

VII

28 Julho de 1922

JOÃO ADOLFO VILAR SARAIVA

Presidente Prof. T. Bastos

Prof. J. Lima
Prof. L. Viegas

"DIAGNOSTICO DOS ESTADOS VARICOSOS

DOS MEMBROS INFERIORES PELA OSCILOMETRIA"

Prof. J. Lima
Prof. J. Lima
Prof. J. Lima

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto.

JULHO DE 1922.

---:---:---

190/7 FHP

P. ~~Prof.~~ Lima

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Director - Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior
Secretario int.º - Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão

PROFESSORES ORDINARIOS

Anatomia descriptiva - Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia - Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia - Vaga
Farmacologia - Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão
Patologia geral - Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patologica - Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior
Bacteriologia e Parasitologia - Dr. Carlos Faria Moreira
Ramalhão
Higiene e Epidemiologia - Dr. João Lopes da Silva Martins
Junior
Medicina legal - Dr. Manoel Lourenço Gomes
Anatomia cirurgica (Anatomia topografica e Medicina ope-
ratoria) - Vaga
Patologia cirurgica - Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirurgica - Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Patologia medica e MO estias infecciosas - Dr. Alfredo da
Rocha Pereira
Clinica medica - Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapeutica geral e Hidrologia medica - Dr. José Alfredo
Mendes de Magalhães
Clinica Obstetrica - Vaga
Historia da Medicina e Neontologia medica - Dr. Maximiano
Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifillografia - Dr. Luiz de Freitas Viegas
Psiquiatria e Psiquiatria forense - Dr. Antonio de Almei-
da Garrett.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas
na dissertação.

(Art.º 15.º e 1.º do Regulamento privativo da Facul-
dade de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1910).

CONSIDERAÇÕES GERAES SOBRE PATOLOGIA

DAS

VEIAS

Apesar do grande numero de doentes com perturbações da circulação eferente, o estudo desta tem sido objecto de muito menos trabalhos que a circulação aferente.

Pode dizer-se, que, nuna e noutra ha afecções dum subtractum anatomico muito parecido, inflamações, dilatação ...; na elementos de importancia identica para a dinamica circulatoria, mas nem de longe pode estabelecer-se paralelo entre o muito que ultimamente se tem produzido sobre a patologia das arterias e o pouco que vem a lume sobre a patologia das veias.

Ha tratados e tratados, monografias sem conta, estudando a tensão arterial, a sua relação com a potencia do coração esquerdo, a sua subordinação ao estado das paredes arteriaes, nomeadamente com o estado da aorta, trabalhos de Gallavardin, de Heitz, de Lian, de Mougéot, de Pachon, de Riva-Rocci, de Hill e Flack de Ribierre, de Petersen, de

Janway, Korolkov, de muitos e muitos trabalhos fecundos em deduições diagnosticas, prognosticas e terapeuticas.

E sobre a tensão Venhosa ?

Primeiro, ensaios em animais, restrictos aos laboratorios de Fisiologia de Fr. Franck, Bayliss, Starling, Plumier, Capps, Mathews. Pouco depois, tentativas de Moritz e Tabora para applicação dum metodo directo, tentativas de Henri Claude, Bouillard e Borak para fixarem a tensão normal pelo manometro de Claude, e, muito recentemente ainda, experimentações de Maurice Villaret, Saint-Girons e Grellety-Bosviel, procurando esboçar os padrões e o sentido dos desvios em determinados estados circulatorios, como na asistolia e na arterio-esclerose. De rigoroso, ainda nada: — Nem medias decisivas, nem processos ao alcance do pratico.

E que preciosos elementos não será capaz de fornecer a tensão venosa para o estudo das resistencias perifericas e para avaliar o rendimento do coração direito ?

Não ha hipertensões venosas, como ha hipertensões arteriais ?

E se o conhecimento manometrico ^{de} ~~aqueles~~ permite fi-

xar-lhes o grau e, pelo grau, estabelecer-lhes a terapeutica profilatica, evitar a proximidade da descompensação, o conhecimento manometrico da hipertensão venosa não levaria a eschemas similares de tratamento preventivo e ao afastamento ou ao retardamento de muitas assistolias direitas ? Esperar pelo edema maleolar, ^{na} congestão hepatica ou pela congestão pulmonar para afirmar os obstaculos do coração direito, é estar reduzido a elementos precarios, só poder denunciar a perturbação quando os estragos forçarem elementos nobres, dilatarem paredes que acéide não regressam ao tonus anterior.

Porquê esta desproporção entre trabalhos sobre phlebotomanometria e trabalhos sobre esfigmomanometria ? Não éuro fazer obra de inquerito, mas bem pode ser que a razão fundamental venha, como alguns querem, das dificuldades, até agora ainda não removidas, da exploração das veias.

O que impressiona é o pouco que ha feito neste dominio do aparelho circulatorio, embora a sua importancia a todos resulte sem custo. E a escassez da biografia não se limita ás tensões, mas estende-se a todos os outros assuntos da patologia das veias.

Percorra-se, por exemplo, o que nos ultimos anos se tem escrito sobre phlebites. Pode acaso comparar-se á fecundidade literaria, que as inflamações das arterias atingiram, desde a aorta com toda a sua rica patologia, até ás arterias perifericas capazes de medir-se no valor permeavel?

Marc Leconte ainda bem recentemente enfeixou num bello artigo as formas nosograficas até agora identificadas: as phlebites por b. typhico ou paratyphico, primitivas ou essenciais de Vidal e Abrami; a septicemia venosa sub-aguda de Vaquez, superficial e segmentar; e as thromboses venosas no decorrer dos estados hemorragicos. Pouco trouxe de notavel, embora rastreasse muitos auctores, para cada uma das formas, quer no diagnostico, quer no prognostico, quer sobretudo na terapeutica, ainda quasi entregue aos processos classicos, ao periodo da imobilisação, ao periodo da mobilisação, á cura termal.

Um dominio unico em toda a patologia das veias me parece ter recebido ultimamente grande proveito e attenção: as varizes.

O diagnostico de certos estados varicosos dos membros

inferiores, nomeadamente das varizes ocultas, oferecia por vezes dificuldades insuperaveis aos metodos classicos. É um metodo biometrico, inventado por Mabile e fundamentado no estudo dos desequilibrios tensionais produzidos nos membros por insuficiencia da safena, esclarece duma luz inteiramente nova o diagnostico das varizes, permitindo fixar-lhes a extensão e a evolução.

Infelizmente, outro tanto não pode dizer-se a respeito da terapeutica desta afecção, apesar de todas as intervenções cirurgicas e das tentativas de Sécard pelas injeções intravaricosas.

Mas já é muito poder apreciar com rigor a permeabilidade do sistema eferente dum membro, - muito para o diagnostico, para o prognostico e para a fiscalisação de sucessos terapeuticos.

Em que consiste o metodo ?

Que influencia trouxe para o diagnostico dos estados varicosos ? É o que vou diligenciar referir nos capitulos seguintes.

CAPITULO IIVARIZES. METODOS CLASSICOS DE DIAGNOSTICO

As varizes, phlebectasia de Alibert e de Briquet vem a ser a dilatação permanente e patologica das veias, constituindo uma das afeções cirurgicas das mais interessantes.

varias causas intervêm na sua produção e entre elas citarei as seguintes:

A idade - é geralmente dos trinta aos quarenta anos que se desenvolvem;

A profissão - Aquelas que exigem uma demora prolongada em pé ou marchas prolongadas;

O sexo - mais vulgar no homem do que na mulher;

A gravidez - nas multiparasas dilatações varicosas são frequentes;

As disposições anatomicas e fisiologicas - Sabemos que as veias do membro inferior tendo que atravessar varios aneis fibrosos, estes poderão dificultar a circulação, podendo haver ainda uma atonia do sistema venoso.

Finalmente resta-me falar na diatese artritica em que se daria talvez uma transmissão da fraqueza da parede das veias.

A explicar-nos a patogenia das varizes, temos duas causas efficientes; uma, mecanica, — a hiperpressão sanguinea; outra, anatomica, — um estado morbido das paredes das veias.

A hiper-pressão sanguinea, consecutiva algumas vezes, unica e exclusivamente á acção do peso da columna venosa é na maior parte dos casos, favorecida por um factor anatomico: a insuficiencia valvular.

A segunda causa, a alteração primitiva da parede das veias, á qual se reúnem como causas adjuvantes os factores mechanicos, está para alguns auctores, sob a dependencia de alterações do sistema nervoso que irão incidir sobre a nutrição ou a contractibilidade das paredes das veias.

Para outros auctores, certas intoxicações cronicas ou estados diabeticos, seriam os causadores das modificações parietais. A combinação de varias causas é geralmente o caso mais vulgar: sob a influencia, a parede da veia torna-se ^{sua} menos resistente, dilata-se, cria-se a insuficiencia val-

vular e com ela uma estase sanguinea e um circulo de influencias funestas,—a estase alterando as paredes, aumentando a insuficiencia valvular, favorecendo a dilataçãõ varicosa.

É principalmente a safena interna e seus ramos que são atingidas de varizes, podendo-o ser conjunctamente com a safena externa. sendo raro, porem, ser atingida só esta ultima.

As varizes podem ter varias formas, e assim, Follin divide-as em cilindroides ou não circunscritas e ampulares ou circunscritas, podendo ainda cada uma destas tomar aspectos diferentes.

quanto ao grau da evoluçãõ da variz, ella pode estar, simplesmente dilatada, uniformemente dilatada com espessamento, ou, entãõ, dilatada desigualmente com espessamentos e adelgagamentos .

As alterações que a parede vascular sofre e a que atraz fiz referencia, não incidem exclusivamente sobre a veia; o seu raio de açãõ estende-se a mais longe; vai tambem actuar sobre a vitalidade dos tecidos perifericos, estando o seu grau de açãõ em relaçãõ directa com o grau de evoluçãõ da

variz.

Com respeito á anatomia patologica, nós sabemos que a variz vem a ser uma flebite cronica; mesoflebite, para Cornil, endoflebite, para Epstein.

A sintomatologia classica das varizes dos membros inferiores, varia um pouco, segundo se trata de varizes superficiaes ou profundas, podendo tambem umas e outras encontrar-se associadas.

Um dos principais sinais objectivos, é a dilatação da veia; esta desanna-se por debaixo da pele ao longo da face interna da perna, joelho e côxa sob a forma dum cordão azulado, tendo, de distancia a distancia, umas dilatações.

Mas isto é o que ha de mais variavel, podendo ir de simples varicosidades á ^{ausencia} ausencia completa. A marcha, a posição a pé e o calor, aumentam a dilatação da veia, desaparecendo ~~esta~~ com a posição horizontal e diminuindo com o frio.

Passando o individuo, da posição horizontal, para a posição vertical, a dilatação venosa torna-se muito mais evidente; porem, se antes de fazer levantar o individuo,

colocamos um dedo na desembocadura da safena, de modo a impedir ~~o~~ o refluxo de toda a coluna sanguínea existente desde esse ponto, até ao coração direito, nos vemos que a safena se não enturgesce, e sentimos, além disso, no nosso dedo, o choque da onda sanguínea, que encherá bruscamente a veia, se retirarmos o dedo.

É a experiência de Trendelenburg.

Em alguns varicosos, depois de uma marcha ou de uma demora prolongada a pé, é vulgar aparecer um ligeiro edema peri e supra-maleolar, ou um empastamento profundo da barriga da perna, doloroso á pressão.

Costumam existir também umas manchas pigmentadas de castanho, venosidades disseminadas, algumas vezes um aumento de secreção sudoral do membro doente e erupções diversas da pele, tais como: eczema, prurigo, pequenos furuncullos, etc.

Como sinais subjectivos, temos: a fadiga rápida com a marcha, um peso nos membros, entorpecimento, sinais estes mais acentuados quando as varizes são profundas. Algumas vezes, os doentes queixam-se de dores, que são muito variáveis, quer no seu modo de aparecimento, quer na intensidade e natureza.

A respeito da evolução das varizes, ela é muito variavel de individuo para individuo, dependendo do tratamento quer higienico, quer medicamentoso ou cirurgico, a que o individuo se sujeitar.

Estão os varicosos sujeitos a varias complicações, como sejam:

ratura das varizes, que poderá ser externa ou intersticial; a flebite; erupções, tais como o eczema; a ulcera varicosa e o pé boto varicoso.

O tratamento das varizes, podendo ser medico ou cirurgico, está dependente da causa que as produz. É sabido que as varizes não são muitas vezes uma simples doença local, mas uma expressão local ^{local} de doença geral, compreende-se o alto valor da inquirição etiologica, como factor importante no exito terapeutico.

Mas, o que aí fica sobre sintomatologia das varizes dos membros inferiores e que é tudo quando consignam os livros classicos, o que aí fica, é pouco e insufficiente para o diagnostico de estados varicosos. Sobretudo para as dilatações profundas, a duvida é muitas vezes impossivel de tirar.

Quando se nos apresenta um doente, com edemas maleolares, com dores na marcha, com entorpecimento das pernas e dos pés, podemos esboçar a hipótese de varizes profundas. Mas temos por acaso algum meio de separar com rigor estes estados morbidos doutros capazes de produzir idênticas manifestações, como sejam, certos estados endocrínicos e circulatorios? Algumas modalidades de insuficiência ovarica, de insuficiência tiroideia, e de insuficiência tiro-ovarica ocasionam edemas maleolares, fadigas com a marcha, dores — um cenário em tudo igual ao das varizes profundas.

Outrotanto sucede com algumas modalidades de astenia circulatoria. E como distinguir umas das outras? onde buscar um ponto de apoio sólido para a formação segura de varizes ocultas?

Mas não é só para as varizes profundas que a impotência dos ^{medos} ~~radicais~~ e sinais clássicos se afinam. Mesmo para as varizes superficiais, muitos problemas ficam sem solução.

Notada uma dilatação superficial da safena, como conhecer o seu grau de insuficiência, o seu estorvo à circulação de retorno, e sua intervenção nas perturbações troficas

dum membro, va sua colaboração num edema maleolar ?

Pelo grau de dilatação ? Pelo numero de varicosidades ? Mas quantas dilatações ha muito salientes e com reduzida insuficiencia valvular ? Mas quantas varizes ha pouco salientes e com grande insuficiencia valvular ? A manobra de Trendelenburg ? Mas em quantos obesos esta manobra é pouco positiva e a dilatação varicosa é notavel ?

Temos de confessar que os processos classicos para o diagnostico dos estados varicosos são bem insuficientes.

Pobres para, mesmo em certos casos, afirmar a existencia das varizes e pobres para, em quasi todos, avaliar o grau de perturbação circulatoria, a finalidade proxima ou remota duma dilatação venosa.

Foi para reparar esta notavel deficiencia, que Habelle inventou um curioso metodo de exploração dos estados varicosos dos membros inferiores; metodo a que, com muita propriedade chamou diométrico. Em que se funda ? Num raciocinio bem simples: Todo o estado varicoso produz uma estase venosa, trazendo embaracos á circulação aferente.

Estes embaracos reflectem-se na circulação aferente dos membros, estorvando o esgoto das arterias, desequili-

brando a hidraulica circulatoria e portanto o regimen tensional. E, quanto maiores forem as condições de estatica que aumentam a insuficiencia venosa, tanto maior é o desequilibrio tensional da região.

Se registrarmos este regimen tensional nos membros inferiores dum individuo doente e o cotejarmos com o regimen tensional do individuo normal, temos facilmente medida a permeabilidade da safena. E a avaliação rigorosa da ~~XXXXXXXXXXXX~~ permeabilidade da safena, permite-nos, não só medir o grau de varicosidade de uma perna em relação á outra, mas, seguir a evolução varicosa nos seus estados progressivos, avaliar o grau de cura nas flebites agudas ou cronicas, compreender porque num individuo de veias muito dilatadas, não apparecem complicações que surgem noutro de varizes muito mais reduzidas e é registar objectivamente os resultados therapeuticos.

Vou pois expor o metodo de Mabile e tratarei em seguida de procurar a confirmação dos seus trabalhos no que diz respeito a varizes por insuficiencia valvular, já que a clinica hospitalar me não forneceu elementos para a confirmação do resto dos seus trabalhos.

CAPITULO III

O METODO BIOMETRICO NA EXPLORAÇÃO

NA ~~XXXXXXXXXX~~ DOS ESTADOS

VARICOSOS

Propõe-se o metodo biometrico medir a tensão venosa nos membros inferiores e estudá-la nas diferentes atitudes em que esta pode variar.

Ora, atendendo a que todo o entrave na circulação venosa, tem repercussão imediata no sistema arterial correspondente, e a que as condições de hidraulica do sistema venoso, não são as mesmas segundo se trata de individuos normais ou patológicos, é portanto facil avaliar as modificações da pressão venosa pelas da tensão arterial, notando ao mesmo tempo a tensão maxima, minima, diferencial e indice oscilometrico.

A tecnica adotada por Mabile é a seguinte:

Por intermedio do oscilometro de Pachon é medida a tensão arterial em quatro atitudes determinadas. Para cada uma delas marca: a tensão maxima, expressa pela tor~~xxxxxxx~~


primeira grande oscilação nitidamente distinta pelo dicrotismo da descida do segundo tempo; a tensão mínima, traduzida pela primeira oscilação a seguir é maior de todas; o índice oscilométrico, que corresponde á amplitude da maior oscilação e é marcado pelas divisões principais do quadrante maior do oscilometro; finalmente, a pressão diferencial entre a pressão máxima e mínima.

As quatro atitudes determinadas são:

A posição horizontal; o individuo estando deitado, a acção de peso sobre a columna venosa é nula. Marcamos-la no grafico com o sinal - .

A posição da perna no ar:

O individuo deitado levanta a sua perna perpendicularmente ao corpo. A circulação de retorno é favorecida pelo seu proprio peso. Representamo-la no grafico pelo sinal ↑.

A posição sentada: a perna estando penénte. É exercido peso sobre a columna venosa da perna. O sinal  serve para a marcar no grafico.

Posição em pé: A perna penénte sem apoio. O peso exercendo-se sobre a columna venosa da perna e da coxa. Esta

posição é representada no grafico pelo sinal ↓.

Nesta posição e na anterior, devemos recomendar ao doente que suprima as contrações musculares estaticas, caso contrario, a agulha do oscilometro dará saltos desordenados.

Entre a medição de cada uma das tensões é conveniente deixar o doente repousar alguns minutos.

O grafico é feito, pondo, em ordenadas, os algarismos representativos das tensões e os indices e, em abscissas, os sinais indicativos de cada uma das posições.

À custa do viscosimetro de Hess, mede tambem Sabille a viscosidade do sangue, operação esta que não deve durar mais dum minuto.

Procedendo a estas medições conforme acabo de relatar Sabille chega aos seguintes resultados:

NOS INDIVIDUOS NORMAIS

Isto é, naquelles que teem uma tensão arterial normal não apresentando nenhuma perturbação, quer objectiva, quer subjectiva, verifica-se que:

A pressão diferencial e o indice oscilometrico são cons-

tantes segundo as atitudes. (V. fig. 4, 5, 6, 7, 8.)

A diferença entre a tensão máxima e mínima na posição sentada e a pé e as da posição deitada, nunca ultrapassa 4 cm. Ha. além disso, igualdade de tensão nas duas pernas.

O numero representativo da tensão máxima no membro inferior, é geralmente superior de dois centímetros á do braço; o da tensão mínima conserva-se geralmente o mesmo.

A viscosidade sanguinea é igual a 4. O coeficiente enflimo - viscosimetrico referido á pressão diferencial no braço é igual a 1,5.

- NOS INDIVIDUOS PATOLOGICOS - NOS CASOS DE INSUFICIENCIA VALVULAR DA SAFENA INTERNA -

Os resultados das medições são os seguintes:

Supressão da constancia da pressão diferencial e indice oscilometrico segundo as atitudes (V. figura 9, 10, 11, 12, 13.)

A diferença entre a maxima e minima da posição a pé e sentada e a da normal pode atingir 15 centímetros.

O indice oscilometrico da posição sentado e a pé aumenta, muitas vezes, proporcionalmente ao aumento da pressão diferencial.

Existe uma desigualdade entre as tensões das duas pernas; a perna mais varicosa dá-nos uma tensão diferencial, maxima e minima mais elevadas.

Se houver descompensação por falta de energia arterial, verdadeira asistolia local, analoga á asistolia cardiaca, os sinais clinicos aparecem (edema, dores vivas á fadiga e na posição a pé, perturbações troficas) e o metodo brometrico regista-os por uma diminuição de pressão diferencial, elevação da minima e, paralelamente, uma redução notavel do indice oscilometrico. Estes fenomenos desaparecem, ou são atenuados pelo repouso.

A viscosidade sanguinea é geralmente ~~normal~~ normal.

O coeficiente esfigmiviscosimetrico varia entre 1,5 e 2.

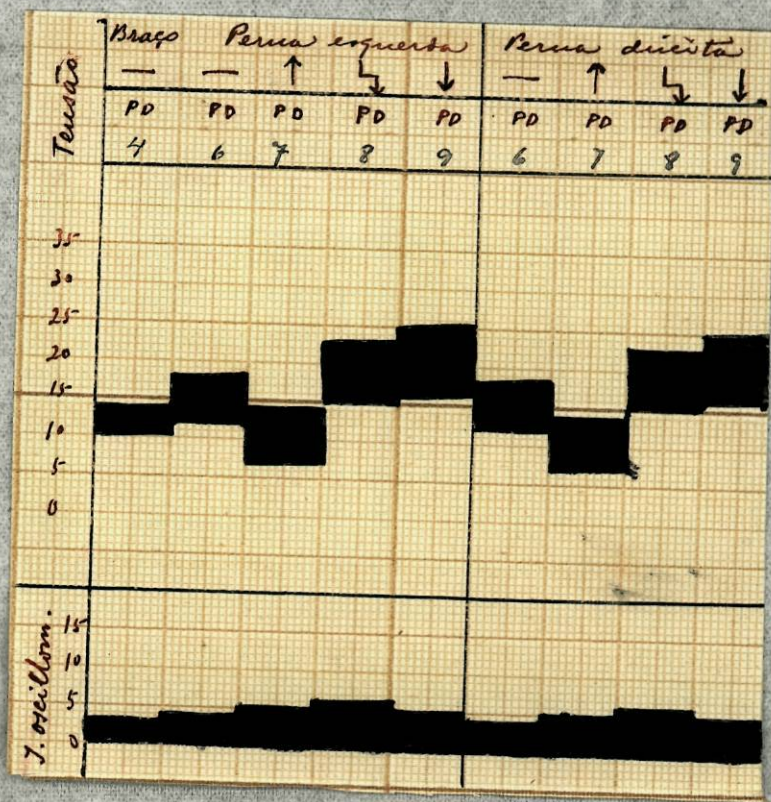
PERTURBAÇÕES ENDOCRINICAS

(Hipophyxia)

Estes doentes apresentam um empastamento dos tornozellos, da barriga da perna e uma dureza do tecido celular.

A pele violacea apresenta grandes manchas vermelhas ou um conjunto de pequenos capilares venosos reunidos.

Ha um aumento de volume, vesperal, e perturbações tro-



W:1

ficas frequentes (eczemas, úlceras, etc.) O doente queixa-se além disto de fadiga na posição a pé, sensação de peso, cãibras, ardor na pele, sensibilidade externa das veias.

A medição das tensões diz-nos o seguinte:

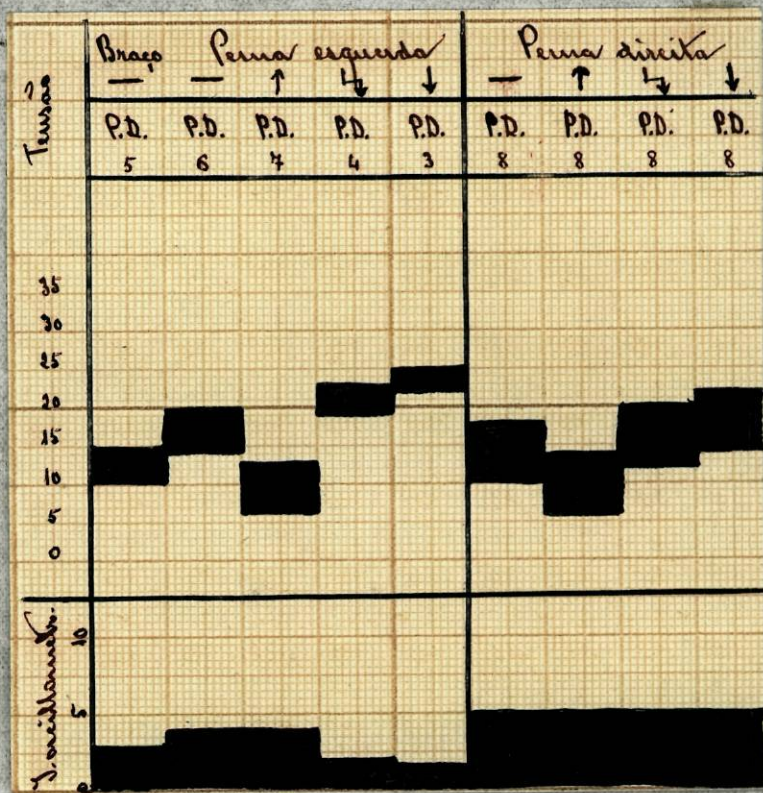
As modificações da pressão diferencial, segundo as atitudes, são restrictas, sem grande elevação da maxima e da minima nas posições sentada e de pé. O indice oscilometrico conserva-se sensivelmente o mesmo (V. fig. 1).

As medidas nas duas pernas são identicas.

XXXXXX A viscosidade é igual a 5.

O coefficiente esfigmo-viscosimetrico é bastante inferior a 1,5, atendendo á fraca pressão diferencial.

A evolução deste tipo de perturbação venosa para a insuficiencia valvular é algumas vezes longa, podendo ser seguida pela modificação progressiva da pressão diferencial nas posições a pé e sentada, do indice oscilometrico e da maxima, com acentuação localizada geralmente dum lado.



W-2

869

RELIQUATS DE PLEBITA AGUDA

Podemos avaliar imediatamente o estado circulatório pela comparação das medições nas duas pernas.

A pressão diferencial é menor nas posições a pé e sentada do que na deitada, devido á elevação simultanea da maxima e da minima. A diferença é em media de 1 a 2 centímetros (V. fig. 2).

O indice oscilometrico está fortemente diminuido.

A maxima e minima do membro inferior na posição horizontal excede mais de três centímetros a do membro superior.

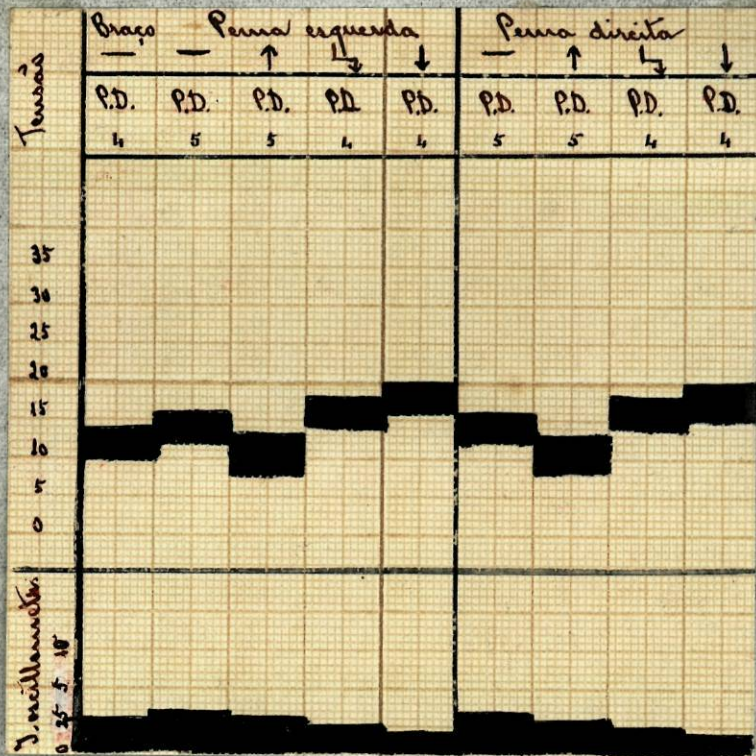
A viscosidade sanguinea está elevada e o coeficiente esfigmo-viscosimetrico diminuido.

VARIZES DA GRAVIDEZ -

O metodo biometrico permite-nos distinguir duas especies de varizes: umas, por insuficiencia valvular funcional com as variações de tensão já atraz citadas; outras, por perturbações endocrinicas a que tambem já fizemos referencia .

ASTENIA VASO-MOTORA

A astenia vaso-motora manifestando-se por uma insta-



W-3

bilidade termica, sensação de fadiga na posição a pé, câimbras, atrofia ligeira dos membros, dá-nos pela medição das tensões uma fraca elevação da pressão diferencial das maxima e minima na posição sentada e a pé.

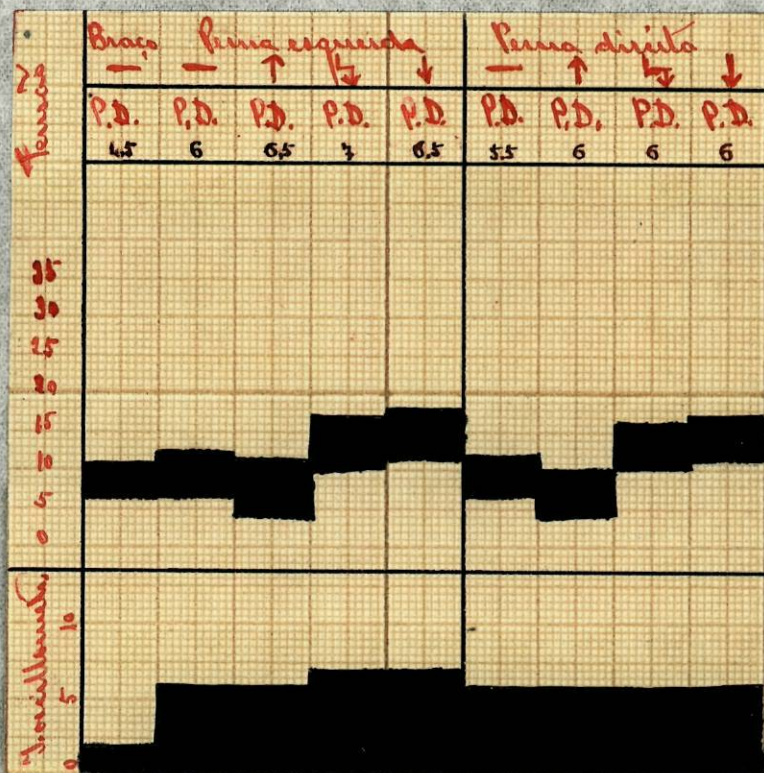
Diminuição notavel do indice oscilometrico e desaparecimento da proporção com a ^{pressão} ~~pressão~~ diferencial (V. fig. 3)

A viscosidade sanguinea está muitas vezes aumentada e o coeficiente esfigmo-viscosimetrico é inferior a 1,5.

E eis exposto muito/resumidamente o resultado que Habelle obteve com o seu metodo biometrico.



Antes de fazer as medições nos individuos patologicos, tratei de fazer algumas em normaes. ~~Sua~~ medição da viscosidade sanguinea e determinação do indice esfigmo-viscosimetrico ~~essas~~ ~~as~~ elementos de reduzida importancia com que Habelle não entra em conta nas conclusões a que chega nos individuos portadores de varizes por insuficiencia valvular, que o caso de que vou tratar, desprezei-as por me parecer que só vinham complicar o metodo.



W^o 4

NORMAIS

J. M. V. B. , 21 anos, solteiro, estudante. (Vide fig. 4).

R. D.

$$T_M = 11$$

$$t_m = 6,5$$

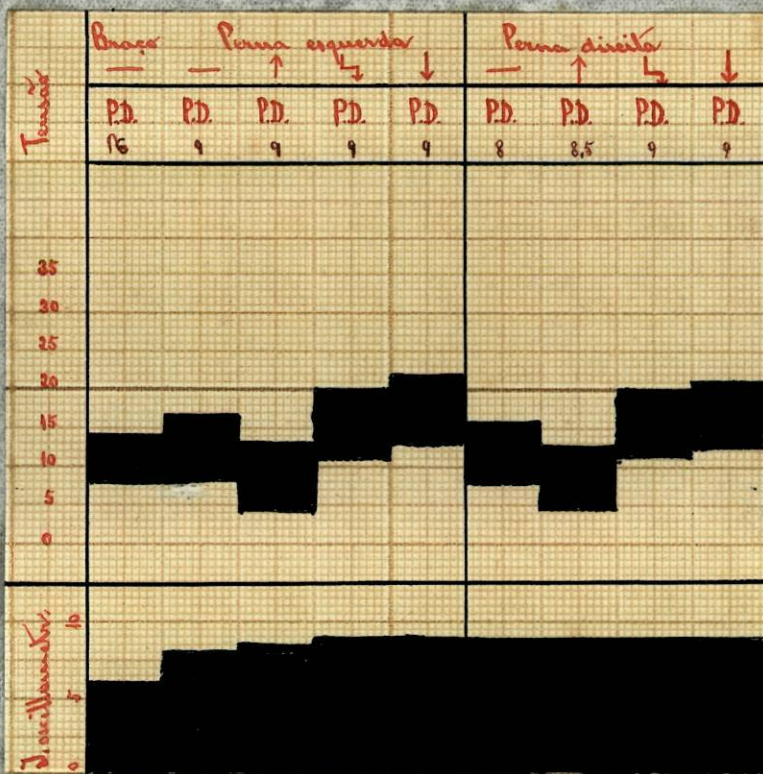
$$I.O. = 2 t_d = 4,5$$

Perna direita

	T_M	t_m	I.O.	t_d
→	12	6,5	6	5,5
↑	10	4	6	6
↳	16	10	6	6
↓	17	11	6	6

Perna esquerda

	T_M	t_m	I.O.	t_d
→	12,5	6,5	6	6,5
↑	10,5	4	6	6,5
↳	17	10	7	7
↓	18	11,5	7	6,5



No. 5

C.A.R.B., 24 anos, solteiro, medico. (V. fig. 5-)

R. D =

$T_M = 14$

$t_m = 8$

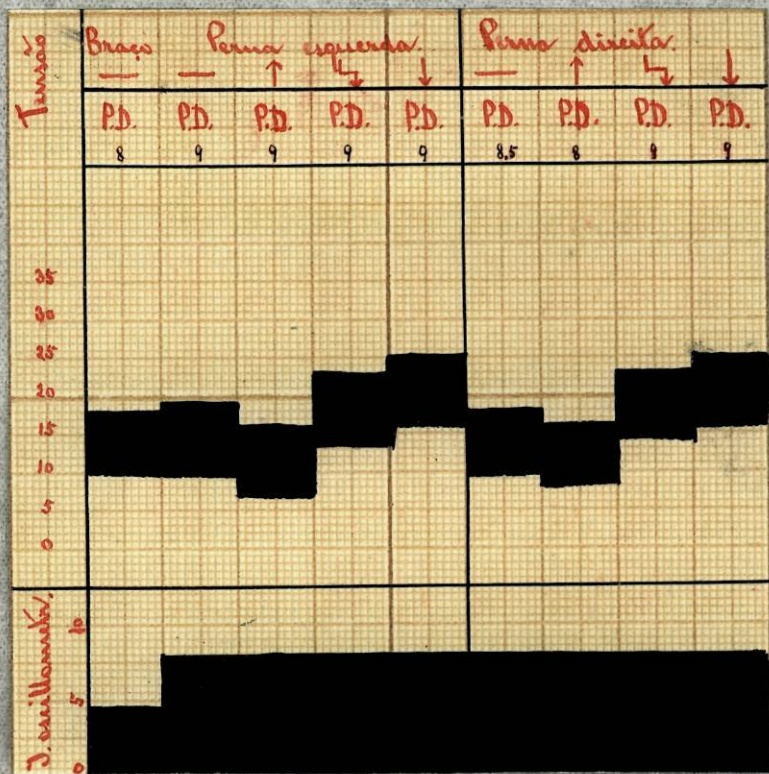
$I.O. = 8,5 \quad t_d = 6$

Perna direita

T M	t m	I.O.	t d
16	8	8	8
19	4,5	8	8,5
20	11	9	9
21	12	8	9

Perna esquerda

T M	t m	I.O.	t d
17	9	9	9
18	4	9	9
20	11	9	9
22	13	9	9



Nº. 6

WILHELM RUDOLF

J. P. 30 anos, solteira, doméstica

27

R. D.

(V. FIG. 6)

$$T_M = 18$$

$$t_M = 10$$

$$I.O. = 4 \quad t_d = 8$$

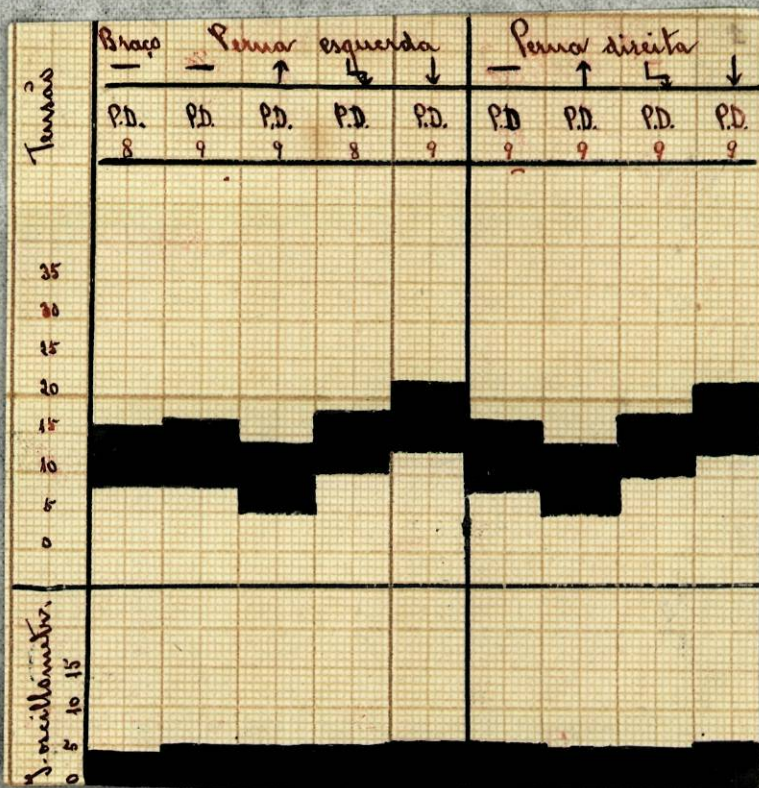
Perna direita

	T_M	t_M	I.O.	t_d
→	18	9,5	8	8,5
↓	18	8	8	8
↙	23	14	8	9
↓	25	16	8	9

Perna esquerda

	T_M	t_M	I.O.	t_d
→	19	10	8	9
↑	18	7	8	9
↙	23	14	8	9
↓	25	16	8	9

MANUFACTURED



5. micilométer.
 0 5 10 15

N: 7

J. da S., 29 anos, casado, trabalhador rural 28

(v. fig. 7).

R. D.

T = 18
M

t = 8
m

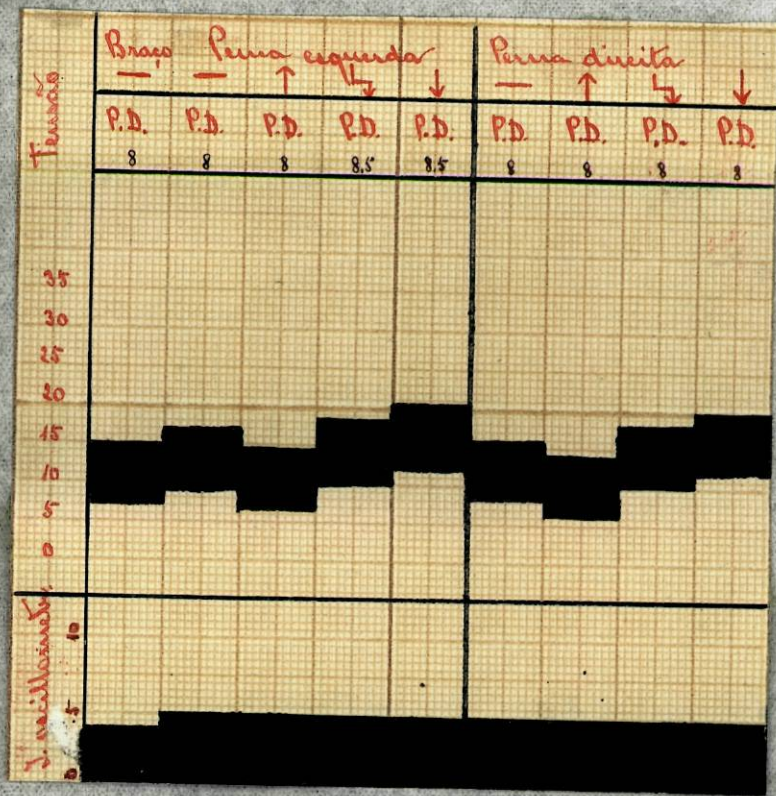
I.O. = 4 t = 8
d

Perna direita

T	t	I.O.	t
M	m		d
→ 17	8	5,5	9
↑ 14	5	5	9
└ 19	10	5	9
↓ 22	13	5,5	9

Perna esquerda

T	t	I.O.	t
M	m		d
→ 17	8	5	9
↑ 14	5	5	9
└ 18	10	5	9
↓ 22	13	5	9



Nº 8

B. M., 45 anos, casado, trabalhador rural
(v. fig. 8).

R.D.

$$\begin{matrix} T \\ M \end{matrix} = 15$$

$$\begin{matrix} t \\ m \end{matrix} = 7$$

$$I.O. = 4 \quad \begin{matrix} t \\ d \end{matrix} = 8$$

Perna direita

$\begin{matrix} T \\ M \end{matrix}$	$\begin{matrix} t \\ m \end{matrix}$	I.O.	$\begin{matrix} t \\ d \end{matrix}$
18	8	5	8
14	6	5	8
18	10	5	8
20	12	5	8

Perna esquerda

$\begin{matrix} T \\ M \end{matrix}$	$\begin{matrix} t \\ m \end{matrix}$	I.O.	$\begin{matrix} t \\ d \end{matrix}$
17	9	5	8
14,5	6,5	5	8
18,5	10	5	8,5
20,5	12	5	8,5

Passando a vista pelos cinco graficos correspondentes a estas cinco observações nós verificamos que:

A pressão diferencial e indice oscilometrico mantem-se constantes atravez das diferentes atitudes, salvo pequenissimas variações.

A tensão maxima e minima da posição sentada e a pé não ultrapassa em regra 4 cm Δ da posição deitada.

:-:-:-:-:

Vou agora apresentar cinco observações de outros tantos doentes portadores de varizes por insuficiencia valvular, referindo-se a segunda observação a um individuo que apresentando apenas uma sintomatologia subjectiva, nos não permitia fazer um diagnostico certo de varizes profundas.

O resultado biometrico vem confirmá-lo de uma maneira irrefutavel.

MANIFOLD

1693

INDIVIDUOS PATOLOGICOS.

(Insuficiencia valvular da safena interna)

OBSERVAÇÃO I.

P. G., 25 anos, viuva, criada (v. fig. n.º 9)

Cansaço pela marcha e aumento de volume da perna esquerda.

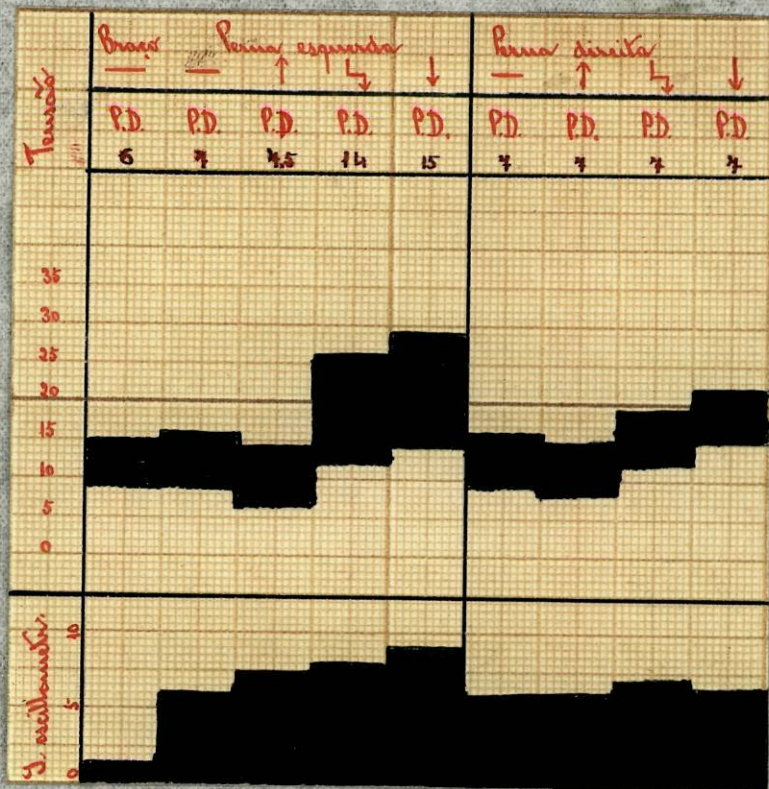
Dores. Solução de continuidade, na região maleolar interna da mesma perna, com perda de substancia, de bordos talhados a pique, cercada de uma crosta cicatricial, donde á simples pressão sahem umas gotas de pús. Na face interna e um pouco acima do maleolo, encontra-se uma outra solução de continuidade com os mesmos caracteres. Pele acastanhada tanto na região dorsal do pé como na metade inferior da perna.

Safena interna na sua metade inferior varicosa. Prova de Trendelenburg positiva.

Pulso 75. W.—.

Os seus padecimentos datam de ha 12 anos.

Teve um aborto.



N: 9

R.D.

$$\frac{T}{M} = 15$$

$$\frac{t}{m} = 9$$

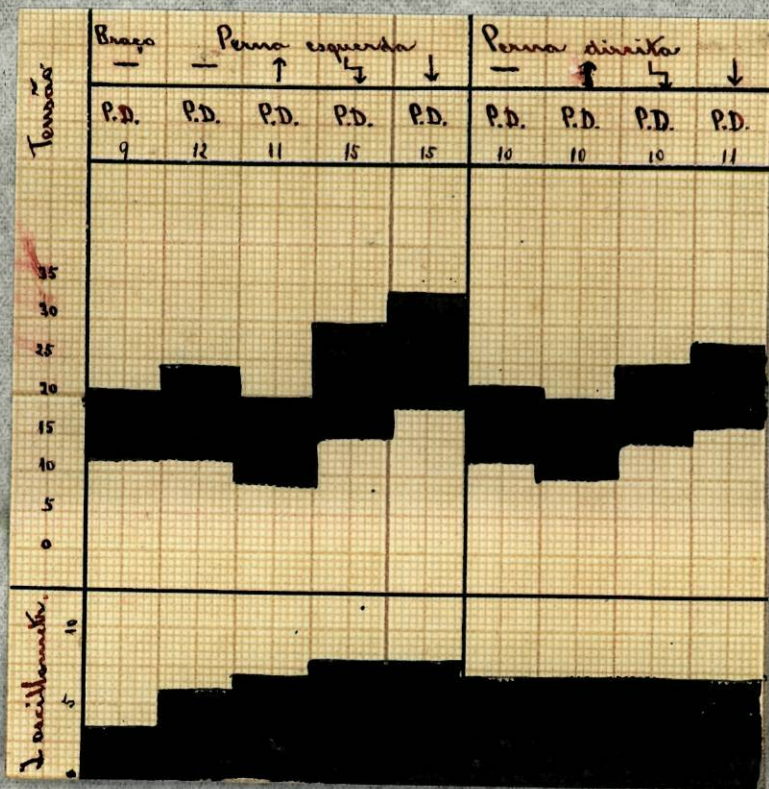
$$I.O. = 1,5 \frac{t}{d} = 6$$

Perna esquerda

$\frac{T}{M}$	$\frac{t}{m}$	I.O.	$\frac{t}{d}$
- 16	9	6	7
↑ 14	6,5	7	7,5
↳ 26	12	8	14
↓ 29	14	9	15

Perna direita

$\frac{T}{M}$	$\frac{t}{m}$	I.O.	$\frac{t}{d}$
- 18	9	6	7
↑ 16	8	6	7
↳ 19	12	7	7
↓ 22	15	6	7



Nº 10

A. G. da C. de 39 anos. (v. f'_{3} mº 10)

Cansaço com a marcha, formigueiros, sensação de peso e edema maleolar da perna esquerda. A experiência de Trendelenburg devido á sua grande adiposidade, impossível de realizar.

Pulso 100.

R.D.

T = 21
M

t = 12

I.O. = 3,5 t_d = 9

Perna esquerda

T =
M

t =
m

I.O. =

t_d =

— 24

12

6

12

↑ 20

9

7

11

↙ 30

15

8

15

↓ 34

19

8

16

Perna direita

T
M

t
m

I.O.

t_d

— 22

12

7

10

↑ 20

10

7

10

↙ 25

15

7

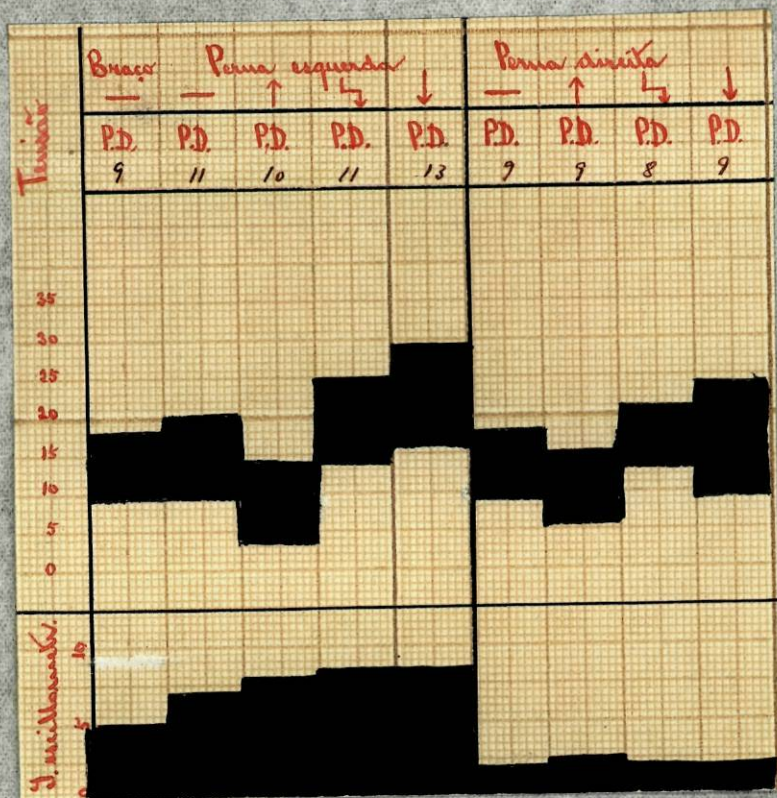
10

↓ 38

17

7

11



N^o 11

OBSERVAÇÃO III

M.O., 76 anos, solteiro, empregado (n. fig. n.º 11)

Cansaco com a marcha e sensação de peso no membro inferior esquerdo.

Safena interna muito saliente com grande numero de varicosidades em toda a extensão da perna e parte da côxa.

Experiencia de Trendelenburg, positiva.

Ha vinte anos que principiou a sofrer.

Foi sempre saudavel.

R. D.

Pulso 72.

$T_M = 12$

$t_m = 9$

I.o. = 5

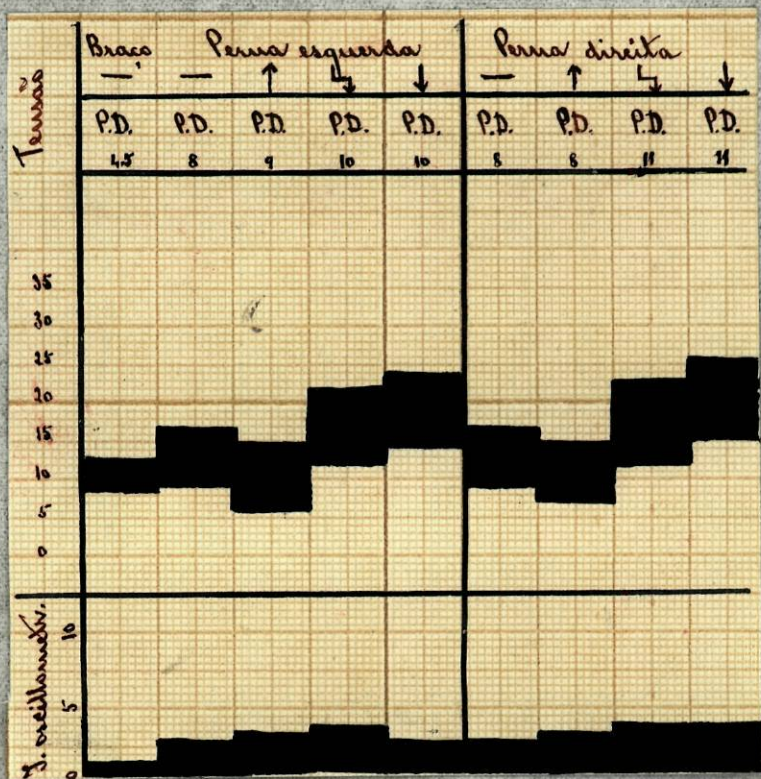
$t_d = 9$

Perna esquerda

	T_M	t_m	I.o.	t_d
—	20	9	7	11
↑	14	4	8	10
↙	25	14	8,5	11
↓	29	16	8,5	13

Perna direita

	T M	t M	I.O.	t d
—	18	9	2	9
↑	15	6	3.5	9
└─┘	21	13	2	8
↓	24	15	2	9



Nº 12

WALTON

328

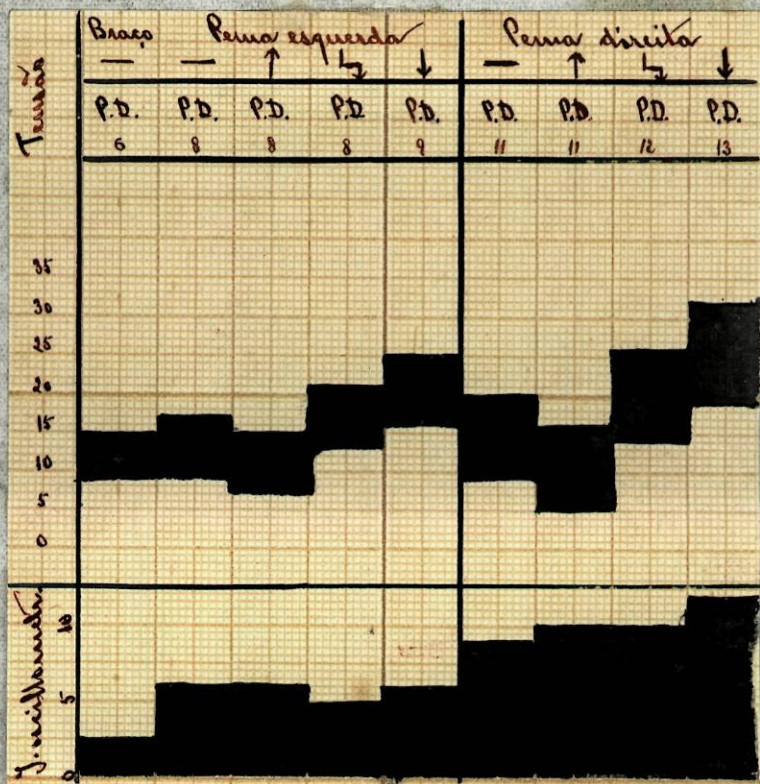
M.C. da S., 26 anos, casada, domestica (m. fig. n.º 12)

Cansa facilmente com a marcha, ao mesmo tempo que sente dores e formigueiros nas pernas. Safena interna medianamente dilatada em ambas as pernas. Experiencia de Trudelenburg positiva.

Sofre ha 8 anos, sendo de resto saudavel.

R.D.

T = 13		t = 3,5		I. = 1,5		t = 4,5	
M		m		o.		d	
Perna esquerda							
T		t		I.O.		t	
M		m				d	
— 17		9		3		8	
↑ 15		6		3,5		9	
↙ 22		12		4		10	
↓ 24		14		3		10	
Perna direita							
T		t		I.O.		t.	
M		m				d.	
— 17		9		3		8	
↑ 15		6		3,5		8	
↙ 22		12		4		11	
↓ 26		15		4		11	



Nº 13

OBSTERVAÇÃO V

J. L., 28 anos, solteiro, moço e de lavoura (n. fig. n.º 13)

Consaço com amarcha, dores e formigueiros na perna doente e formação de edema peri e supra-maleolar que desaparece com o repouso e horizontalização do doente.

Úlcera varicosa no terço inferior da face externa da mesma perna.

Os seus padecimentos datam desde 1916.

Foi sempre saudável.

R.D.

T.M.	t M	I.O.	t d
15	8	3,5	e
Perna esquerda			
T M	t M	I.O.	t d
17	9	6	8
15	7	6	8
21	13	6	8
25	16	6	9

Perna direita

	T M	t m	I.O.	t d
—	20	9	9	11
↑	18	5	10	11
↙	28	14	10	12
↓	32	19	12	18

CAPITULO IVCONCLUSÃO

Pelo que acabo de expôr, verifica-se que os meus trabalhos veem confirmar os de Habelle no que diz respeito aos doentes varicosos por insuficiência valvular da safena interna. Isto é, em resumo:

- 1.º - Há o desaparecimento da constancia do indice oscilometrico e da pressão diferencial, segundo as atitudes;
- 2.º - A pressão maxima e minima na posição sentada e a pé ultrapassa em muito a normal;
- 3.º - O indice oscilometrico aumenta na posição sentada e a pé proporcionalmente ao aumento da pressão diferencial;
- 4.º - Há uma desigualdade entre as tensões das duas pernas; a perna mais varicosa dando-nos a pressão mais elevada, não só a tensão maxima, como a minima e diferencial.

Desnecessario se torna especificar as diferenças existentes, pois que facilmente ellas se verificam nos graficos que acompanham cada observação.

PROPOSIÇÕES

- ANATOMIA - A topografia visceral estudada no cadaver não é exacta.
- FISIOLOGIA - O cinema é um precioso elemento para o estudo da fisiologia do ~~movimento~~ movimento.
- PATOLOGIA EXTERNA - Um grande numero de raquiticos são heredo-sifiliticos.
- MEDICINA LEGAL - Um dos sinais de morte, que em poucos momentos se torna sempre patente, é a perda de tensão do globo ocular.
- HIGIENE - No despolhamento consiste a profilaxia do tifo exantematico.
- CLINICA MEDICA - Para o tuberculoso febril o anti-termico mais util é o repouso.
- CLINICA CIRURGICA - As perdas de substancia cerebral do lobulo frontal não acarretam, geralmente, perturbações futuras.
- THERAPEUTICA - O abcesso de fixação é um auxiliar valioso no tratamento das grandes infecções.
- MEDICINA OPERATORIA - O resultado de uma intervenção depende mais dos cuidados pré e post-operatorios do que da propria intervenção.
- OBSTETRICIA - As indicações da vasiotripsia devem ser muito limitadas.