

1039

N.º 5.

1901

ADOLPHO AUGUSTO PEREIRA

TRATAMENTO

DAS

ULCERAS VARICOSAS

PELA

RESECÇÃO DA SAPHENA INTERNA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



103/5 EMC

PORTO

Typ. Alexandre da Fonseca Vasconcellos, successores

51 — Rua Sá Noronha — 59

1901

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

DR. ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE-SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

Corpo Cathedratico

Lentes cathedraticos

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	Carlos Alberto de Lima.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria	Clemente Joaquim dos Santos Pinto
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido Augusto Correia de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Roberto Belarmino do Rosario Frias
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto Henrique d'Almeida Brandão
11. ^a Cadeira—Medicina legal	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica.	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira—Hygiene	João Lopes da Silva Martins Junior.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

Lentes jubilados

Secção medica.	{ José d'Andrade Gramaxo.
	{ Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias.
	{ Dr. Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica.	{ José Dias d'Almeida Junior.
	{ Vaga.
Secção cirurgica	{ Luiz de Freitas Viegas.
	{ Vaga.

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

À

Minha querida Mãe

Amor profundo e gratidão
immensa, eis o que por ti sente
o coração do teu

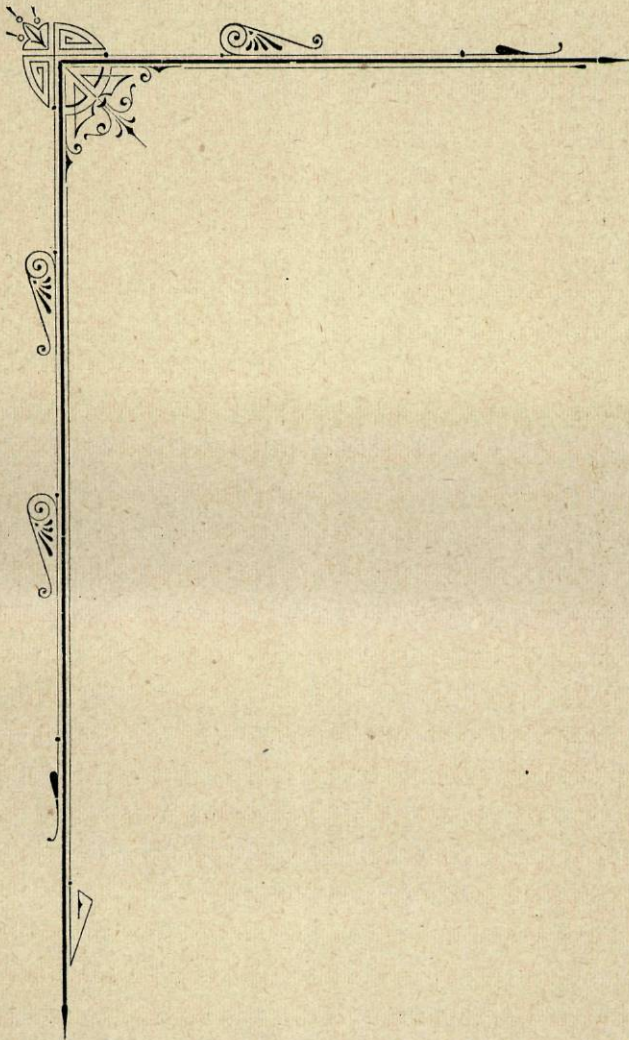
Filho.

AO MEU PRESIDENTE

O JLL.^{MO} E EX.^{MO} SNR.

Dr. Antonio d'Azvedo Maia

Homenagem do discipulo re-
conhecido.



INTRODUCCÃO

A excessiva abundancia de meios de tratamento de uma affecção, constitue quasi sempre um signal de pouca efficacia.

E' precisamente o que acontece com a ulcera varicosa da qual me occuparei n'este pequeno trabalho.

Esta affecção muito vulgar, que o medico encontra a cada passo na sua carreira clinica, é uma das mais penosas para o doente e, na maioria dos casos, das mais desesperadoras para o medico.

Torna-se, pois, de maximo interesse seguir os esforços de todos os auctores que téem procurado remediar este estado de coisas, e isto, porque desejo chamar a attenção para um novo methodo de tratamento, muito recente é verdade, mas cujos resul-

tados tem sido sempre dos mais animadores: — a resecção da saphena interna.

São numerosos os tratamentos locais preconizados para a cura das ulceras varicosas. Gilles la Tourette aconselhava as pulverisações phenicadas; Reclus e Billroth recommendavam as loções de agua quente, entre 50 e 55°, durante 15 minutos; Baynton vulgarisou na Inglaterra o methodo compressivo, já conhecido dos arabes e ainda muito empregado nos hospitaes militares francezes. Os pensos antisepticos tambem tiveram os seus partidarios e registaram casos de cura. Finalmente, os methodos de enxertia epidermica de Reverdin e dermo-epidermica de Thiersch, a autoplastia pelo methodo italiano e o das incisões circumferenciaes de Delbeau produziram, em muitos casos, a cicatrisação rapida de ulceras até então rebeldes a outros tratamentos.

Cada um d'estes processos therapeuticos teve os seus adeptos e todos contam casos de cura, mas incontestavelmente, os resultados obtidos devem muito ao prolongado repouso no leito a que os cirurgiões de ordinario condemnavam os doentes. O repouso

no leito, foi sempre considerado como melhor auxiliar no tratamento das ulceras varicosas; e a rasão d'esta influencia favoravel está, como mais adiante mostrarei, em que as desordens circulatorias do membro inferior engendradas pela insufficiencia valvular da saphena são mais ou menos corrigidas, e portanto, as perturbações de nutrição que d'ellas derivavam e que entretinham a ulcera tem menos motivos de existencia. O decubito horisontal, favorecendo a circulação do retorno, permite uma renovação mais activa do sangue e por consequente, concorre para a cicatrização das ulceras; mas se o doente, abandonando o leito, voltar a fazer uso da posição vertical, todas as desordens circulatorias precedentes sobrevêm e a recidiva torna-se inevitavel. Eis os motivos porque os tratamentos locais são inefficases.

Ora, os trabalhos de Trendelenburg, Schwartz e Delbet, mostrando a poderosa influencia que a insufficiencia valvular exerce na producção, conservação e extensão das ulceras varicosas, provam que sómente serão logicos os tratamentos que, em vez de incidirem sobre a ulcera, actuem

sobretudo sobre a causa. A resecção da saphena interna, facilitando precisamente a circulação de retorno do membro inferior ulcerado, actua, sem duvida, sobre a causa pathogenica mais importante.

Neste resumido trabalho, que constitue a minha these, tratarei: 1.º, historia das intervenções operatorias sobre as veias varicosas do membro inferior; 2.º, indicações da resecção da saphena interna no caso de ulcera varicosa; 3.º, manual operatorio e os seus resultados.

CAPITULO I

Historia

A historia das intervenções operatorias sobre as veias varicosas do membro inferior data de ha mais de 2000 annos.

Plutarco conta o caso de um celebre Marius que se entregou ás mãos dos cirurgiões para que estes o desembaraçassem das «grossas veias que tinha nas côxas».

Celso, no primeiro seculo, descreve a technica operatoria da extirpação das varizes e mostra-se seu partidario. Ambroise de Paré conta que, para diminuir o affluxo sanguineo nas pernas, praticava algumas vezes uma simples incisão na veia varicosa com resultados quasi sempre felizes.

Mais tarde, Dionis, descreve com muita precisão a operação tal como a concebiam na sua epoca. (*Cours d'operations de chirurgie démontrées au Jardin Royal, Paris, 1714, 2.^a édition*).

Mas é sobretudo durante o seculo findo que a historia d'este assumpto se torna mais interessante.

Podemos dividil-a em tres phases successivas.

No *primeiro periodo*, Vidal de Casis, Michon, Velpeau, Nelaton, A. Guerin e Billroth manifestam-se por varias rasões contrarios da intervenção cirurgica, emquanto que Rima, de Veneza, e Lisfranc preconizam e praticam a extirpação de varizes. Alguns dos operados succumbem a phlebites.

O *segundo periodo* constitue uma phase de transição. E' sobretudo conhecido pelos trabalhos da escola de Lyon representados por Bonnet e Valette. Graças aos resultados obtidos com a cauterisação e com as injecções coagulantes, a intervenção cirurgica justifica-se cada vez mais.

O *terceiro periodo*, preparado pelo antecedente, é contemporaneo da antiseptia.

Na França, desde 1876, Lucas-Championnière pratica com felicidade a laqueação da saphena. Em Bruxellas, 1884, Lebrun e Van Hoéter publicam observações favoraveis á operação. Na Inglaterra, 1875-1880, Steel, Marshall e Davies-Colley retomam o methodo de Rima e as suas

observações attestam innocuidade e simplicidade. Na Allemanha, Shede, Starke e Risel de Halle concluem no mesmo sentido. Na Italia, 1881, Felice Mari, Putti e Medini usam com successo o methodo de E. Home. Finalmente, Schwartz, o doutor Montáz de Grenoble e especialmente Trendelenburg declaram-se partidarios energicos das intervenções operatorias.

CAPITULO II

A influencia da insufficiencia valvular na evolução das ulceras varicosas

INDICAÇÕES OPERATORIAS

O estudo da ulcera varicosa teve o seu começo na Inglaterra, no fim do seculo 18, com os trabalhos de Hunter, Cooper, Belle e Baynton; só mais tarde é que Roux, Blandin, Richerand os iniciaram tambem em França, enriquecendo os trabalhos dos cirurgiões inglezes com os seus estudos pessoaes. Comtudo, é sómente na era contemporanea que o assumpto desperta o maximo interesse, depois que foi proposta a questão da pathogenia.

Quatro são as theorias pathogenicas da ulcera varicosa: a theoria venosa, a theoria lymphatica, a theoria arterial e a theoria nervosa. A theoria nervosa, a mais recente, proposta por Terrier é a unica que gosa do maior favor actual.

Gombault e Reclus constatarem a

nevrite intersticial dos filetes vizinhos da ulcera, mas é principalmente Quenu quem mais se tem esforçado por demonstrar a influencia das lesões nevríticas, e para elle, a ulcera varicosa seria uma perturbação trophica dependente da nevrite do sciatico produzida pelas dilatações das vesiculas interfasciculares.

Esta theoria pathogenica, que dá apenas importancia secundaria ao papel etiológico da estase sanguinea e das difficuldades que causam á circulação de retorno as dilatações varicosas, tem confirmação n'uma antiga observação clinica: a appareção da ulcera varicosa nem sempre está em conformidade com o desenvolvimento das varizes.

Ex.: Tal individuo portador de novellos varicosos enormes não teria ulcera, enquanto que outro com algumas varicosidades, apenas apparentes, apresentaria uma ulcera consideravel. E mesmo, se nos reportarmos á opinião classica, as pequenas varicosidades complicam-se mais facilmente de ulceras de que as varizes muito desenvolvidas.

Esta constatação parece, na verdade,

concordar difficilmente com a opinião antiga que considerava a ulcera como uma consequencia da insufficiente nutrição dos tecidos dependentes do oedema e da estase sanguinea produzida pelas varizes.

Ora, a theoria nevritica não está ao abrigo de todas as objecções. Delbet no seu artigo «Du rôle de l'insuffisance valvulaire de la saphene interne dans les varices du membre inferieur». *Semaine Medicale*, 1897, pag. 372, produz contra ella alguns argumentos de valor.

Não ha duvida de que a nevrite existe, mas vamos precisar qual é a sua importancia como factor pathogenico da ulcera varicosa.

Existe, diz M. Delbet, no membro inferior uma perturbação trophica typica: o mal perfurante. Este é incontestavelmente de origem nervosa; desenvolve-se não sómente em seguida a lesões da medulla, mas tambem a lesões dos nervos, do sciatico por exemplo, em condições que representam todo o rigor de uma experiencia; não póde, pois, restar duvida nenhuma sobre a pathogenia do mal perfurante. Ora, a coexistencia d'esta perturbação trophica typo e da ulcera varicosa é muito excepcional.

Por outra, haverá lesões nervosas que sejam capazes de originar perturbações trophicas, emquanto que todas as outras funções do nervo, motora e sensitiva, fiquem intactas? Não conheço, Diz M. Delbet, «a função trophica parece ser, em todos os casos, mais resistente de que a sensitiva».

Nas nevrites bem confirmadas, as perturbações trophicas fazem-se acompanhar sempre de perturbações sensitivas, portanto, se as ulceras varicosas são devidas a nevrites, estas ulceras, como perturbações trophicas, devem andar necessariamente associadas a perturbações sensitivas consideraveis. Ora, não ha duvida nenhuma que as perturbações sensitivas existem, foi mesmo a sua constatação que levou Terrier a emittir a sua theoria, mas tambem é verdade que ellas a maior parte das vezes faltam, e quando se manifestam, são ligeiras, apenas se traduzem por pequenas perversões da sensibilidade thermica. Por consequencia, se as lesões dos nervos desempenham algum papel na pathogenia da ulcera varicosa, não é com certeza o primordial.

Mas ainda mais, seria inexplicavel a

influencia que o repouso no leito exerce na cicatrizaçãõ das ulceras varicosas, se fossem devidas a nevrites. Comprehende-se a acçãõ benefica do leito sobre o mal perforante, porque o decubito horisontal supprime todas as causas de pressãõ sobre a face plantar do pé, mas não acontece o mesmo com a ulcera varicosa, o repouso no leito não modifica nem attenua as condições de pressãõ ou de friccionamento sobre a perna. O repouso no leito só pôde actuar sobre a circulaçãõ, produzindo modificações circulatorias que favorecem a cicatrizaçãõ da ulcera: temos, pois, que dar ás perturbações circulatorias um papel capital na pathogenia das ulceras.

Vamos vêr como a dilataçãõ e a insuficiencia valvular do tronco da saphena interna illucidam toda a pathogenia da ulcera varicosa.

Foi Trendelenburg o primeiro que chamou a attençãõ para este factõ de physiologia pathologica. Este auctor estabelece uma divisãõ importante de varizes em duas classes: umas vezes, as dilatações varicosas sãõ limitadas aos affluentes e ás origens da saphena interna, e n'este caso, não existe

alteração na integridade funcional das valvulas; outras vezes, as dilatações invadem tambem o tronco venoso, produzindo como consequencia inevitavel a insufficiencia das suas valvulas; isto é, existem duas especies de varizes do membro inferior, segundo que as valvulas da saphena conservam ou não o seu poder de occlusão. Ora, seguindo a opinião de Trendelenburg e Delbet, a insufficiencia valvular influe poderosamente nos dois accidentes mais graves que podem sobrevir nos varicosos:—ruptura e ulcera varicosa.

Que importa o numero e o volume das dilatações varicosas se as valvulas da saphena conservarem a sua integridade funcional; as simples varizes da perna, por exemplo, não perturbam notavelmente a circulação. Se o sangue chegando ás veias dos joelhos encontrar boas valvulas, a pressão não póde ser muito modificada nas veias da perna; se estas veias apresentarem um certo grau de ectasia, o segmento circulatorio augmentará de capacidade, comtudo a velocidade do sangue apenas se torna um pouco mais morosa e nada mais. A pressão não sendo augmentada, a circulação ope-

ra-se regularmente nos capillares, agentes principaes da nutrição; n'este caso a differença entre a estação vertical e o decubito horizontal será muito pequena.

A circulação é, ao contrario, profundamente perturbada, quando as valvulas se tornarem insufficientes; n'estas condições, com effeito, a marcha centripeta do sangue é interrompida em toda a extensão da saphena, e as suas origens tem de supportar na estação vertical uma pressão enorme correspondente ao pezo de uma columna sanguinea ininterrupta indo desde a extremidade inferior do membro á auricula direita do coração, pois que a femoral, a iliaca e veia cava inferior não possuem valvulas sufficientes.

Como actua a insufficiencia valvular da saphena sob o ponto de vista da pathogenia da ulcera? De duas maneiras. A principio, o excesso de pressão que se produz no tronco da saphena, desde que o doente guarda a posição vertical ou pratica esforços, transmite-se pelas veinulas da perna até aos capillares. A cada instante esta pressão torna-se nas veias egual ou superior á dos ramusculos arteriaes, por conse-

guinte, a circulação nos dominios tributarios da saphena, isto é, na pelle e tecido cellular subcutaneo da face interna da perna, não póde fazer-se mais; a nutrição é, portanto, perturbada.

Mas o sangue tambem reflue a cada instante da femoral para a saphena. O sangue, diz Trendelenburg, em vez de seguir a sua marcha centripeta, segue antes uma direcção centrifuga; caminha de cima para baixo, isto é, da raiz da côxa para a extremidade inferior do membro.

A columna sanguinea que sobe pela femoral, encontra na raiz da côxa a abertura da saphena interna com valvulas forçadas, então a columna sanguinea subdivide-se em duas: uma, continua a sua marcha ascendente para o coração, outra, descendente, retrograda, reflue para a saphena. O sangue que refluiu para a saphena e seus ramos de origem, em virtude da differença enorme da tensão existente entre os dois systemas venosos, superficial e profundo, despeja-se nas veias profundas por intermedio das suas numerosas anatomoses cujas valvulas estão dispostas, como mos-

trou Dentu, de maneira a permittir a passagem do sangue.

Em virtude da *vis á tergo* e das contracções musculares, o conteúdo sanguineo do systema venoso profundo sóbe, por intermedio da poplitia, pela femoral até á raiz da côxa, onde encontrando a abertura da saphena, reproduz exactamente de novo o phenomeno antecedente.

Estabelece-se assim, no membro inferior, uma serie de circulos venosos, isolados do resto da circulação, e por causa dos quaes o sangue vae perdendo cada vez mais as suas propriedades vivificantes: d'onde uma causa mais de perturbações nutritivas.

E' naturalmente na estação vertical que estas importantes desordens circulatorias, dependentes da dilatação e da insufficiencia valvular da saphena, são consideraveis; a influencia da passagem do decubito horisontal para a posição vertical sobre a deplexão das veias é manifesta.

As experiencias muito interessantes de Trendelenburg mostram claramente estas influencias e, ao mesmo tempo, provam a existencia da insufficiencia valvular na sa-

phena interna. Eis resumidamente as suas experiencias :

Primeira experiencia—O doente deita-se, as varizes tornam-se immediatamente menos tensas, as veias perdem a resistencia elastica, indicando claramente que esvasiarão uma parte do seu conteúdo sanguineo, e tanto mais, quanto maior fôr a elevação do membro.

Se elevarmos vagarosamente o tronco do doente, de maneira que o coração se vá tornando gradualmente superior ao nivel do membro inferior, nota-se que a saphena se enche cada vez mais de sangue, comportando-se *vis-á-vis* do coração como um sistema de vasos communicantes.

Segunda experiencia—O doente deita-se em decubito dorsal, se elevarmos o membro inferior quasi á perpendicular, a saphena interna esvasia quasi todo o seu conteúdo sanguineo.

Se comprimirmos a saphena um pouco abaixo da sua abertura na femoral, o doente pôde levantar-se sem que vejamos, como na primeira experiencia, o sangue refluir dos vasos do abdomen ; as varizes enchem-se lentamente e parcialmente de sangue

vindo dos capillares. Se cessarmos a compressão, vemos immediatamente, como na primeira experiencia, o sangue refluir rapidamente.

Schwartz recommenda ainda uma terceira experiencia: a do choque a distancia e da transmissão da onda sanguinea. O doente deita-se, as veias do membro varicoso ficam moderadamente cheias, basta percutir levemente na parte superior da saphena interna para vermos, diz Schwartz, a oscillação communicada ao liquido sanguineo transmittir-se pelas veias do Joelho e da perna. Quanto mais facil e evidente fôr a transmissão, mais a insufficiencia valvular é manifesta; quanto mais facilmente a transmissão da onda sanguinea se fizer pelas pequenas veinulas, tanto maior e profunda é a alteração valvular.

Ora, em presença d'estas experiencias nenhuma duvida deve persistir sobre a existencia da insufficiencia valvular.

A insufficiencia valvular não é sómente exclusiva da saphena com dilatações varicosas pronunciadas, Delbet fez no Hotel-Dieu, 1897, uma serie de experiencias que a estabelece fóra de toda a dilatação vari-

cosa apparente. Se apalparmos a saphena, diz este cirurgião, sentimos nitidamente, quando o doente estiver de pé, que ella faz esforços, que tende sob a pressão do dedo, emquanto que ella se deixa facilmente deprimir quando o doente estiver deitado. A sensação tactil que nos dá a veia, quando o doente estiver na estação vertical, e o sangue refluir, é muito differente do que fornece uma veia com paredes calcificadas. E' uma sensação de renitencia elastica que indica claramente a um dedo educado que se trata de um canal contendo liquido sob uma forte tensão.

O mesmo auctor, na occasião de operar um varicoso que tinha tido uma hemorrhagia consideravel consecutiva a uma ruptura, mediu com o manometro de mercurio a pressão da columna sanguinea, quer no topo central, quer no peripherico, da saphena interna cujo volume era normal. Os resultados foram os seguintes :

	Segmento superior	Segmento inferior
O doente em posição horisontal	1 cent., 6	3 cent.
O doente em posição vertical..	16 cent.	6 cent.
O doente fazendo esforços violentos	26 cent.	10 cent.

E' de notar que a pressão sanguinea deveria ter sido nulla, em qualquer dos casos, no segmento superior, se as valvulas situadas acima do topo central se obturassem perfeitamente; mas como se vê pelos resultados obtidos, logo na primeira experiencia o manometro marca uma elevação na columna de mercurio de 1°,6, e nas duas outras experiencias as elevações de pressão são enormes.

Delbet affirma nunca ter encontrado a saphena intacta nos numerosos doentes portadores de ulceras varicosas que examinou, desde que os trabalhos de Trendelenburg chamaram a sua attenção para este assumpto.

A consequencia tão desastrosa que estas perturbações tão pronunciadas da circulação do membro inferior devem ter sobre a nutrição dos tecidos, parece evidente; concorda absolutamente com o facto tão conhecido da pouca tendencia que tem as ulceras á cicatrização espontanea, e com a notavel influencia do repouso do membro na posição horisontal.

Encontra ainda confirmação na localização habitual das ulceras: as varizes são

frequentes na cõxa, comtudo, não consta que ahi se tenham observado ulceras; a ulcera da perna tornou-se quasi synonyma de ulcera varicosa. Não será isto uma prova mais do papel importante que a sobrecarga sanguinea desempenha na formação da ulcera em virtude da insufficiencia das valvulas? Nove vezes sobre dez, é a região malleolar interna, a face interna da tibia que é, primitivamente pelo menos, a séde da ulcera. E' que a saphena externa, está de ordinario ao abrigo dos augmentos de pressão, em consequencia do seu curto trajecto. As excepções a esta regra da localização das ulceras explicam-se muito facilmente por a existencia bem conhecida de um ramo anastomotico ascendente que, nascido um pouco adeante da abertura da saphena externa na poplitea, a reune á saphena interna, na parte superior da cõxa.

A theoria nevritica é capaz de explicar por si só a séde de predilecção das ulceras? Não parece, porque se as ulceras estivessem em relação com as lesões nervosas do tronco do sciatico, ellas deveriam desenvolver-se ao longo dos ramos do sciatico popliteo externo; ora, é completamente o con-

trario o que se produz, pois que os filetes nervosos correspondentes á séde habitual das ulceras pertencem ordinariamente ao territorio do nervo sapheno interno, do crural.

A importancia do exaggero de pressão sanguinea na evolução das ulceras parece bem demonstrada. Delbet propôz a divisão das varizes em *varizes de grande tensão* e *varizes de fraca tensão*. Nas varizes de grande tensão, a insufficiencia valvular existe e a formação da ulcera é imminente; as varizes de fraca tensão estão ao abrigo d'esta complicação.

Que conclusão deveremos tirar de tudo quanto fica exposto?

E' preciso substituir as valvulas que faltam na saphena interna, para impedir que o sangue reflua n'esta de cima para baixo e para que a columna sanguinea, que vae desde a extremidade inferior do membro ao coração, não exerça a sua enorme pressão sobre os capillares da perna. Unico meio de conseguir este fim consiste em seccionar a saphena interna entre duas laqueações ou de praticar a resecção de um segmento. Prefiro a resecção da saphena

.....

interna por motivos que no terceiro capitulo exporei.

A resecção da saphena interna, quando bem feita, é uma excellente operação que tem produzido sempre resultados magnificos.

CAPITULO III

MANUAL OPERATORIO

(Resecção da saphena interna)

Antes de tratar da technica operatoria, vem a proposito algumas considerações com respeito ás vantagens que offerece este methodo de tratamento, praticado, pela primeira vez, em 1890, pelo imminente cirurgião e sabio professor allemão Trendelenburg, sobre os outros tratamentos operatorios.

Que a ressecção da saphena interna tem superioridade sobre a simples laqueação da saphena e sobre o methodo da secção da veia entre duas laqueações é um facto incontestavel; provam-n'o exuberantemente os resultados satisfactorios obtidos pelo primeiro methodo e os numerosos insuccessos dos dois ultimos.

A simples laqueação da saphena, sobretudo se empregarmos o catgut reabsorvivel, não nos póde garantir a obliteração permanente da veia; algumas experiencias

praticadas em animaes mostram a possibilidade da sua regeneração ulterior e do restabelecimento da sua permeabilidade.

O methodo da secção da saphena entre duas laqueações, embora não tenha contra si a regeneração ulterior da veia, não deixa de ser inferior ao da resecção da saphena.

Com effeito, é preciso não contar só com as desordens circulatorias produzidas pela inoclusão valvular da saphena, devemos tambem ter em conta as collateraes quasi sempre dilatadas como o tronco principal, e, portanto, origens tambem de desordens circulatorias, em menor escala é verdade, devidas á insufficiencia das suas valvulas. Mas, sobretudo, deve-se attender a uma anomalia frequente da saphena interna.

Não é raro vêr a saphena desdobrada em dois troncos venosos que, nascidos por bifurcação, na perna, se reúnem de novo, na côxa, n'um tronco unico, depois de terem abraçado n'uma ellipse muito alongada o condylo interno.

Ora, a secção da saphena não só não obsta ao refluxo do sangue para as collate-

raes dilatadas, mas será uma operação inutil quando o desdobramento anomalo da saphena existir; porque, praticando-se a secção sómente n'um dos ramos da grande ellipse, o outro ficando permeavel, continuará a produzir as mesmas desordens circulatorias.

* * *

E' actualmente inutil recommendar a observação mais rigorosa das regras da antisepsia. Os instrumentos cirurgicos, o campo operatorio, as mãos do operador e as dos seus ajudantes, etc., deverão ser cuidadosamente desinfectados.

Os instrumentos necessarios para praticar a operação da resecção da saphena interna são:— um bisturi, uma pinça de disseccção, algumas pinças hemostaticas, uma thesoura, uma sonda canelada e uma agulha para sutura, de Reverdin.

A anesthesia geral pelo chloroformio é desnecessaria; bastam algumas injecções intra-dermicas com a solução de chlorhydrato de cocaina a $\frac{1}{100}$ sobre a linha de incisão, para se obter, 5 minutos depois, uma

anesthesia local com duração sufficiente para se praticar a operação.

Importa, pois, determinar primeiramente, antes de se proceder a anasthesia local, a situação, a fôrma e o comprimento da incisão.

Sob este ponto de vista, varios casos se podem apresentar: Umas vezes, a veia muito dilatada desenha-se nitidamente sob a pelle, n'este caso é facil traçar a linha de incisão. Outras vezes, sobretudo nos individuos de tecido adiposo muito desenvolvido, a veia ou mal se percebe ou não se vê, então é preciso fazer caminhar o doente alguns instantes, para que o refluxo sanguineo intumesça a veia; traça-se com tintura de iodo a linha de incisão.

N'outros casos ainda, como mostrou Delbet, a insufficiencia valvular póde existir sem dilatação apparente da veia, n'este caso, só a palpação e a sensação especial de resistencia elastica das paredes da veia devida ao refluxo sanguineo nos poderão indicar o seu trajecto e, portanto, a linha de incisão; traça-se tambem com tintura de iodo.

Determinada a linha de incisão, proce-

de-se a anesthesia com a cocaina, podendo aproveitar-se os 5 minutos que demora a produzir-se, na desinfecção rigorosa da pelle do campo operatorio.

Depois de produzida a anesthesia faz-se uma incisão de 12 centímetros de comprimento, começando a 4 ou 6 centímetros acima do condylo interno, seguindo, para a raiz da côxa, a linha de incisão já previamente traçada.

Posta a descoberto a veia saphena interna, laquea-se nas suas extremidades, superior e inferior, com fio de catgut. Corta-se a veia, na sua extremidade superior, abaixo da laqueação, e depois com o bisturi ou com a sonda canelada dissecam-se de cima para baixo até á sua extremidade inferior, onde se corta tambem. Á medida que se fôr dissecando a veia, e que as collateraes forem apparecendo, laqueam-se estas com um fio de catgut mais fino e cortam-se com a thesoura entre a laqueação e a saphena.

Durante a operação deve-se investigar com attenção se realmente existe um segundo ramo da bifurcação anomala da saphena.

Conclue-se pela sutura dos labios da incisão e um penso iodoformado.

Deve-se produzir a ischemia do membro antes de começar a operação.

Durante a operação encontram-se alguns filetes nervosos do sapheno interno que se devem respeitar com todo o cuidado.

Nos casos, relativamente raros, em que a ulcera estiver situada sobre o territorio da saphena externa, praticaremos tambem simplesmente a resecção d'esta veia no intersticio dos musculos gemeos. Uma incisão rectilinea ao nivel d'este intersticio permitirá descobri-la. Caminha collada ao nervo sapheno externo que teremos todo o cuidado de isolar.

* * *

Resta-nos, finalmente, vêr quaes têm sido os beneficios colhidos pelos doentes tratados pelo methodo da resecção da saphena interna.

Com relação á cicatrização da ulcera, a maioria dos auctores reconhecem que ella se effectua mais rapidamente do que quando os doentes são submettidos ao simples repouzo no leito, associado ou não a um tratamento local antiseptico.

Com relação á ausencia da recidiva, as informações colhidas pelos auctores têm sido muito poucas, e isto, em consequencia das grandes difficuldades de encontrar de novo os doentes que foram operados; contudo Trendelenburg cita tres casos de cura persistente durante tres annos, e Riolacci cita um outro de cinco annos; o doente, que tinha sido operado em 1892, foi encontrado em 1897 conservando em perfeito estado a cicatriz da ulcera.

Seguem-se algumas das observações colhidas nas clinicas dos doutores Reynier e Remy, de Paris, pelos seus internos Couderc e Coudebart.

OBSERVAÇÕES

Primeira observação — P., de 42 annos, caixeiro, entrou para o hospital no dia 10 de novembro de 1894, com uma vasta ulcera varicosa na face postero-interna do terço inferior da perna direita.

Pelo exame do membro não se constatou nenhum tumor varicoso propriamente dito, apenas uma dilatação manifesta de toda a rêde sub-cutanea. A saphena interna deu nitidamente todos os signaes de insufficiencia valvular.

No membro esquerdo, as dilatações venosas eram mais pronunciadas, encontrando-se mesmo alguns tumores varicosos na perna, comtudo, a saphena não produziu os signaes de insufficiencia valvular.

A ulcera que, como disse, era situada na face postero-interna do terço inferior da perna direita, tinha as dimensões da palma da mão. Esta ulcera teve alternativas de cura e recidiva e, actualmente, não parecia

apresentar nenhuma tendencia para a cicatrizaçãõ expontanea.

No dia 15 de novembro praticou-se a resecçãõ da saphena interna direita, n'um comprimento de 10 centimetros, a incisãõ começando um pouco acima do condylo interno do femur.

No dia 24 a ulcera tinha diminuido consideravelmente.

No dia 8 de dezembro o doente, completamente curado, deixou o hospital.

Segunda observaçãõ — A. R., de 48 annos, operario, entrou no dia 2 de janeiro de 1895 para o hospital, com uma vasta ulcera na perna esquerda.

O doente não poudo precisar a data da appariçãõ das varizes, muito salientes no membro esquerdo. No membro direito, apenas alguns trajectos venosos muito visiveis, mas nada de verdadeiras varizes.

No membro esquerdo viam-se, no trajecto da saphena interna, varios tumores varicosos dos quaes dois, muito volumosos, eram situados um, quasi ao nivel da parte média do femur, outro, um pouco acima do

condylo interno. Estas varizes, que tinham a grossura de um dêdo, quando o doente estava deitado, augmentavam consideravelmente de volume na estação vertical demorada. Ha dois annos appareceu-lhe na face interna e inferior da perna, na região correspondente ao terço inferior da face interna da tibia, um rubôr diffuso da pelle. Nada de traumatismo. O rubôr da pelle foi-se accentuando cada vez mais até que se formou a ulcera.

Esta ulcera, com alternativas de cura e recidiva, têm-se deslocado, mas sem todavia abandonar a face interna da perna.

As dôres ao nivel da ulcera eram por vezes insupportaveis, não o deixando muitas vezes de noite conciliar o somno.

Praticando as manobras aconselhadas por Trendelenburg, a saphena interna deu todos os signaes da insufficiencia valvular.

A 17 de janeiro praticou-se a resecção da saphena interna esquerda n'um comprimento de 12 centímetros.

No dia 24, constatou-se uma diminuição consideravel da ulcera.

No dia 29 o doente deixou o hospital completamente curado.

.....

Terceira observação — A. D., 49 annos, brunideira, entrou para o hospital no dia 1 de dezembro de 1894, com duas ulceras na perna direita.

A doente tinha varizes desde a idade de 20 annos. As varizes eram mais pronunciadas no membro direito, e as dôres que sentia, quando se conservava de pé, eram mais particularmente localizadas n'este membro.

Ha 6 mezes appareceu-lhe a primeira ulcera na face interna do terço inferior da perna. Ao mesmo tempo que esta se desenvolvia cada vez mais, estabeleceu-se a segunda ulcera sobre a face externa da perna, ao mesmo nivel da primeira.

A pelle da região era espessa e congestionada e uma zona inflammatoria rodeava as ulceras.

Na perna notava-se a dilatação de toda a rêde venosa no territorio da saphena interna e alguns tumores varicosos, os quaes augmentavam de volume na estação vertical.

O tronco da saphena interna direita não era nitido e as manobras de Trendelenburg não produziram todos os signaes da

insufficiencia valvular, todavia, no dia 17 de dezembro foi praticada a resecção d'este tronco venoso n'um comprimento de 12 centímetros.

No dia 24 levantaram-se os fios de sutura da ferida operatoria quasi cicatrizada. As ulceras apresentavam tendencia manifesta para a cicatrização.

No dia 3 de janeiro a ulcera interna tinha diminuido consideravelmente de extensão, enquanto que a externa tinha cicatrizado.

No dia 15 de janeiro a doente deixa o hospital completamente curada das duas ulceras.

Quarta observação — P. L., 48 annos, operario, entrou para o hospital no dia 9 de setembro de 1894, com duas ulceras na perna esquerda.

As varizes, datando de ha mais de 20 annos, eram sobretudo pronunciadas na perna esquerda, constatando-se mesmo, até á parte superior da côxa, uma dilatação nítida do tronco da saphena interna.

A ulcera que começou, ha 4 annos, so-

bre a parte externa do tendão de Achilles, a 10 centímetros acima da sua inserção, tem passado por alternativas de cura e recidiva. Actualmente media 15 centímetros quadrados, e encontrava-se situada na união do terço medio com o terço inferior da perna.

Sobre a face interna, havia uma outra ulcera menos extensa que a primeira e situada um pouco mais acima. Numerosas dilatações venosas sulcavam o bordo interno do pé e a região malleolar interna. As manobras de Trendelenburg deram todos os signaes de insufficiencia valvular da saphena interna esquerda.

No membro direito notavam-se apenas algumas dilatações venosas; os signaes de insufficiencia valvular são nullos.

O doente é arterio-escleroso.

A 12 de novembro praticou-se a resecção de saphena interna esquerda n'um comprimento de 10 centímetros.

A 17 notou-se a cicatrização progressiva das ulceras.

No dia 10 de dezembro o doente deixou o hospital completamente curado das ulceras.

Quinta observação — A. D., 36 annos, caixeiro, entrou para o hospital no dia 26 de outubro de 1894.

As suas varizes datavam de ha dois annos e a sua apparição fez-se progressivamente, devido talvez á profissão do doente. As varizes eram mais accentuadas no membro direito; no esquerdo havia apenas algumas dilatações venosas.

A perna direita, examinada depois de um dia de repouso, apresentava algumas dilatações varicosas muito visiveis, mas pouco volumosas; todavia augmentavam consideravelmente na estação vertical demorada.

Em agosto, em seguida a um traumatismo ligeiro, o doente notou que na região malleolar externa direita se formava uma ulcera, a principio minima, mas que se foi estendendo cada vez mais sem manifestar tendencias nenhuma para a cura espontanea.

A ulcera era situada um pouco atraz do malleolo externo da perna direita. As manobras de Trendelenburg feitas sobre a saphena interna direita não deram signaes muito positivos de insufficiencia valvular, todavia pareceu real.

A 31 de outubro praticou-se a resecção da saphena interna direita n'um comprimento de 10 centímetros.

A 13 de novembro o doente deixou o hospital completamente curado da ulcera.

Sexta observação — P., de 20 annos, entrou para o hospital no dia 12 de dezembro de 1894, com uma ulcera varicosa situada na face interna da perna direita, ao nivel do terço inferior.

O seu estado varicoso datava de alguns annos e as varizes eram sobretudo salientes na perna direita.

Ha 3 annos o doente recebeu um traumatismo sobre a face interna da perna direita, na união do terço médio com o terço inferior, produzindo-se uma echymose com as dimensões de uma moeda de 1 franco. Esta echymose durou varios mezes, depois a epiderme descamou-se a este nivel e, finalmente, formou-se a ulcera.

Esta ulcera foi-se progressivamente estendendo e actualmente occupava todo o terço médio da face interna da perna. Não tendo sido tratada infectou-se: a pelle era

vermelha na periphéria, o fundo cinzento e facilmente sangrento, deixava escorrer um liquido purulento.

O doente foi á consulta do hospital de Saint Louis e, apezar do tratamento local antiseptico receitado, os phenomenos inflammatorios persistiram e a cicatrização da ulcera nunca foi completa.

As manobras de Trendelenburg produziram todos os signaes de insufficiencia valvular da saphena interna direita.

A 31 de outubro praticou-se a resecção da saphena e o doente sahiu do hospital completamente curado da ulcera no dia 13 de novembro.

Setima observação — F. Y., 32 annos, salchicheiro, entrou para o hospital em 20 de março de 1892.

O doente apresentava uma ulcera varicosa, na face interna da perna direita com 8 centimetros de diametro e datando de ha 3 annos.

Algumas varizes bastante pronunciadas.

10 de abril—A ulcera estava um pouco

menos extensa, devida ao repouso no leito e aos pensos iodoformados; todavia as melhoras eram pouco accentuadas.

12 de abril — Praticou-se a resecção da saphena, depois da ischemia do membro, n'uma extensão de 5 a 6 centímetros. A veia tinha paredes espessas, duras e pouco volumosa.

22 de abril — Ablação dos pontos de sutura. Cura por primeira intenção e sem dranaagem.

15 de maio — A ulcera apresentava tendencia manifesta para uma cicatrisação proxima.

O doente deixou o hospital em 26 de maio, completamente curado da ulcera.

Oitava observação — L. A., 62 annos, entrou para o hospital em 5 de fevereiro de 1892 com duas ulceras varicosas na face interna e média da perna direita. As ulceras, com a dimensão de 2 francos cada uma, datavam de ha 2 annos e succederam a um ligeiro traumatismo. As veias da perna eram varicosas

20 de fevereiro — Praticou-se a resecção

da saphena interna n'um comprimento de 10 centímetros.

27 de fevereiro — Ablação dos pontos de sutura; reunião completa dos labios da ferida operatoria.

10 de março — As ulceras sensivelmente modificadas.

17 de março — O doente deixa o hospital completamente curado das ulceras.

Este doente foi encontrado em novembro do mesmo anno. As ulceras não recidivaram.

Nona observação — R. L., 22 annos, entrou para o hospital a 13 de janeiro de 1893.

Contrahiu a syphilis aos 22 annos; filho de pae varicoso.

Aos 23 annos, em 1884, appareceu-lhe uma ulcera varicosa na face interna e inferior da perna direita, ulcera, que um anno depois apresentava dimensões de uma moeda de 6 francos.

Esta ulcera tinha já sido curada com compressas phenicadas, mas recidivou em 1888.

16 de janeiro — Praticou-se a resecção da saphena interna direita n'um comprimento de 10 centímetros.

24 de janeiro — Ablação dos pontos de sutura da incisão.

10 de fevereiro — O doente sahiu do hospital completamente curado da ulcera.

Este doente foi encontrado 10 mezes depois e a ulcera não tinha recidivado.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A disposição dos ossos do craneo explica a sua resistencia á acção dos traumatismos.

Physiologia. — O producto de secreção das glandulas salivares não é indispensavel nos phenomenos da digestão.

Materia medica. — Dos saes de quinino prefiro o chlorhydrato.

Anatomia pathologica. — Em todo o tecido cicatricial ha tracção.

Pathologia geral. — A receptividade é uma condição essencial para o desenvolvimento das doenças infecciosas.

Pathologia externa. — A resecção da saphena interna é o methodo de tratamento mais racional da ulcera varicosa.

Pathologia interna. — A thoracentese não concorre para a purulencia de um derrame pleuritico.

Operações. — Não havendo indicações especiaes, prefiro a amputação á desarticulação.

Partos. — Na cirurgia obstetrica acho preferivel a operação de Porro á Cezariana.

Hygiene. — Sem a previa illustração do povo é improficua a guerra ao escarro do tuberculoso.

Medicina legal. — A epilepsia é uma das doenças nervosas de mais difficil simulação.

VISTO.

O Presidente,

A. Maia.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O Director.

Moraes Caldas.

ERRATAS

Pag.	linha	onde se lê	leia-se
16	3	Vidal de Casis	Vidal de Cassis
20	7	dilatações das vesiculas	dilatação das veinulas
26	25	anatomoses	anastomoses
36	11	inoclusão	inocclusão