea, termina en venas por debajo de la pantorrilla.

No hay que olvidar tampoco su relación anatómica tan estrecha con el nervio tibial posterior. La lesión operatoria inadvertida de este nervio motor traerá problemas en la flexión plantar del pie y de los dedos.

Es necesario explorar siempre cuidadosamente el área poplítea. La ligadura en su terminación en venas profundas, en el espacio proplíteo más comúnmente, incluyendo todas sus colaterales, las que recibe en el cayado y las que vienen del muslo, con la interrupción de las comunicantes insuficientes que se vacían a su tronco mismo en la pierna, combinando esto con su extirpación por arrancamiento, es la base anatómica para el tratamiento de las varices de la safena externa.

C. — Un diagnóstico correcto y completo incluye a las venas comunicantes o perforantes insuficientes. Por una observación clínica cuidadosa de los sitios anatómicos comunes, en donde esos comunicantes acarrean la sangre venosa del sistema superficial hacia el profundo, a través de la aponeurosis de la pierna o del muslo.

Estas venas, se encuentran más frecuentemente en el tercio inferior de la cara interna de la pierna y del tobillo; pero también pueden encontrarse en la parte superior de la cara interna de la pierna, en la cara interna del pie, en la cara externa de la pierna y en el tercio inferior de la cara interna del muslo, esto último especialmente observado en las recidivas después de las ligaduras altas, y en las recidivas después de las ligaduras altas, y en las secuelas post-flebiticas.

Estas venas comunicantes generalmente juegan un papel estratégico en las complicaciones tróficas de los tegumentos, situadas por debajo de su lugar de origen.

No es un hallazgo infrecuente el de una vena perforante aislada en la cara externa o posterior del muslo.

Una gran vena comunicante insuficiente, es relativamente fácil detectarla por la palpación del orificio que hay en la aponeurosis profunda, por detrás de la vena que hace saliente, y misma que se llena rápidamente al quitar la presión digital.

Como las venas comunicantes están anatómicamente separadas de los troncos safenos, éstas no se eliminan por el simple arrancamiento de los troncos.

Cuando venas comunicantes insuficientes de mediano o gran calibre no se han observado correctamente durante el diagnóstico clínico, el problema varicoso sigue sin solución después de las operaciones clásicas de arrancamiento.

El reconocimiento de las venas comunicantes en la pierna no es fácil en un porcentaje elevado de casos por los procedimientos clínicos habituales, especialmente cuando los trastornos tróficos de la pierna y del pie son importantes, pues la induración necrótica de la grasa subcutánea y el edema dificultan un diagnóstico correcto de su sitio de origen.

Estos cambios tróficos pueden ocurrir en las várices primarias, pero también en las secuelas posflebiticas principalmente, y accesorialmente en otras condiciones, tales como las insuficiencias venosas profundas idiopáticas, o en las fistulas arteriovenosas congénitas o adquiridas, es decir, en cualquier situación que determine el síndrome de insuficiencia venosa crónica.

Para detectar en estos casos esas comunicantes, se debe recurrir a la exploración flebográfica. Sin embargo y después de múltiples realizaciones, creemos que a este respecto no es de utilidad práctica en la mayoría de las veces, puesto que, en primer lugar, su interpretación exacta es muy difícil, a pesar de las mejores técnicas recientemente usadas, como las hechas por el sistema de dilución, y en segundo lugar, por la frecuente multiplicidad de esas venas comunicantes en la misma pierna; lo que llevaría a una serie interminable de incisiones para la búsqueda operatoria aislada de cada una de ellas, y a su pesar con probabilidades de dejar algunas sin el tratamiento adecuado.

Quirúrgicamente en estos casos se han propuesto en los últimos años, las faciotomías internas, externas o ambas en algunos pacientes; y por nosotros las denudaciones completas de la pierna a través de una incisión única media posterior, lo que garantiza el correcto manejo de todas las venas, e invalida un poco a las exploraciones armadas señaladas.

D. — Hay errores de diagnóstico debido a no relacionar las lesiones tegumentarias de las piernas, antes ya señaladas, de tipo trófico, a la estasis venosa. Hay que asociarlas siempre, mientras no se demuestre lo contrario en el caso particular que se estudia.

Estas pueden ser: um proceso de pigmentación ocre de la piel de las piernas; la induración necrótica de la grasa subcutánea, conocida como celulitis indurada, mismo que puede sufrir brotes de agudización inflamatoria; la eczematización seca o húmeda de la piel, frecuentemente desencadenada por rascado o por la aplicación tópica de medicamentos; y la complicación más importante, frecuente, o terminal, la úlcera flebostática.

Hay que pensar en un problema venoso como causal, especialmente si estas manifestaciones se sitúan alrededor de los maleolos, más comun-

mente del interno, en mucho menor escala, estos fenómenos se localizan en la pierna o en el pie. De cualquier forma conviene pensar también en otras etiologías posibles que no en la insuficiencia venosa solamente.

Si se comprueba por una buena exploración el compromiso de la circulación venosa, deberán tratar de mejorarse las condiciones cutáneas y subcutáneas, previamente a la cirugía.

Conviene a este respecto meditar sobre la frecuencia con que se asocian las várices con la obesidad, especialmente en la mujer, a pesar de que se ignore su contribución específica en el desarrollo de la enfermedad.

No existen razones etiológicas comunes conocidas para la obesidad y las várices que producen cambios tróficos en la piel. Se puede pensar que estos sujetos con sobrepeso y venas varicosas son poco conscientes de su doble problema, y recurren al tratamiento más tarde que los que tienen las piernas delgadas. Y pudiéndose apreciar en apoyo anterior también que los cambios tróficos de la piel son más comunes en las personas que acuden a la cirugía en edades mayores.

Quizá uno de los estadios primarios de las úlceras es la celulitis o la necrosis de la grasa subcutánea. Claramente se entiende que si no existe una cantidad generosa de esta grasa, no es posible que exista su necrosis, en cualquiera de sus formas clínicas.

Por lo tanto, la obesidad es de gran significación para el establecimiento de la celulitis de la pierna. No existe una asociación, muy evidente entre la obesidad y la presencia de venas varicosas no complicadas. En las mujeres con várices, una fuerte asociación existe entre la obesidad y los cambios tróficos de la piel.

E. — Otra complicación frecuente que debe llevar a los pacientes a la cirugía completa, es la tromboflebitis de las venas varicosas. Se inicia habitualmente en las pequeñas venas colaterales de los troncos colectores superficiales, y de ahí se extienden hacia los troncos mismos y los invade en una gran extensión; pero no siempre se propaga hacia las venas profundas, femoral o poplítea. No causando por lo tanto embolias pulmonares con frecuencia muy elevada.

Pero considerando entre otras cosas pero muy principalmente esta posibilidad embolizante, nos inclinamos sin género de dudas al tratamiento quirúrgico de estos paciente, mediante la ligadura venosa alta adecuada del tronco afectado, y la extirpación quirúrgica de todo el sistema, siguiendo una técnica similar a la del tratamiento en frío del proceso varicoso original.

Consideramos importante resolver por la cirugía, tanto el problema varicoso original, como la complicación trombo inflamatoria.

Hay que reconocer la insuficiencia concomitante de los troncos venosos profundos y de los superficiales. Esta asociación patológica afecta el pronóstico y la evolución de la condición varicosa, más que cualquiera otra situación.

La fisiología perturbada en estos casos, afecta a todas las venas, tanto superficiales como profundas; y las complicaciones cutáneas a las que