

JORGE MAZERON FONYAT

PROVAS CLÍNICAS DE
EXPLORAÇÃO NAS VARIZES
DOS MEMBROS INFERIORES



DUPLICATA

Com os comentários da
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA
UFRGS

1948

EDITORIA DO GLOBO - Porto Alegre

MED

T

WG

620

JORGE MAZERON FONYAT



Provas Clínicas de Exploração nas Varizes
dos
Membros Inferiores

Tese para concurso ao título de Docente-
Livre de Clínica Propedêutica Cirúrgica da
Faculdade de Medicina da Universidade de
Pôrto Alegre.

1948

OFICINAS GRÁFICAS DA LIVRARIA DO GLOBO
JOSÉ BERTASO & CIA. — PÔRTO ALEGRE
FILIAIS: R. JANEIRO - S. PAULO - S. MARIA - PELOTAS - R. GRANDM



Bib.Fac.Med.UFRGS

T-0376

Provas clinicas de exploracao

PREÂMBULO

Nestes últimos tempos, após um largo período estacionário, as pesquisas em torno do problema das varizes dos membros inferiores tomaram incremento.

São em grande número os autores que a elas se dedicaram, como o atesta a abundante literatura existente, principalmente de fonte anglo-saxã.

Sem, no entanto, elucidarem claramente tôdas as causas do síndrome varicoso, êstes estudos tornaram patente que a boa orientação terapêutica, pelo menos atualmente, é a ditada pelo conhecimento da dinâmica sanguínea das veias varicosas; de sua exata classificação depende o êxito terapêutico.

O estudo e localização destas alterações funcionais da circulação venosa nas varizes estão afetos à semiologia; é de seus ensinamentos que surge a classificação exata do síndrome varicoso, dela dependendo, portanto, as medidas curativas adequadas.

Esta exploração é realizada por meio de provas clínicas, que, na bibliografia existente sôbre o assunto, são diferentemente enunciadas e interpretadas.

O presente trabalho pretende contribuir para o esclarecimento dêsses meios semióticos. Para isto, prèviamente, estudamos a anatomia e histologia das veias do membro inferior, abordando, em seguida, a dinâmica do sangue venoso da região. A etiopatogenia e a anatomia patológica da afecção foram objeto de outros dois capítulos.

A seguir, procuramos sistematizar o exame do paciente varicoso, dando especial atenção às provas clínicas mais em evi-

dência. Estas foram empregadas de acôrdo com sua técnica original, com as modificações impostas pela experiência e pelos conhecimentos atuais da matéria.

Com esta orientação, realizamos as observações mais adiante explanadas, tendo a avaliar suas possibilidades os resultados terapêuticos conseguidos. Uma vez que o exame de todos os nossos doentes foi norteado pelas indicações exaradas no capítulo correspondente, seria desnecessária e fastidiosa, alongando em muito e sem proveito êste trabalho, a reprodução das observações in extenso. Por isto, apresentamô-las resumidas.

As conclusões dêste estudo foram reunidas no capítulo final.

Não deve ser estranhada a falta de um capítulo dedicado ao histórico da afecção, pois as excelentes monografias existentes se ocuparam largamente dêste assunto.

Não cogitamos do emprêgo da venografia como método semiótico em nossos pacientes, atendo-nos, exclusivamente, às provas clínicas referidas mais adiante.



CAPÍTULO I

DADOS DE ANATOMIA E HISTOLOGIA DAS VEIAS DO MEMBRO INFERIOR

Em vista das numerosas variações individuais que apresentam as veias dos membros inferiores, torna-se imprecisa a sua descrição anatômica particularizada. Assim, após os dados anatômicos clássicos (1), serão apontadas as alterações mais importantes e de interesse para o estudo em aprêço.

O manguito aponevrótico, que envolve todo o membro inferior, divide o retôrno venoso em dois sistemas: *superficial e profundo*.

O sistema venoso profundo ou sub-aponevrótico, formado por veias intra e intermusculares, está contido no envoltório aponevrótico da extremidade inferior.

Suas veias seguem o mesmo trajeto das artérias, contraindo idênticas relações e tomando-lhes o mesmo nome.

Com exceção da veia poplitéia e da femural, geralmente únicas, existem duas veias para cada artéria: *venae comitantes*. Estas, entretendo íntimas relações com a artéria correspondente, são ligadas entre si por pequenos canais transversais, valvulados como as veias de onde se originam.

Os troncos venosos profundos apresentam em alguns indivíduos, normalmente, um aspecto ampolar, moniliforme, interpretado por VERNEUIL como varizes profundas.

O sistema venoso sub-aponevrótico tem sua origem numa malha venosa, situada na face plantar dos dedos, da qual emergem as veias digitais plantares, que se unem à veia correspondente do dedo próximo, ao nível das pregas interdigitais, para formar as veias metatársicas plantares. Do ponto em que as veias digitais plantares se unem para formar as metatársicas, partem ramos dorsais, que se vão anastomosar com as veias metatársicas dorsais, assim como ramos

plantares, que estabelecem comunicação com as veias plantares do sistema venoso superficial. São as veias intercapitulares (2).

As metatársicas plantares, situadas nos espaços inter-metatársicos, onde recebem afluentes dos músculos próximos e enviam ramos perfurantes às veias dorsais, lançam-se no arco venoso plantar profundo, satélite do arco arterial plantar.

O arco venoso plantar profundo é continuado, externamente, pelas veias plantares externas, que, reunindo-se atrás do maléolo tibial às plantares internas (provenientes das colaterais internas do dedo grande), constituem as veias tibiais posteriores. As plantares, em seu percurso, recebem colaterais e enviam ramos que, perfurando a aponevrose plantar, estabelecem comunicações com as veias plantares do sistema venoso extra-aponevrótico.

Na face dorsal do pé, as veias digitais dorsais reúnem-se para formar as quatro veias metatársicas dorsais, intra-aponevróticas, que, juntando-se à extremidade interna do arco venoso plantar profundo, por intermédio de uma veia capitular, vão se lançar nas veias comitantes da artéria pediosa. Na perna, estas últimas tomam o nome de veias tibiais anteriores.

As veias peroneiras, constituídas pela convergência das peroneiras anteriores e posteriores, elevam-se na perna, posteriormente, num trajeto paralelo ao músculo peroneiro, para, um pouco abaixo do músculo popliteu, lançarem-se nas tibiais posteriores, constituindo os troncos tíbio-peroneiros.

As veias tibiais posteriores, formadas da reunião das plantares, sobem na perna pela face posterior da membrana interóssea, situadas entre os ventres musculares do tibial posterior e do solear.

As veias tibiais anteriores, continuação das pediosas, sobem na perna sob os tendões e ventre muscular do extensor comum dos dedos, músculo tibial anterior e pela superfície anterior da membrana interóssea. Estas veias, abaixo da extremidade superior da tibia, à altura do anel do solear, reúnem-se aos troncos tíbio-peroneiros, formando um conduto único, a veia poplitéia.

As veias tibiais anteriores comunicam-se ao longo de seu percurso, na perna, com as peroneiras e tibiais posteriores, por intermédio de canais que perfuram a membrana interóssea. São encontrados, também, ramos anastomóticos entre as tibiais posteriores e as peroneiras.

Os três troncos venosos da perna, tibial anterior, peroneira e tibial posterior, em seu trajeto, recebem numerosos ramos colaterais, provenientes dos elementos anatômicos a que estão relacionados.

Além destas veias *intermusculares*, existe na perna outro grupo, as *veias intramusculares*, que são de dois tipos (3). Um, constitui-se de veias muito delicadas, que emergem do músculo, formando um ângulo reto com suas fibras. Estas vênulas formam no interior do ventre muscular, por suas anastomoses, uma verdadeira rede, que,

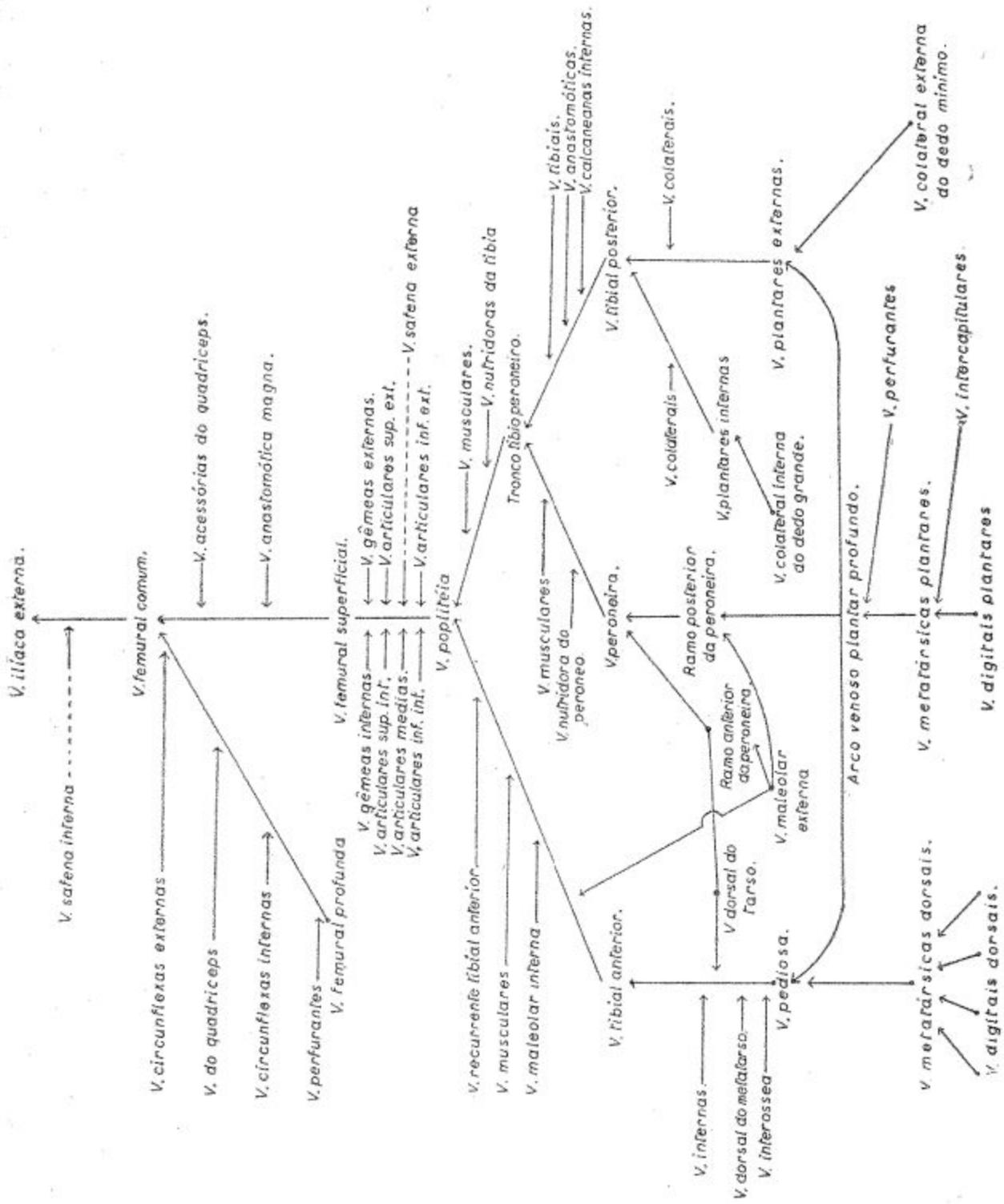


Fig. I
Sistema venoso profundo do membro inferior.

por intermédio de uma série de arcadas, se comunica com o tronco principal. São êstes vasos que, dilatando-se, compensam uma eventual obstrução dos troncos maiores. Êste tipo de veias intramusculares é encontrado em todos os músculos da perna, com exceção dos gêmeos e do solear.

O outro tipo de veias intramusculares encontra-se nos músculos gastrocnêmios e solear. Formam plexos de vasos com paredes finas, que atravessam todo o comprimento do ventre muscular, emergindo de seu interior no polo superior.

Em virtude da situação anatômica das veias intermusculares e principalmente das intramusculares, compreende-se que a contração dos músculos determine seu esvaziamento. Dêste ponto de vista, o gastrocnêmio e o solear, em razão de sua amplitude de movimentos, tornam-se particularmente efetivos.

A veia poplitéia, situada, em sua origem, internamente em relação à artéria do mesmo nome, à medida que sobe, cruza êste vaso por trás, de dentro para fora, tornando-se látero-externa no ângulo superior do ôco popliteu. Em sua ascensão por êste espaço, recebe como afluentes as veias gêmeas e as articulares, desembocando em seu terço médio a veia safena externa.

Envôltas numa bainha vascular comum, muito resistente e de difícil dissecação, a artéria e a veia poplitéia atravessam o anel do terceiro adutor, tomando esta o nome de femural superficial.

A veia femural superficial sobe pela coxa, em íntimas relações com a artéria do mesmo nome, para, a cêrca de 4 cms. do ligamento inguinal, ao receber a veia femural profunda, formar uma femural comum. Ao transpor o anel crural, passa a denominar-se veia ilíaca externa.

De látero-externa que era, ao passar o anel do terceiro adutor, a veia femural, à medida que sobe, circunda a artéria homônima por trás, de maneira que, à altura do meio da coxa, é posterior a esta, situando-se do lado interno do tronco arterial, no triângulo de Scarpa e no anel crural.

Com exceção das veias subcutâneas abdominais e pudendas externas, a femural recebe, em seu trajeto ascendente, tôdas as veias comitantes das artérias emitidas pela artéria femural. Do sistema superficial, recebe a veia safena interna, que nela se lança, num ponto situado 3 a 4 cms. abaixo da arcada crural.

A veia femural profunda anastomosa-se com as veias isquiáticas e obturadoras, afluentes da hipogástrica, por intermédio da circunflexa interna, sua tributária. Nas obstruções da femural comum ao nível da região crural, estas anastomoses desempenham um papel importante na derivação do retôrno sanguíneo.

O sistema venoso superficial ou extra-aponevrótico é, sem dúvida, o grupo de veias que mais interêsse desperta no caso, em razão da

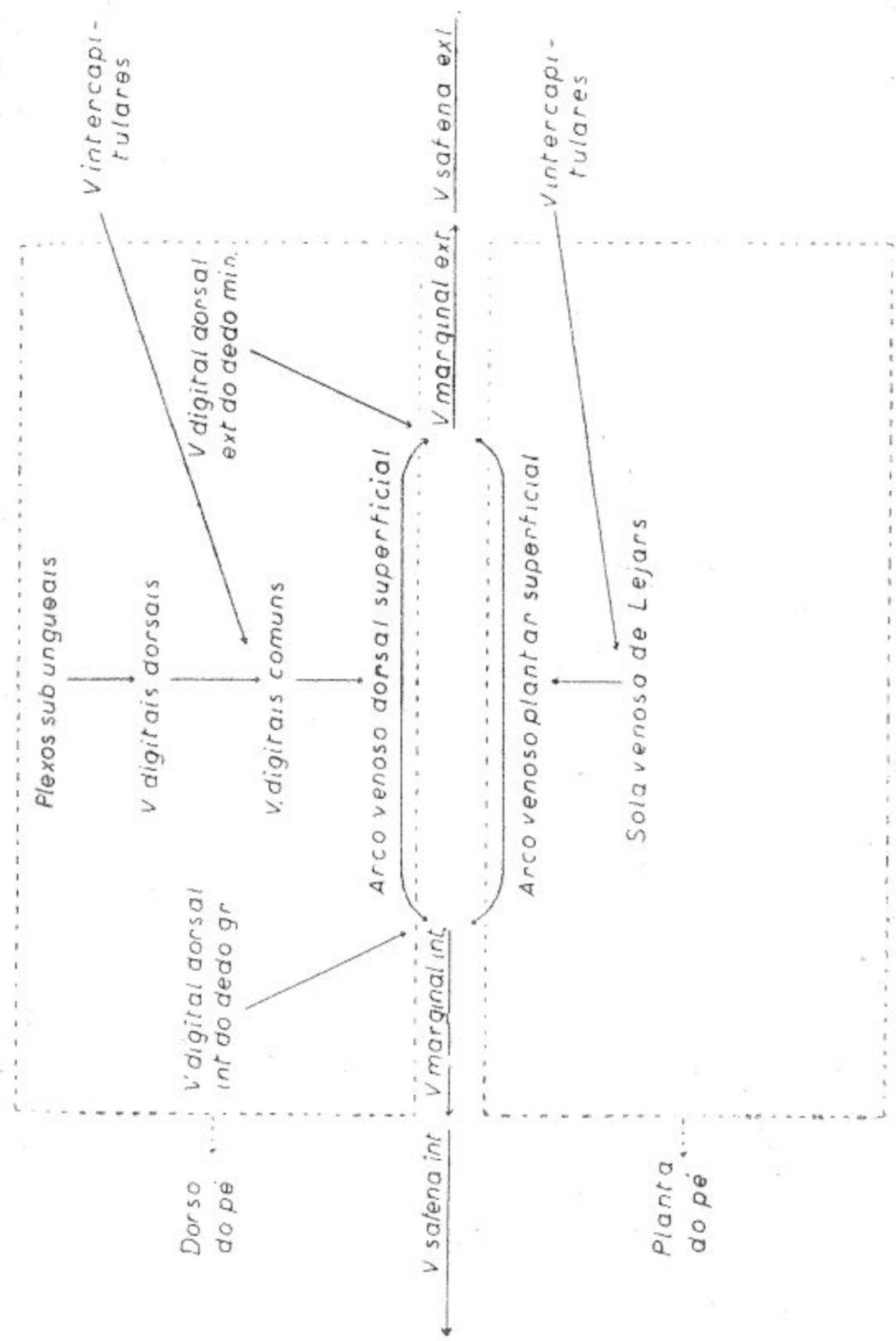


Fig. 2
Sistema venoso superficial no pé.

quase totalidade das varizes nêle se localizarem. Em virtude de ser destituído do estôjo muscular é da bainha aponevrótica que envolve o sistema venoso profundo, encontra-se razão anatômica para a grande incidência de varizes no sistema das safenas, situado em pleno tecido celular subcutâneo, que pouco apoio pode dar à elasticidade e musculatura das paredes venosas.

No pé, o sistema venoso superficial compõe-se de dois grupos de veias, um na face plantar e outro na face dorsal, que, por intermédio de troncos anastomóticos, se comunicam largamente, não só entre si mas também com o sistema venoso profundo da região.

Na face plantar do pé, as veias superficiais são de pequeno calibre, mas numerosas, formando com suas anastomoses uma rêde intrincada e compacta a que LEJARS denominou *sola venosa*. Por diante, a rêde venosa plantar termina constituindo um tronco transversal, o arco venoso plantar superficial, à altura da raiz dos dedos e nos espaços interdigitais, de onde envia ao arco venoso dorsal superficial uma veia anastomótica, veia intercapitular, através de cada espaço interósseo. Nos bordos do pé, pela confluência das pequenas veias, formam-se de oito a doze troncos, que vão desaguar nas veias marginal externa e interna, respectivamente nos bordos externo e interno do pé. No calcanhar, as vênulas da sola venosa formam um arco interno que vai desaguar nas veias superficiais da perna.

No dorso do pé, as veias digitais dorsais reúnem-se às intercapitulares para formar as veias digitais comuns, que, mais para trás, vão constituir o arco venoso dorsal superficial.

Êste arco venoso dorsal superficial, após receber como tributárias as veias digital dorsal interna do dedo grande e a digital dorsal externa do dedo mínimo, vai se lançar, por suas extremidades interna e externa, nas veias marginais interna e externa, respectivamente.

Veia safena externa. — A veia marginal externa, na perna, toma o nome de safena externa ou pequena safena. Passando atrás do maléolo externo, vai colocar-se ao lado do tendão de Aquiles, marginando seu bordo externo; após perfurar a aponevrose profunda, situa-se no sulco longitudinal dos músculos gêmeos, percorrendo-o em tôda a sua extensão, até à altura da prega de flexão do joelho, onde, encurvando-se para frente, vai lançar-se na veia poplitêia, em seu têço superior.

Para TESTUT (1), a safena externa é superficial sòmente no pé, pois atrás do maléolo externo perfura a aponevrose, conservando-se subfascial até seu deságue na poplitêia.

SPALTEHOLTZ (4) descreve a pequena safena transitando na espessura do fascia profundo, num verdadeiro canal aponevrótico.

Para SAPPEY, HOVELACQUE e CHRETIEN (5), a safena parva torna-se sub-aponevrótica na metade superior da perna.

KOSINSKY (6), em 75% dos casos, numa dissecação de 124 pernas, encontrou a safena externa atravessando a aponevrose no terço médio da perna. Nos restantes 25% de sua casuística, perfurava o fascia no terço superior.

Nem sempre a terminação da safena externa se faz nos moldes clássicos mais acima relatados. As diferenças de terminação apresentam-se numa elevada percentagem; é o que demonstram os estudos de KOSINSKY (6). Este autor considera três variedades principais:

1 — Terminação na região poplitéia.

Nesta variedade, a veia safena externa inoscula-se à poplitéia, à altura do joelho. Perfaz 57,3% dos casos. Dêste total de 57,3%, apresentam-se dois grupos: no primeiro, com 42%, a safena liga-se à poplitéia na metade inferior do losango popliteu, onde recebe uma tributária inconstante, veia fêmuro-poplitéia de Hyrtl ou veia femural cutânea posterior de Meyer. A veia fêmuro-poplitéia pode alcançar superiormente as veias isquiáticas.

No segundo grupo, disposição encontrada em 15,3% dos casos, a pequena safena divide-se em dois ramos; um dêles estabelece junção com a poplitéia no mesmo ponto que a precedente, enquanto que o outro, seguindo a direção do tronco principal, anastomosa-se, na coxa, com a grande safena, mais ou menos a 32 cms. acima do joelho. Este último ramo segue pela linha mediana da face posterior da coxa, por baixo da aponevrose, para, a 16 cms. acima do joelho, tornar-se extra-aponevrótico e dirigir-se obliquamente para dentro, unindo-se à safena interna, na face ântero-interna da coxa.

2 — Terminação alta.

Esta disposição, que é encontrada em 33% dos casos, apresenta três tipos de terminação:

a) A pequena safena termina anastomosando-se com as veias profundas da coxa, veias perforantes ou ciáticas, a mais ou menos 12 cms. acima do joelho (13,7%).

b) À altura do centro do losango popliteu, a safena externa bifurca-se em dois ramos, indo um inoscular-se nas veias profundas da coxa, a 10 cms. do joelho, e o outro, anastomosar-se à safena interna, 26 cms. acima do joelho.

Este último ramo é subfascial em seus 16 primeiros centímetros, tornando-se subcutâneo nos últimos 10. Encontra-se em 6,4% dos casos.



c) Aqui, a veia safena externa desemboca unicamente na safena interna, a 31 cms. acima do joelho. Faz um trajeto subcutâneo. A porção femural da safena externa, neste tipo de terminação, é denominado por CRUVEILHIER de "ramus anastomoticus". É também conhecida por veia safena acessória; nela são encontradas de duas a quatro válvulas venosas. Constituem 12,9% dos casos.

3 — Terminação baixa.

Duas possibilidades: numa, a safena externa termina na metade superior da perna, anastomosando-se à safena interna (8,1%), e, noutra, inoscula-se às veias profundas da perna, à altura do terço superior, veias gastrocnêmias (1,6%).

Em seu trajeto ascendente, a safena externa recebe colaterais da face posterior e externa da perna. Em parte de seu curso, a safena externa é acompanhada pelo nervo do mesmo nome e por uma arteríola.

Veia safena interna. — Originada da veia marginal interna, eleva-se a grande safena pela face ântero-interna da perna, passando por diante do maléolo tibial. No joelho, rodeia por trás os côndilos internos da tíbia e do fêmur, situando-se, logo acima dêste, sobre o tendão do músculo costureiro.

Daí, inclinando-se um pouco para fora, dirige-se para um ponto situado na base do triângulo de Scarpa, onde, encurvando-se para fora e para trás, atravessa a aponevrose, desembocando na veia femural (crossa da safena interna). Ao perfurar o fascia cribiforme para lançar-se na veia femural, a grande safena transpõe um orifício, a fossa oval, reforçado para baixo e para fora por uma dobra aponevrótica, o ligamento falciforme de Allan Burns ou ligamento de Hey.

Percorrendo êste trajeto, a safena interna qualifica-se como a veia subcutânea de maior comprimento do corpo humano.

O ponto onde a safena interna se lança na veia femural foi determinado por EDWARDS (7), ao dissecar 21 extremidades inferiores; como ponto de reparo foi usado o *tuberculum pubicum*, acidente ósseo facilmente evidenciável, relacionado ao ângulo súpero-interno da fossa oval. São as seguintes as distâncias encontradas, no sentido vertical e horizontal:

| | Horizontal | Vertical |
|----------------------------|------------|----------|
| Valores médios | 3,9 cms. | 1,7 cms. |
| Distância máxima | 6,0 cms. | 4,0 cms. |
| Distância mínima | 2,0 cms. | 0 cm. |

Em seu trajeto, a veia safena magna recebe como afluentes as veias subcutâneas da face anterior e interna da perna e tôdas as veias subcutâneas da coxa.

A crossa da safena interna tem como tributárias as veias seguintes, que tomam variadas disposições:

veia femural superficial externa
veia femural superficial interna
veia circumflexa ilíaca superficial
veia epigástrica superficial
veia pudenda externa.

GLASSER (8), após a dissecação de 100 extremidades inferiores (50 cadáveres), para o estudo anatômico das variações venosas na fossa oval, chama a atenção para a ocorrência freqüente de veias safenas acessórias e volumosas veias femurais superficiais, fatos êstes que se afastam das descrições clássicas. Para êste autor, esta disposição alcança a mais de 50% de seus casos.

Veia femural superficial externa. — Constitui a maior tributária da safena interna. Coleta o sangue da região do joelho e da face ântero-externa da coxa. Anastomosa-se à safena interna na fossa oval, ou alguns cms. abaixo. Em 6% dos casos, divide-se em veias de pequeno calibre, que desaguam na safena magna. Noutros casos, lançam-se na safena, por intermédio de um tronco comum à veia circumflexa ilíaca superficial, à altura da fossa oval (9%); em 9 casos, a veia epigástrica superficial veio juntar-se às duas precedentes (8). Pode ainda a femural superficial externa anastomosar-se à veia femural comum, acima da desembocadura da safena interna (1%).

Veia femural superficial interna. — Abre-se na safena interna em nível inferior à femural superficial externa. Pode receber em sua terminação a veia pudenda externa. A veia femural superficial interna, rodeando a face interna da coxa, anastomosa-se distalmente às veias glúteas inferiores. Por outro lado, a veia pudenda externa comunica-se com a pudenda interna. “Em vista das veias glúteas inferiores e pudenda interna serem tributárias da hipogástrica (ilíaca interna), uma obstrução tanto da veia femural ou ilíaca externa acima da safena, ou da veia hipogástrica, pode resultar na dilatação da veia femural superficial interna ou da pudenda externa” (7).

Veia circumflexa ilíaca superficial. — Drena o sangue do segmento superior da face ântero-externa da coxa e da região da crista ilíaca. Lança-se na safena interna à altura de sua crossa, ou num tronco comum à femural superficial externa e à epigástrica superficial. Em 1% dos casos, desemboca diretamente na veia femural (8).

Veia epigástrica superficial. — Esta veia, com tributárias na região umbilical e púbica, cruza o ligamento inguinal para desaguar na safena interna à altura de sua crossa. Pode lançar-se diretamente na veia femural, acima da fossa oval (6%), ou num tronco comum

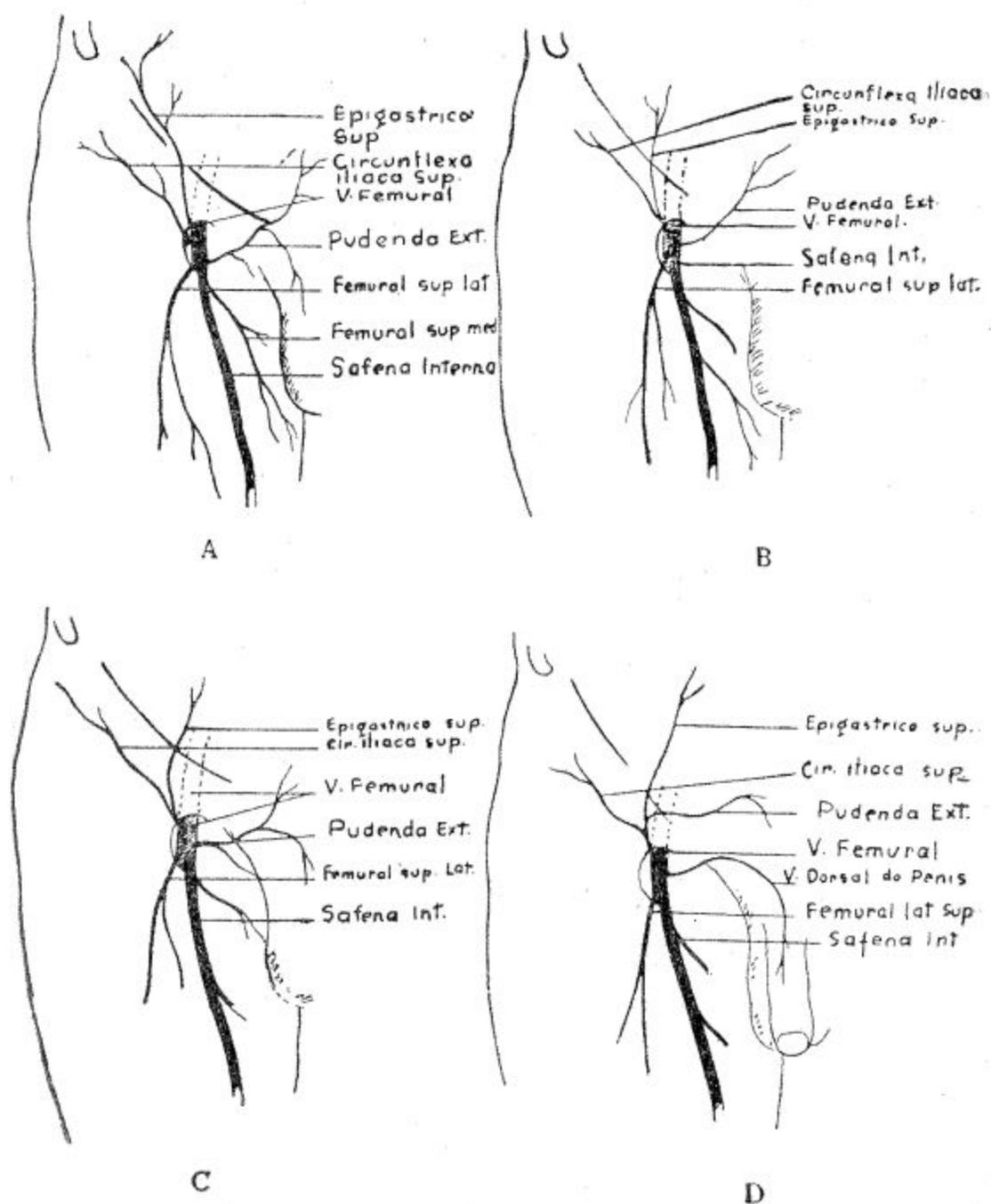


Fig. 3

Variações dos tributários da crosse da safena, segundo SHELLEY.

A. — Disposição comum. A circunflexa iliaca externa, pudenda externa e epigástrica superficial, chegam isoladamente. Geralmente a epigástrica superficial é mais interna. As veias femurais superficiais, desembocam logo abaixo da fossa ovalis.

B. — A circunflexa iliaca externa e a epigástrica superficial, formam um tronco comum que se esvazia ao nível da junção safenofemural. A femural superficial externa também liga-se neste ponto. Disposição freqüente.

C. — Apresentação muito rara, a circunflexa iliaca externa, epigástrica superficial, pudenda externa e femural superficial lateral, desembocam diretamente na femural.

D. — Circunflexa iliaca externa, epigástrica superficial e pudenda externa estão unidas em um tronco que vai ter à safena. A veia dorsal do pênis pode se esvaziar diretamente na safena interna. Várias combinações destas diferentes variações podem ser encontradas.

à pudenda externa (8). Em três casos drenava-se na safena magna, abaixo da fossa oval (GLASSER).

Veia pudenda externa. — É formada por veias do tecido celular subcutâneo do dorso do pênis e da bolsa escrotal ou do grande lábio, na mulher. Recebe colaterais do segmento superior da face interna da coxa. Vai lançar-se na crosse da safena magna ou, diretamente, na veia femural (1%). Algumas vêzes apresenta-se dupla (3%).

Em 6% dos casos, as colaterais altas da crosse da safena interna drenavam-se diretamente na veia femural (8).

GLASSER, em seis de suas disseções, notou a presença de uma veia safena acessória, que se anastomosava à safena interna na fossa oval, por um tronco comum à pudenda externa; em 3% de seus casos, a safena magna era dupla.

A veia tóraco-epigástrica pode ser encontrada, desaguando na safena interna ou, diretamente, na femural (2%).

SHELLEY (9), que também se ocupou das variações das tributárias da grande safena, em sua crosse, dividiu-as em quatro grupos principais, resumidos nos esquemas da Fig. 3.

O conhecimento das variações de terminação das tributárias da grande safena tem grande importância prática na ligadura e ressecção de sua crosse, como tratamento das varizes.

STALKER e HEYERDALE (10) chamam a atenção para a possibilidade de recidiva, em virtude do refluxo sanguíneo das tributárias altas não ligadas para a porção distal à ligadura da safena interna, por intermédio de colaterais (Fig. 4). Pelo mesmo motivo,

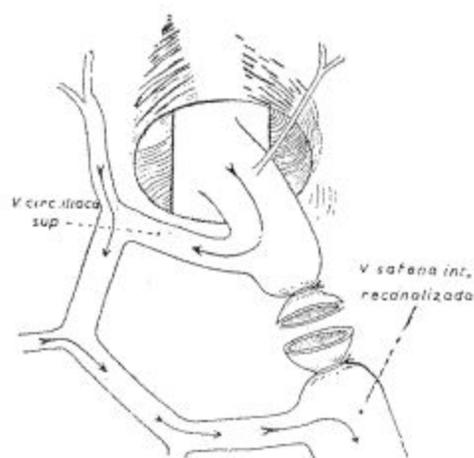


Fig. 4

O refluxo sanguíneo se restabelece através de veias tributárias da crosse da safena interna e colaterais não ligadas.

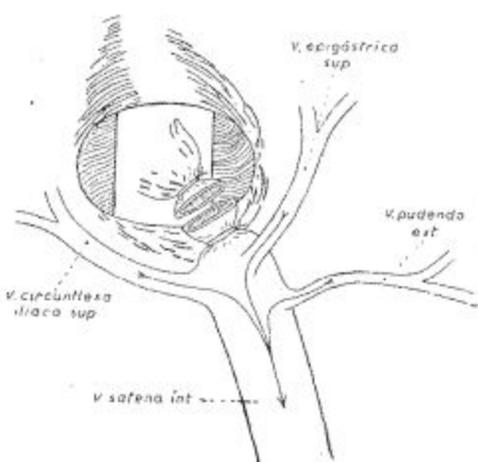


Fig. 5

Apesar da crosse da safena interna ter sido ligada no lugar conveniente, ainda existe refluxo sanguíneo por intermédio das veias tributárias não interrompidas.

nos casos em que as tributárias altas lançam-se na safena magna por intermédio de troncos comuns às femurais superficiais, devem ser ligadas separadamente. É também causa de insucesso desconhe-

cer uma veia femural superficial e ligá-la, deixando permeável o verdadeiro tronco da safena interna.

Veias comunicantes.

Além dos condutos venosos que ligam entre si as veias safenas, desenhando uma rêde no tecido celular subcutâneo, outros existem que estabelecem comunicação entre os dois sistemas venosos do membro inferior, após perfurarem o fascia profundo.

São as veias comunicantes, ou, como o quer BEGNIS (11), veias perfurantes comunicantes, para evitar confusão com veias musculares, que, atravessando a aponevrose, vão se lançar no sistema venoso superficial, sem no entanto comunicarem as veias profundas com as extra-aponevróticas.

OCHSNER e MAHORNER (12) observam a insignificância das veias perfurantes comunicantes no indivíduo normal e chamam a atenção para o fato de que, no varicoso, estas se dilatam, apresentando diâmetros de importância.

De excepcional importância na patologia das varizes é a existência, nos ramos comunicantes, de válvulas orientadas de maneira a permitir a circulação sanguínea do sistema superficial para o profundo.

Interessante a observação de MARTORELL, que considera a crossa das duas safenas como “veias comunicantes, cujo desenvolvimento adquiriu singular importância em benefício da circulação venosa das extremidades” (13).

No pé, as veias superficiais e profundas se anastomosam amplamente e já foram referidas as veias intercapitulares, assim como os ramos perfurantes das matatársicas plantares, plantares externas e internas.

Na perna, é que se encontram em maior número as veias perfurantes comunicantes. A grande safena comunica-se com as veias profundas, ao nível da articulação tíbio-társica, com as veias pediosas e tibiais, anteriores e posteriores; mais acima, na perna, entra em comunicação com estas duas últimas veias, novamente.

Com a safena externa, estas anastomoses são raras, aparecendo nos casos de terminação baixa desta veia, como um ramo comunicante na metade inferior da perna, ligando-a às veias peroneiras (6).

Na coxa, a safena interna apresenta de 2 a 3 anastomoses com a veia femural, que atravessam a aponevrose para dentro do músculo costureiro.

Segundo KOSINSKY (6), os ramos comunicantes situam-se nos seguintes níveis, na extremidade inferior: na união do terço médio com o terço inferior da perna, uma anastomose entre a grande safena e a tibial posterior;

na união do terço médio com o terço superior da perna, duas veias que se lançam na tibial posterior ou em uma das veias articulares, colaterais da veia poplitéia;

a veia comunicante que anastomosa a grande safena com a tibial posterior é bastante volumosa, com um diâmetro que varia de 1,5 a 2 mms.;

logo abaixo do joelho, a comunicação se faz por intermédio de duas ou três veias que se lançam nas veias articulares, tributárias da poplitéia;

na coxa, as anastomoses são escassas, sendo encontradas 2 ou 3 comunicantes à altura de seu terço médio.

R. STANTON SHERMAN (14), após numerosas disseções cadavéricas e cirúrgicas, descreve o sistema safeno na coxa, composto de dois troncos, um principal, mais volumoso e profundo do que o outro, acessório. O tronco safeno principal, que na parte superior da coxa é superficial, a um nível variável da metade superior da coxa, perfura o folheto superficial da aponevrose profunda, após bifurcar-se, enquanto seu ramo acessório continua em um trajeto extra-aponevrótico. Mais abaixo, o ramo intra-aponevrótico da safena torna a dividir-se, para um de seus ramos emergir do fascia profundo, enquanto o outro segue entre os folhetos aponevróticos, em direção à perna. O segmento sub-aponevrótico da safena tem especial importância, pois é d'ele que partem as anastomoses com a veia femoral e poplitéia, inclusive uma, constante, que êste autor denominou veia perfurante média do canal de Hunter, assim como outra, inconstante, que se lança no plexo venoso genicular interno ou a veia sub-sartória. Verificou, ainda, a existência de outras veias perfurantes, tôdas originadas da veia média do canal de Hunter, do plexo genicular ou da veia sub-sartória.

Válvulas venosas.

Em sua obra *De venarum ostioliis*, de 1603, FABRICIUS de ACQUAPENDENTE (15) descreveu pela primeira vez formações membranosas que se projetavam na luz das veias, as válvulas venosas.

Geralmente bicúspides, raramente uni ou tricúspides, apresentam um bordo livre de forma semilunar, uma face distal convexa e outra proximal, côncava, que com o bordo aderente da valva e a parede da veia forma uma cavidade, o seio valvular. O ponto de convergência das duas valvas sôbre a parede venosa denomina-se comissura.

Extremamente finas, são as válvulas constituídas de uma lâmina conjuntivo-elástica, revestida de endotélio. São dotadas de fibras musculares lisas, em sua base, e, em especial, nas comissuras.

Suas valvas contactam por suas faces convexas, numa distância que varia de 0,2 a 0,5 o diâmetro da veia (7).

Denomina-se parietal a válvula que se insere em qualquer ponto do trajeto da veia, e ostial, a que se encontra logo abaixo de seu orifício de deságue.

BARDELEBEN (16), em 1880, enunciou uma lei, posteriormente negada, que estabelecia a distribuição das válvulas nos troncos venosos. Para êste autor, estariam separadas por uma *distância fundamental* ou seu múltiplo. No embrião, as válvulas estariam separadas por distâncias iguais; em virtude da regressão de uma ou mais válvulas, no adulto, êste afastamento seria uma ou mais vêzes a distância fundamental primitiva.

Na verdade, o espaço entre uma válvula e outra é variável nas diferentes veias e para a mesma veia, nos diversos indivíduos; assim, encontram-se diversas válvulas num segmento de 5 cms., para, na porção seguinte, de 15 cms., ser avalvulada. Isto não impede que logo abaixo, em poucos centímetros, se implantem dois ou três pares de válvulas (12).

Mais constante é a existência de uma válvula logo abaixo da abertura de uma tributária mais ou menos volumosa.

Nas veias profundas do membro inferior, HOUZÉ (17) encontrou os seguintes valores médios:

| | |
|-------------------------------------|----|
| Na veia femural | 3 |
| Na femural profunda | 3 |
| Na poplitéia | 2 |
| Na tibial posterior | 13 |
| No tronco tíbio-peroneiro | 2 |
| Na peroneira | 8 |
| Na plantar | 3 |

No sistema venoso superficial, avulta em importância, na patologia das varizes, a válvula ostial da grande safena. Nesta veia, o número de válvulas varia de 11 a 20, sendo mais numerosas na perna. Na safena externa, existem de 8 a 15 pares valvulares.

Nos troncos anastomóticos que ligam a pequena à grande safena, as válvulas são orientadas de maneira a permitir uma circulação da safena externa para a interna.

Nos ramos perfurantes comunicantes, em virtude da disposição valvular, o sangue não pode refluir do sistema profundo para o superficial.

Estrutura da parede venosa.

As veias do membro inferior têm estrutura semelhante às artérias. No entanto, são de maior diâmetro e de paredes menos espessas, o que permite mais facilmente sua deformação.

Pertencem ao grupo de veias musculares, da classificação de EBERTH (18), sendo elásticas e contráteis.

Distinguem-se três túnicas em suas paredes: *externa*, adventícia ou periveia; *média* ou muscular; e *interna* ou endoveia.

A túnica externa é formada por tecido conjuntivo frouxo, onde se incluem vasos sanguíneos e linfáticos (*vasa vasorum*), nutridores da parede venosa e ainda por filêtes nervosos simpáticos, que comandam o tônus da veia.

Esta túnica é tanto mais abundante quanto maior a mobilidade a que deva estar sujeito o tronco venoso; continua-se imperceptivelmente com os tecidos ao redor, assim como com o tecido conectivo intermuscular da túnica média.

A túnica média, relativamente pouco espessa, é que caracteriza fundamentalmente a diferença entre veia e artéria. Nos aneurismas artério-venosos e em certas veias varicosas, sujeitos a pressões anormalmente altas, a média hipertrofia-se, arterializando a veia.

É formada por fibras musculares lisas e tecido conectivo intermuscular, êste último em maior quantidade do que nas artérias; observam-se arteríolas no seu interior, enquanto que nas artérias somente são vistos capilares (19).

Os elementos musculares, nas veias de pequeno calibre, não formam uma camada contínua, encontrando-se em partes da circunferência do vaso, enquanto que nas veias de maior diâmetro reúnem-se em fascículos.

A túnica interna está constituída por uma camada de células endoteliais, retangulares, de núcleo central, delgadas e achatadas. A outra camada da túnica interna é a sub-endotelial, constituída de tecido conjuntivo mais ou menos embrionário, podendo conter uma fina rêde de fibras elásticas e até fibras musculares lisas.

Característica diferencial entre a endartéria e a endoveia é a existência, nesta última, de válvulas, mais acima descritas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Testut, L., e Latarjet, A.: Tratado de Anatomia Humana. Tradução castelhana de J. Corominas y Sabater e Antonio Riera Villaret. Tomo 2.º. 1933. Salvat Editores, S. A. Barcelona.
- Testut, L., e Jacob, O.: *Traité d'Anatomie topographique*. Tomo 2.º. 1922. Gaston Doin, Editeur. Paris.
- Rouvière, H.: *Anatomie Humaine*. Tomo 2.º. 1932. Masson & C. Editeurs. Paris.
- 2 — Verovitz, C. H.: *Diseases of the veins and lymphatics of the lower extremity*. 1941. The Christopher Publishing House. Boston U.S.A.
- 3 — Heller, R. E.: *The circulation in normal and varicose veins*. *Surg., Gynec., Obst.* 74: 1118-1127, 1942.

- 4 — Spalteholz, H. W.: Atlas of human anatomy. Vol. 2.º. 1923. J. B. Lippincott Company. Philadelphia. U.S.A.
- 5 — Sappey, Hovélaque e Chretien, citados por Vasconcellos, E., e Pinto de Souza, E.: Conceito actual sôbre a pathologia e o tratamento das veias varicosas do membro inferior. Rev. Circ. São Paulo, 4: 222-269, 1939.
- 6 — Kosinsky, C.: Observations on the superficial venous system of the lower extremity. J. of Anat. 60: 131, 1926.
- 7 — Edwards, E. A.: The treatment of varicose veins. Surg., Gynec., Obst. 59: 916-928, 1934.
- 8 — Glasser, S. T.: An anatomic study of venous variations at the fossa ovalis. Arch. Surg. 46: 289-295, 1943.
- 9 — Shelley, citado por Cavalcanti, J.: Tratamento cirurgico das varizes. Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia, tomo X. 1942. Fasc. I.
- 10 — Stalker, L. K. e Heyerdale, W. W.: Factors in recurrence of varicosities following treatment. Surg., Gynec., Obst. 71: 723-730, 1940.
- 11 — Begnis, citado por Cavalcanti, J.: Tratamento cirurgico das varizes. Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia, tomo X. 1942. Fasc. I.
- 12 — Ochsner, A., e Mahorner, H.: Varicose Veins. 1939. C. V. Mosby Company. St. Louis. U.S.A.
- 13 — Martorell, F.: Varices, su tratamiento basado en la flebografia. 1946. Editorial Labor, S. A. Barcelona.
- 14 — Stanton Sherman, R.: Venas varicosas: su disposicion anatomica y tecnica basada en ella. Anales de Cirugia, 3: 1748-1761, 1944.
- 15 — Citado por Foá, Carlo: Lições sôbre a circulação do sangue e da linfa. Arq. Cir. Clin. Exp. Vol. 4. Suplemento. 1940.
- 16 — Bardeleben, citado por (1).
- 17 — Houzé, citado por (1).
- 18 — Eberth, citado por Martinez, D.J.J.: Las varices y su tratamiento esclerosante. Rev. Cir. Buenos Aires, ano XIX, Março, 1940. N.º 3.
- 19 — Brown, G., Allen, E. V., e Mahorner, H. R.: Thromboangiitis Obliterans, 1928, W. B. Saunders Company. Philidelphia. U.S.A.

CAPÍTULO II

HEMODINÂMICA DE RETORNO DO MEMBRO INFERIOR

Do perfeito conhecimento da hemodinâmica de retorno do membro inferior, depende a exata interpretação do exame do varicoso e sua conseqüente classificação. Daí, a importância deste capítulo.

As válvulas, que se encontram escalonadas nas veias do pé, perna e coxa, orientam a corrente sanguínea num sentido centrípeto. Além de segmentá-la, diminuindo assim o peso nas porções distais das veias, servem de pontos de apoio às forças que, vencendo a gravidade, quando o indivíduo está na posição ereta, tendem a elevar o sangue até à aurícula direita.

Em virtude desta disposição valvular, o sangue não pode refluir, senão no segmento venoso compreendido entre duas válvulas ou, então, quando, por alteração patológica, houver insuficiência destas.

HARVEY, em 1628, em sua obra *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis*, evidenciou experimentalmente a função das válvulas e a direção única da corrente sanguínea nas veias (1).

As causas da circulação de retorno, que se opõem e vencem a ação da gravidade, nas veias situadas abaixo do coração, quando o indivíduo está de pé ou em marcha, são divididas por GLEY (2) em:

Causa principal — Pressão venosa

Causas adjuvantes { Aspiração torácica
 { Pressão intra-abdominal

Causas acessórias { Aspiração sistólica e diastólica cardíacas
 { Contrações musculares
 { Batimentos arteriais.

Pressão venosa. — O sangue, em seu percurso arterial, perde paulatinamente a pressão que lhe foi determinada pela sístole cardíaca; nas arteríolas e capilares, a pressão arterial sofre uma queda brusca, decrescendo então lentamente nas veias, tornando-se quase nula à altura da desembocadura das veias cavas (1).

A pressão venosa nada mais é do que o restante da impulsão sistólica, após a passagem do sangue pela barreira capilar. É a *vis a tergo*. Esta pressão, nas vênulas do plexo subpapilar do homem, é de 10 a 15 cc. de água (1).

“Num cão curarizado; privado por consequência da respiração e de todo movimento muscular e que se mantém vivo pela respiração artificial, suspende-se esta por diversos intervalos; a circulação venosa continua a se fazer, somente sob a influência da pressão ou *vis a tergo*, resíduo da impulsão cardíaca que existe nas veias” (2).

É a *vis a tergo*, portanto, suficiente por si só para propulsionar o sangue em seu retôrno à aurícula direita, conclui GLEY. Mas, nesta experiência não foram excluídos alguns fatores que entram em jôgo como causas da circulação venosa, achando-se, portanto, prejudicada esta conclusão. Com efeito, as contrações da musculatura própria das veias, os batimentos arteriais e a aspiração cardíaca sistólica e diastólica continuaram a se fazer sentir, somando seus efeitos à *vis a tergo*.

A pressão venosa periférica é a resultante de diversos fatores fisiológicos e sua avaliação, no dizer de VILLARET (3), é uma verdadeira sondagem de tôda a circulação.

O constante afluxo de sangue através do leito capilar é um fator de importância na circulação venosa da extremidade inferior.

Aspiração torácica. — Os pulmões, órgãos eminentemente elásticos, que se encontram em distensão permanente, mesmo em expiração, determinam uma pressão negativa constante no interior da caixa torácica. Esta força, agindo sobre as paredes das veias contidas no tórax, distendendo-as, provoca a aspiração do sangue das veias distais para a sua luz.

Esta aspiração é aumentada, periódicamente, pelos movimentos inspiratórios. O aumento de volume da loja torácica, determinado pela contração do diafragma e dos outros músculos respiratórios, produz um acréscimo da força de retração elástica dos pulmões, o que condiciona uma maior aspiração.

Este efeito não se faz sentir somente no interior do tórax; tanto as veias supra-hepáticas, aderentes ao tecido hepático, como a femural, cuja luz se mantém devido a expansões aponevróticas que lhe enviam os tecidos vizinhos, sofrem a aspiração torácica, em razão mesmo destas disposições anatômicas. Não fôra isto e as veias se colabariam, impedindo a passagem do sangue.

O valor da aspiração torácica é de 6 a 8 mm. de Hg. na expiração, ascendendo a 30 e 40 mm. de Hg. na inspiração (2).

Pressão intra-abdominal. — A contração dos músculos abdominais determina uma compressão das vísceras contidas na cavidade abdominal. Este aumento da pressão intra-abdominal se faz sentir em tôdas as veias aí existentes, cujo sangue, não podendo refluir para as veias dos membros inferiores, em virtude dos processos valvulares que nelas se encontram, é impulsionado no sentido da aurícula direita.

A aspiração torácica inspiratória e a pressão intra-abdominal, agindo conjuntamente através da contração diafragmática, criam uma espécie de bomba aspirante-premente, fator de grande importância para a circulação venosa.

Aspiração cardíaca sistólica e diastólica. — CHAUVEAU (4) demonstrou a aspiração sanguínea produzida pela sístole ventricular, em sua fase de evacuação: o abaixamento da base do ventrículo determina uma pressão negativa auricular, produzindo uma aspiração sanguínea nos grossos troncos venosos que aí desembocam.

Os traçados cardiográficos mostram, logo após a sístole, uma pressão negativa ventricular, determinada pela elasticidade do miocárdio. Este vácuo ventricular post-sistólico provoca a aspiração do sangue contido na aurícula correspondente e até das veias cavas.

A aspiração cardíaca sistólica e a diastólica, subtraindo sangue, intermitentemente, das grossas veias torácicas, constitui fator de progressão sanguínea na rêde venosa.

Batimentos arteriais. — O sangue é impellido nas veias pelo pulso arterial a elas propagado. Deve-se isto à disposição das fibras conjuntivas da bainha vascular, as quais nas regiões em que a artéria e suas veias satélites têm um percurso paralelo, permitem que a força de distensão arterial seja transmitida sincrônica e paralelamente às veias.

As fibras conjuntivas da bainha vascular são divididas por T. VON LANZ (5) em duas camadas: externa e interna. A camada externa envolve circularmente a artéria e as duas veias satélites. A camada interna é constituída por fibras que, após envolverem isoladamente cada veia, se cruzam entre os vasos, passando então pela face anterior e posterior da artéria.

Em razão desta disposição anatômica especial, a uma pulsação arterial corresponde uma compressão venosa, sendo então o sangue impellido no sentido determinado pelas válvulas.

Este efeito não se faz sentir somente nas veias contíguas às artérias, mas também no território subcutâneo.

Melhor do que qualquer descrição, o esquema da Fig. 6, devido a VON LANZ, explica êste fato.

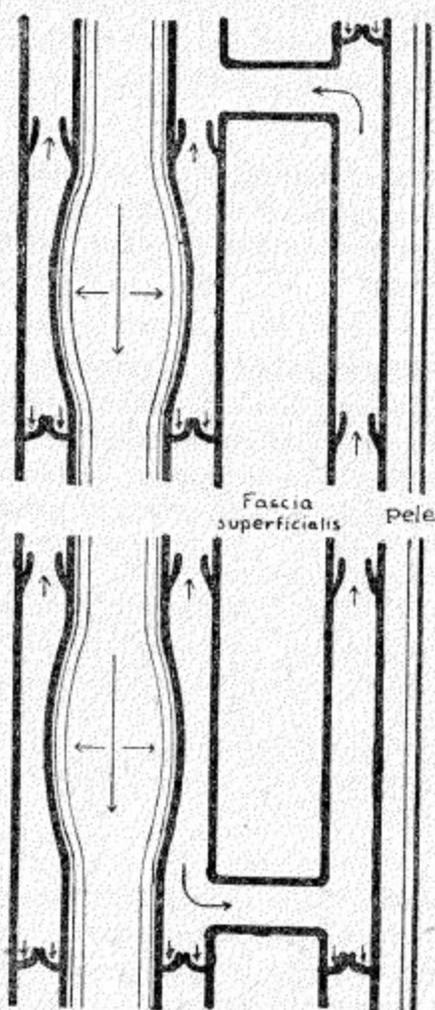


Fig. 6
Efeito dos batimentos arteriais sobre as veias do sistema profundo e superficial (von Lanz).

Contração dos músculos do membro inferior. — A contração intermitente dos músculos do membro inferior é o mais poderoso dos fatores de propulsão do sangue venoso. Foi WILLIAM HARVEY (6) quem pela primeira vez chamou a atenção para êste elemento.

A aponevrose que envolve todo o membro inferior forma um estôjo inextensível à sua musculatura. A contração muscular, sobretudo dos gêmeos e solear, provoca o colapso das veias contidas neste estôjo aponevrótico, impelindo o sangue no sentido do coração, direção esta determinada pelas válvulas venosas.

Pelo relaxamento muscular subsequente, enchem-se por aspiração as veias antes colabadas. Este enchimento se faz à custa do sangue, não só do sistema profundo, mas também do sistema superficial, aspirado através das veias perfurantes, que atravessam a citada aponevrose.

Verificaremos objetivamente este fato nos tipos de varizes em que o sistema profundo não se encontre obstruído e que se achem competentes as válvulas das veias perfurantes pela execução do teste de Perthes (Ver pág. 59): as veias varicosas, dilatadas com o doente parado e de pé, diminuem e até desaparecem, no momento em que este se põe a caminhar ou a contrair e relaxar sucessivamente os músculos do membro inferior.

O efeito das contrações musculares na circulação venosa pode ser objetivado, ainda, pela medida da pressão venosa em repouso e durante o exercício muscular. HOOKER (7), nas veias do dorso do pé, anotou uma pressão até de — 21 cms. de água, durante a atividade muscular. Quando esta era interrompida, observava-se uma ascensão lenta para o zero. Em posição horizontal, a pressão tornava-se positiva, alcançando 11 cms. de água, reduzindo-se imediatamente ao início de flexões ativas das articulações do membro inferior. Nas safenas, a pressão na posição de pé e imóvel, aproxima-se da pressão hidrostática (8), caindo pelo exercício moderado a 28 cms. de água (9).

Em conjunto, a contração muscular tem a ação de uma bomba aspirante-premente, propelindo o sangue em sua “sístole” e aspirando-o durante sua “diástole”.

Já na contração muscular prolongada o mesmo não acontece, uma vez que esta determina compressão venosa e conseqüente diminuição da corrente sanguínea. Daí, compreende-se porque a posição parada de pé é prejudicial à circulação de retorno. As alternativas de contração e relaxamento muscular, como as que se apreciam na marcha, é que têm eficiência como fator da circulação venosa.

Musculatura venosa. — As contrações da camada muscular das veias são um fator apreciável no retorno venoso, uma vez que estas se fazem numa frequência bastante elevada, como acontece na veia porta, que é de 5 a 15 por segundo (1).

É comum a observação de um espasmo venoso como reação a um estímulo mecânico, representado pela introdução de uma agulha nas veias. O frio e a excitação elétrica as contraí, enquanto que o calor as dilata. Os estímulos químicos, segundo a natureza da substância, as dilatam ou contraem.

“Embora nem todos concordem que as contrações próprias das paredes venosas apresentem tal eficiência, a ponto de permitir que as veias sejam enquadradas entre os “corações periféricos”, não se

pode negar que estas paredes conferem às veias uma considerável atividade propulsora” (1).

Na fig. 7, reunimos todos êstes fatores, num esquema modificado de HELLER (10).

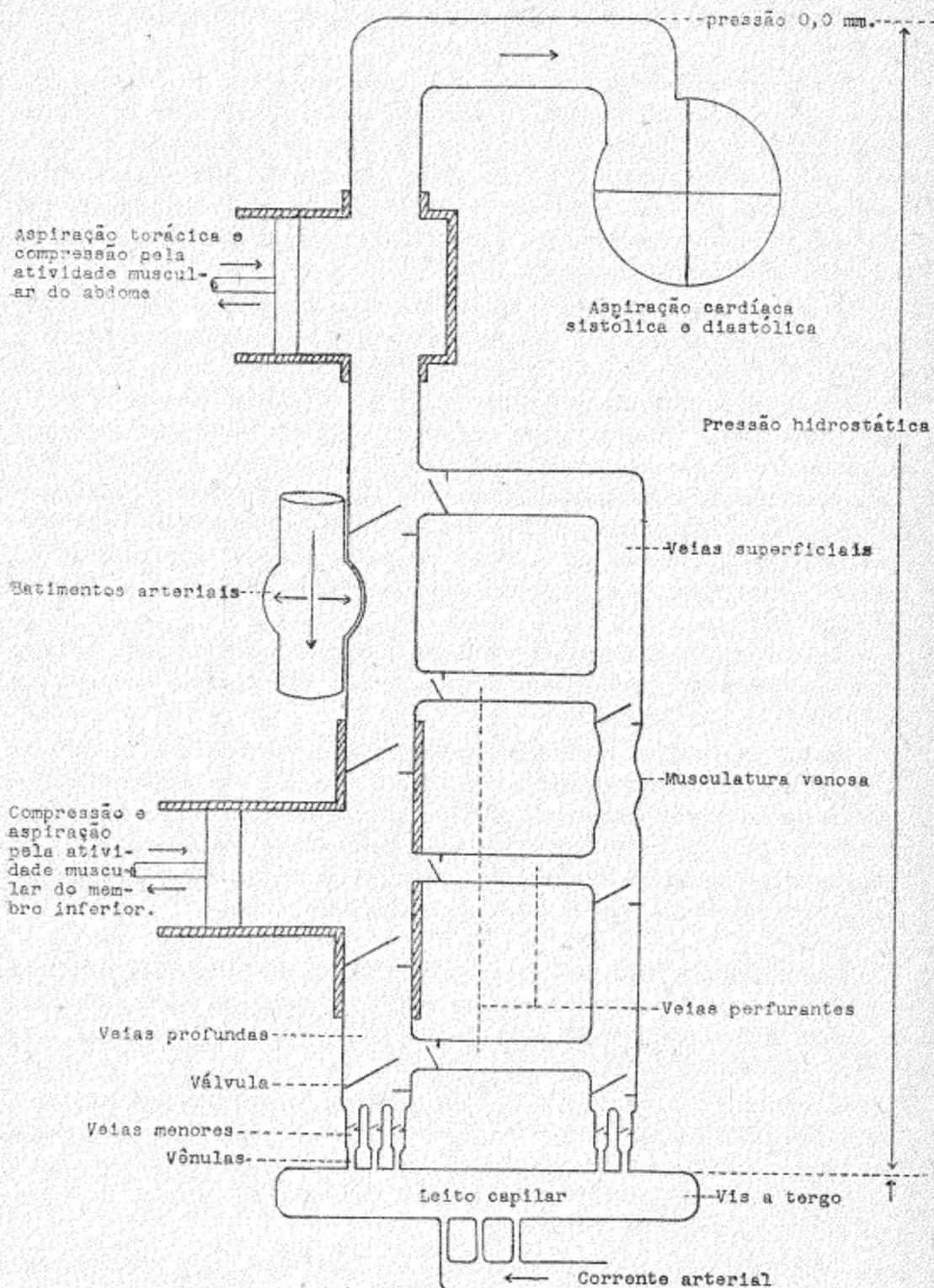


Fig. 7

Fatores de propulsão do sangue venoso no membro inferior (modificado de HELLER).

Impulsionado por estas forças, segue o sangue para o coração direito, apoiado e orientado pelas válvulas venosas. Nas veias perforantes, as válvulas encontram-se dispostas de maneira a dirigir o sangue para as veias profundas, impedindo seu refluxo para o sistema superficial (11).

Normalmente, 9/10 do sangue venoso é transportado através do sistema profundo, cabendo somente 1/10 ao sistema superficial (12).

A velocidade do sangue é maior no sistema profundo do que no superficial, fato êste comprovado pelo mais rápido desaparecimento, naquele, da substância de contraste injetada na artéria femural, em relação às veias extra-aponevróticas.

As condições circulatórias das veias do membro inferior são muito variáveis com a posição do corpo, pois com a elevação das pernas, ao contrário do que acontece na posição ereta, a gravidade auxilia a progressão venosa.

A pressão venosa, conseqüentemente, é também afetada pela posição do corpo. É o que se aprecia quando a determinamos no indivíduo deitado, sentado e de pé. Êstes valores são, em média, nos seguintes, determinados à altura do maléolo, na safena interna (3):

11 cms. de água, no indivíduo deitado

40 cms. de água, no indivíduo sentado

80 cms. de água, no indivíduo de pé.

A importância da gravidade como fator na velocidade do sangue nas veias é evidenciada pelos estudos de MAYERSON, SWEENEY e TOTH (13), que observaram ser a circulação seis vezes mais lenta na posição vertical, em relação à horizontal.

Regulação nervosa do retôrno venoso. — À semelhança da árvore arterial, as veias possuem inervação, tanto vaso-constritora como vaso-dilatadora.

“A excitação das raízes sacrais inferiores provoca uma dilatação venosa. Parece que um centro vaso-motor bulbar, dotado de automatismo periódico, governa o tônus das veias. Outrossim, as veias podem ser sede de reflexos axiais e de reflexos espinhais curtos.”

“As zonas vaso-sensíveis das artérias são também pontos de partida de reflexos veno-motores. Êstes reflexos venosos agem como um mecanismo compensador das variações sofridas pela pressão arterial.” (1).

Descreve-se, ainda, um sistema nervoso intrínseco, funcionalmente relacionado aos sistemas nervosos vegetativo e central, por intermédio do qual é possível que as variações circulatórias locais se façam, apesar de isolados dos centros nervosos (14).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Foá, C. Lições sobre circulação do sangue e da linfa. Arq. Cir. Clín. Exp. Suplemento. Vol. IV, 1940.
- 2 — Gley, E., *Traité Élémentaire de Physiologie*. Baillière et Fils. Paris. 1934.
- 3 — Villaret, M., Saint-Girons, F. e Justin-Besançon, L.: *La Pression Veineuse Périphérique*. Masson &, Paris. 1930.
- 4 — Chauveau, citado por 2).
- 5 — Von Lanz, T., citado por 1).
- 6 — Harvey W., citado por Heller, R. E. Surg., Gynec. & Obst., Internat. Abst. Surg., 71: 566-571, 1940.
- 7 — Hooker, D. R., citado por Heller, R. E., Surg., Gynec. & Obst., Internat. Abst. Surg., 71: 566-571, 1940.
- 8 — Seiro, da mesma fonte de 7).
- 9 — Beecher, H. K., da mesma fonte de 7).
- 10 — Heller, R. E., *The circulation in normal and varicose veins*. Surg., Gynec. & Obst., 74: 1118-1127, 1942.
- 11 — Warwick, T., *Valvular defect in relation to varicosis*. Lancet. 219: 1278, 1930.
- 12 — Magnus, citado pela mesma fonte de 7).
- 13 — Mayerson, H. S., Sweeney, H. M., e L. A. Toth: *Am. J. Physiol.*, 125: 481-485, 1939.
- 14 — Hermeto Junior, S.: *Conceitos atuais da cirurgia vascular*. Arq. Cir. Clín. Exp. VII: 1-24. 1943.

CAPÍTULO. III

ETIOPATOGENIA

Varizes, para LECÈNE e MOULONGUET (1), constituem uma "dilatação permanente das veias, resultante principalmente duma alteração de suas paredes".

Para FORGUE (2), são "dilatações permanentes e patológicas das veias".

Empregam-se, indistintamente, os termos varizes e flebectasias, como sinônimos, para denominar a mesma doença. Antigamente, o termo flebectasia era usado para caracterizar tipos clínicos da afecção.

Preferimos usar o termo flebectasia somente para as dilatações venosas passageiras, sem alteração patológica das paredes da veia, como acontece com uma compressão do tronco venoso ou em certas dilatações venosas da gravidez, que regridem totalmente, uma vez cessada a causa.

Aliás, corroborando este modo de ver, do ponto de vista etimológico, encontramos em C. DE FIGUEIREDO (3) a seguinte definição para o termo flebectasia: "Dilatação de uma veia". A flebectasia não condiciona a alteração parietal.

Reservamos, então, para as *dilatações permanentes das veias, com alteração patológica de suas paredes*, o termo de varizes.

Nada mais fazemos do que concordar com LE DENTU e P. DELBET (4), quando afirmam que "as varizes são constituídas por uma dilatação das veias (flebectasias), permanente, que se acompanham de uma alteração patológica de suas paredes".

Afecção assaz comum das veias do membro inferior, eram as varizes tratadas empiricamente, em virtude do parco conhecimento de sua etiopatogenia. Atualmente, com os progressos obtidos neste setor, indica-se uma terapêutica mais racional, apesar de não serem conhecidas tôdas as suas causas.

As varizes localizam-se em diversos territórios orgânicos, não sendo exclusivas do membro inferior. Assim, observam-se dilatações varicosas das veias hemorroidárias, das veias do cordão espermático esquerdo (varicocele), vulvares, as varizes pélvicas, esofágicas, do membro superior e, mais raras, do cérebro, medula e pescoço. Têm tôdas elas um fator comum: assestam-se em territórios nos quais é mais difícil o retôrno venoso.

Sua maior incidência se faz nas veias dos membros inferiores. De todos os doentes admitidos nos hospitais gerais de New York, USA, 2 a 3% eram portadores de varizes (5). BELLIS & CHURNEY (6) e BABINGTON (7) estimam em 10% o número de adultos jovens atacados de varizes superficiais.

Em nosso meio, apesar de não termos cifras exatas a respeito, é evidente a grande incidência desta afecção.

Idade. — De um modo geral, é moléstia encontradicha em tôdas as idades. Mais rara na criança, é no adulto que a incidência é maior.

Para LECÈNE e MOULONGUET (1) a idade do aparecimento de varizes é de 25 a 40 anos, sendo para DELBET e MOCQUOT (8), de 15 a 30 anos.

OCHSNER e MAHORN (9), em 285 casos, encontraram uma média de 38,4 anos; 37 anos para as mulheres e 47 para os homens. Dividindo em dois grupos as pacientes do sexo feminino, êstes autores encontraram uma média de 30,6 anos para as gestantes e de 47 anos para as que não se achavam grávidas, no momento do exame.

“A idade média das mulheres com varizes era de 10 anos menos do que a dos homens. Isto é devido ao grande número de mulheres jovens, grávidas, pois a média dos homens e das mulheres não grávidas era a mesma (47 anos)” (9).

VEROVITZ (10), numa clínica especializada, num período de observação de 10 anos, obteve as seguintes médias: homens, 45 anos; mulheres não grávidas, 33 anos; o homem mais jovem tinha 16 anos e o mais idoso, 84 anos; a mulher mais moça tinha 14 anos e a mais velha, 88 anos.

Na estatística de McPHEETERS (11), de 1952 doentes, o grupo mais numeroso está na década entre os 50 e 60 anos, com 33%, seguido por outro, cujos pacientes tinham uma idade que oscilava dos 40 aos 50 anos, com 30,6%.

Sexo. — As varizes são mais freqüentes na mulher do que no homem. É o que se depreende das estatísticas dos diversos autores.

OCHSNER e MAHORN (9) verificaram, numa série de 285 casos, que 247 eram do sexo feminino e somente 38, do sexo masculino. Destas 247 mulheres, 152 estavam grávidas. Esta cifra,

evidencia a importância da gravidez como fator predisponente. Mas, mesmo afastando este grupo, teríamos, nesta série, um maior número de casos no sexo feminino do que no sexo masculino, numa proporção de 2,5 para 1. Não é, portanto, somente pela gravidez que se explicaria a maior incidência na mulher; as diferenças da pélvis, a congestão menstrual e o parto também concorreriam como fatores etiológicos (12).

Para McPHEETERS (11) a predominância feminina se faz numa relação de 3 para 1.

São de PRATT (13) os dados seguintes: em 536 empregados de uma loja, funcionários há mais de 15 anos e com 40 ou mais anos de idade, o exame radiológico mostrou arteriosclerose em 46%. Nos homens, 44%, e 18% nas mulheres. Encontrou varizes em 40,7% dos homens e em 73,2% das mulheres. Nas mulheres que nunca tinham engravidado a taxa era de 66,9%, enquanto que nas que haviam tido uma ou mais gravidezes subia a 79,5%.

“Parece que o homem estraga as artérias e a mulher, as veias” (13).

Quando só um dos membros inferiores é afetado, não há predominância do direito ou esquerdo. Em 1952 pacientes, McPHEETERS (11) encontrou varizes bilaterais em 633, 1307 no membro inferior direito e 1275, no esquerdo.

STEUBNER (14) dá uma incidência de 25% para o membro inferior direito e de 23% para o esquerdo.

A causa primeira da afecção varicosa era para CORNIL e FISCHER (1) a alteração venosa parietal: a veia dilatar-se-ia por estar esclerosada. Era a teoria anátomo-patológica então em evidência. Esta idéia não subsistiu, pois, em seu início, as veias varicosas apresentam lesões parietais mínimas.

Primeiramente RIMA (15), em 1825, posteriormente BRODIE (9), em 1846 e TRENDELENBURG (16), em 1890, estabeleceram a noção essencial da insuficiência valvular da grande safena, surgindo assim a teoria mecânica.

DELBET e MOCQUOT (17) dela fizeram a causa eficiente da afecção; a dilatação venosa seria secundária à insuficiência valvular, determinada pela hiperpressão desta decorrente. Compensando a insuficiência valvular e opondo-se à hiperpressão venosa, a veia primeiramente reforçaria seus elementos musculares e elásticos, para num segundo tempo, perdurando a pressão exagerada de seu conteúdo líquido, dilatar-se, apresentando lesões de esclerose.

A medida direta da pressão venosa nos varicosos evidencia a importância da hiperpressão na gênese das alterações patológicas das varizes: DELBET encontrou a pressão de 16 mm. de Hg. com o

Pape não mediu a pressão?

paciente em repouso, no coto proximal de uma safena insuficiente, elevando-se para 16 cm, de Hg. durante o esforço, quando, normalmente, esta pressão deveria ser negativa (1).

“O desenvolvimento das varizes não é mais do que um caso particular de uma lei aplicável a todos os vasos. Artérias e veias, no vivo, acham-se constantemente adaptadas ao seu conteúdo sanguíneo; respondem com uma dilatação, se nelas aumenta o caudal e a pressão do sangue que por seu interior circula; respondem com uma diminuição de seu calibre e, incluso, com uma obliteração completa, se nelas o caudal sanguíneo se faz menor ou o sangue deixe de circular por sua cavidade. De início, tais modificações são puramente funcionais e dependentes do tono de sua túnica muscular; mais adiante, surgem alterações parietais que podem conduzir à ectasia ou à estenose.”

“Quando as veias respondem a um aumento de pressão de seu conteúdo líquido, dilatam-se e alongam-se, e também se tornam tortuosas, se o aumento de comprimento fica impedido pela fixação de dois pontos extremos. A hipertensão do conteúdo líquido não só modifica a morfologia, como também sua estrutura; a princípio, ocasiona uma hipertrofia muscular e, em último termo, uma esclerose atrófica.”

“Anatômicamente, a dilatação, alongamento e tortuosidade caracterizam as varizes; histologicamente, encontram-se tôdas as lesões intermediárias entre as referidas alterações hipertróficas e atróficas; funcionalmente, acha-se sempre uma hipertensão de seu conteúdo líquido.”

“Esta hipertensão deriva de uma comunicação normalmente inexistente entre os vasos, ou de uma comunicação normalmente existente, porém funcionalmente patológica. Esta comunicação patológica, por sua existência ou por sua função, constitui a origem da hipertensão venosa local. As mudanças morfológicas são completamente secundárias e até reversíveis, se a perturbação circulatória se corrige cedo. A terapêutica das varizes deve dirigir-se para a supressão desta comunicação patológica, se fôr possível e conveniente” (18).

Estas comunicações vasculares patológicas têm, para MARTORELL (18), as seguintes origens:

| | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|---|---|
| Comunicações vasculares patológicas.. | { | arteriovenosas | { | adquiridas — traumáticas; espontâneas |
| | | | { | congenitas |
| | | venovenosas.. | { | adquiridas — varizes post-flebíticas. |
| | | | | congenitas — varizes idiopáticas ou essenciais. |

Novas Horizontes aneurisma fistulas
da cumulas.

Nov 1936

- 33 -

Hawthick
Blumen

Varizes por comunicação arteriovenosa.
aneurisma - variz - fistula - aneurisma

É nas fístulas arteriovenosas, afecção descrita em 1757 por William Hunter, que se pode reconhecer com maior clareza a importância da hipertensão venosa no mecanismo de formação das varizes.

São de duas origens as fístulas arteriovenosas: congênitas e adquiridas. No embrião, a circulação se faz por intermédio de uma ampla rede capilar. Mais tarde, de acordo com as necessidades funcionais (19), observa-se o aumento de calibre de alguns capilares e regressão de outros, esboçando-se a formação das artérias e veias. Com a individualização cada vez maior destas, tem-se constituído o sistema circulatório adulto. Mas, se por um distúrbio de evolução, após a caracterização dos troncos arteriais e venosos, a rede capilar, sempre presente entre os dois sistemas, entrar em desenvolvimento, individualizando um ou mais de seus elementos e aumentando seu calibre, estabelece-se uma comunicação direta entre a artéria e a veia, constituindo a fístula arteriovenosa congênita.

As fístulas arteriovenosas adquiridas são produzidas por um traumatismo (projétil de arma de fogo, ferimento por arma branca) ou espontaneamente, por corrosão determinada na parede de uma veia satélite, pela pressão de um saco aneurismático de proximidade.

As varizes formadas pelas fístulas arteriovenosas, tanto congênitas como adquiridas, dependem da hipertensão determinada nas veias pela passagem do sangue arterial através da comunicação anormal.

O sangue, impulsionado pelo coração, como todo líquido circulante, segue o trajeto de menor resistência; ao nível da comunicação arteriovenosa, não existindo a barreira capilar, por aí transita, em maior ou menor quantidade, dependendo do tamanho da fístula, transmitindo à veia a impulsão cardíaca sistólica. A hiperpressão venosa conseqüente produz uma demora do sangue contido nas veias tributárias daquela em que se estabeleceu a comunicação arteriovenosa anormal. Instala-se um edema que tende a desaparecer à medida que se dilatam as veias.

A pressão gravitória toma papel saliente no mecanismo de formação destas varizes (20), como mais adiante veremos.

“Vemos, pois, como as veias se adaptam ao aumento de pressão de seu conteúdo líquido, ampliando sua capacidade, sempre que exista uma comunicação anômala entre o sistema arterial e o venoso, seja esta congênita ou adquirida, espontânea ou traumática. Assim, tôdas as trocas morfológicas que as veias possam experimentar não são primitivas, senão secundárias ao transtorno funcional que a hipertensão representa. A alteração primária, causante da hipertensão e das alterações parietais que a seguem, radica na fístula ou comu-

nicação anômala entre o sistema arterial e o venoso. Portanto, a única terapêutica eficaz e racional consistirá na supressão da referida comunicação patológica" (18).

Varizes por comunicação venovenosa anormal adquirida.

As flebites desempenham papel importante neste grupo de varizes, como fator etiológico. Para VEROVITZ (10), são a causa em cêrca de 10% dos portadores de varizes. Contam-se entre estas infecções as tromboflebites post-operatórias, obstétricas, ginecológicas e as determinadas por moléstias infecciosas, como a febre tifóide, varíola, difteria, gripe, pneumonia, reumatismo articular agudo, etc.

As varizes que têm como causa estas infecções venosas obedecem a dois mecanismos de formação: num, é o trombo que, obstruindo a luz da veia, toma papel preponderante no desenvolvimento das dilatações varicosas; noutro, é a alteração parietal, com destruição dos processos valvulares, que as determina.

A trombose do sistema venoso profundo provoca em suas veias, situadas abaixo do obstáculo formado pelo trombo, uma hiperpressão resultante da constante chegada de sangue do leito capilar. Este acúmulo sanguíneo dilata as paredes venosas, afastando os pontos de implantação valvular, o que condiciona sua insuficiência, pois se separam seus bordos livres, permitindo assim o refluxo do sangue a êste nível. O sangue, ao encontrar uma veia perfurante cujas válvulas se tornaram insuficientes pelo mesmo mecanismo, por aí se escoam retomando, já então no sistema superficial e na direção determinada pelas válvulas dêste, seu trajeto normal. Pela inversão da direção da corrente sanguínea ao nível da veia perfurante, estabelece-se uma comunicação venovenosa, funcionalmente anormal, entre os sistemas profundo e superficial. Neste, em virtude da hiperpressão que lhe é transmitida e em razão do maior volume sanguíneo que por êle transita, dilatam-se as veias, e tornam-se tortuosas numa maior ou menor extensão, adaptando-se às suas novas condições de funcionamento. Constituem-se assim as varizes, que no caso são compensadoras ou supletórias. Recanalizando-se o trombo, perduram estas, em virtude das alterações anatômicas irreversíveis existentes nas paredes das veias atingidas, apesar de não terem sofrido diretamente os efeitos da infecção, em razão somente da hiperpressão a elas transmitida.

Não só pelo mecanismo acima descrito as flebites desenvolvem varizes. EDWARD e JESSE EDWARDS (21), estudando os efeitos da tromboflebite sôbre as válvulas venosas, chegaram às seguintes conclusões: quando a valva é completamente envolvida pelo trombo (posição fechada), é fragmentada pelo processo de organização e recanalização do mesmo; quando a valva está junto à parede da veia no momento da trombose (posição aberta), a organização do trombo

a torna aderente à parede venosa, englobada pela proliferação da íntima, incapacitando-a funcionalmente, após a recanalização da veia; a trombose parcial ou mural, determinando na valva aderências à parede venosa, fragmentando-a parcialmente, produz sua insuficiência; as válvulas das veias tributárias do vaso trombosado podem ser

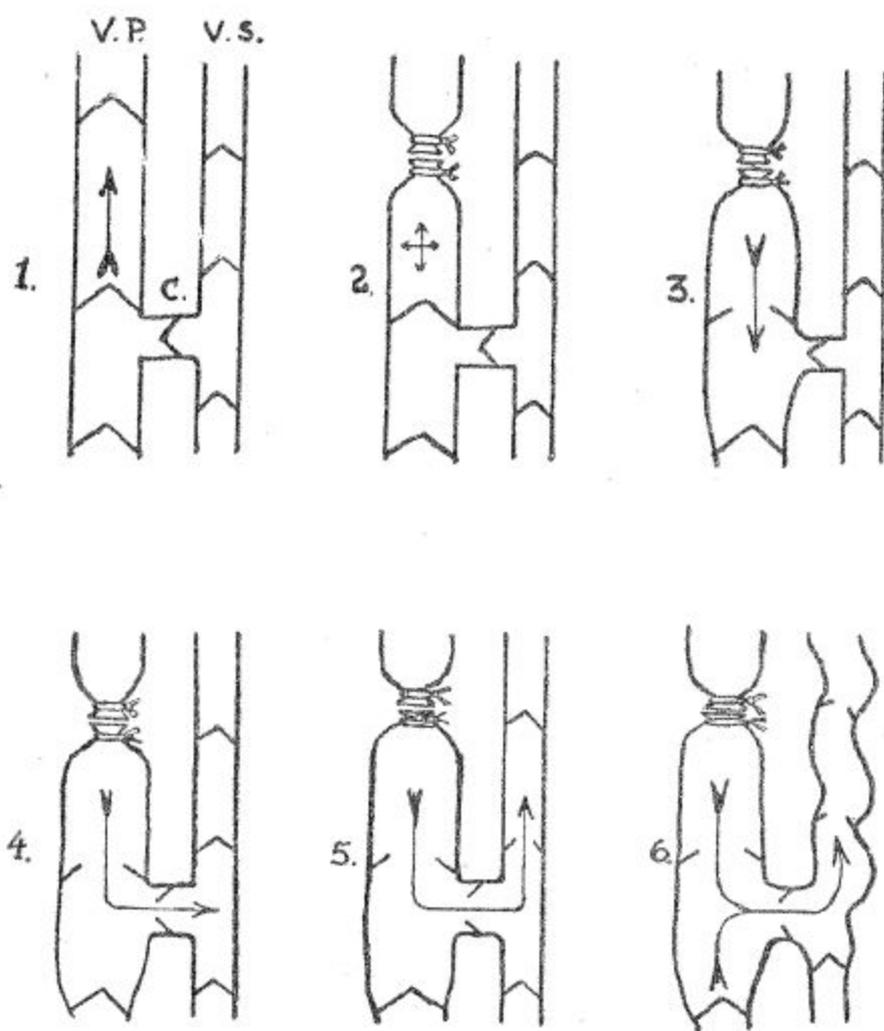


Fig. 8

1 — V. P., veia profunda; V. S., veia superficial; C., veia comunicante. O sangue venoso dirige-se, orientado pelas válvulas, de baixo para cima e da superfície para a profundidade.

2 — A trombose da veia profunda, representada no esquema pela ligadura do vaso, obliterando totalmente a luz da veia, determina um aumento de pressão no segmento intervalvular imediatamente distal à ligadura, em virtude do constante afluxo de sangue capilar.

3 — Em consequência disto, aumenta o diâmetro da luz venosa, tornando-se insuficientes as válvulas, o que possibilita a inversão da corrente sanguínea.

4 — A insuficiência valvular se propaga à comunicante pelo mesmo mecanismo, invertendo-se, também aí, o sentido da corrente sanguínea.

5 — Ao chegar no sistema superficial, o sangue venoso recupera sua trajetória normal, sofrendo aquêle uma sobrecarga de pressão.

6 — Como consequência desta hipertensão, as veias superficiais se dilatam, aumentam de comprimento, tornando-se tortuosas (MARTORELL).

englobadas no trombo ali formado e tornarem-se insuficientes, por sua fragmentação ou por aderências que as mantêm permanentemente abertas.

Desta maneira, em virtude da insuficiência valvular de uma veia perfurante, transmitem-se ao sistema superficial tôdas as oscilações de pressão do sistema profundo. Na posição ereta, o pêso da coluna sanguínea é transmitido ao segmento venoso superficial onde desemboca a veia perfurante insuficiente. A camada muscular das veias, esclerosada, não se contrai.

As contrações dos músculos do membro inferior e os batimentos arteriais, fatores importantes da circulação venosa das extremidades, não mais tendo o apoio valvular, tornam-se ineficientes e até nocivos.

Quando a alteração valvular se faz na crossa da safena interna, as oscilações da pressão intra-abdominal a ela se transmitem.

Esta hipertensão determina varizes nos segmentos afetados das veias superficiais, dependendo sua extensão do número de válvulas insuficientes.

“As varizes post-flebíticas, por obliteração do sistema profundo, obedecem à adaptação das veias superficiais a um caudal maior e a uma hipertensão permanente que lhes transmite uma comunicação venovenosa funcionalmente patológica, por haver invertido o sentido da corrente.”

“As varizes post-flebíticas, sem obliteração do sistema profundo, obedecem à adaptação das veias superficiais a uma hipertensão intermitente, postural, ortostática, que lhes transmite uma ou mais comunicações venovenosas que se tornaram insuficientes pelo fato da destruição valvular” (18).

No grupo de varizes por comunicação venovenosa anormal adquirida devem ser incluídas aquelas produzidas pela compressão das veias. Os tumores abdominais, principalmente pélvicos, comprimindo as veias ilíacas, determinam uma hiperpressão generalizada a todo o sistema venoso do membro inferior. Esta hipertensão instala-se lentamente, à medida que progride a compressão venosa e é permanente, em virtude da *vis a tergo*. As válvulas venosas, como membranas flexíveis que são, “num sistema líquido, não interferem com a transmissão das pressões, contanto que o sistema preencha as condições da lei de Pascal, que esteja cheio de líquido” (20). Portanto, a hiperpressão se transmite também às veias superficiais. Estas, não tendo o amparo do estôjo músculo-aponevrótico existente no sistema profundo, dilatam-se.

Se a compressão venosa, causa da hipertensão regional fôr suprimida, pode-se observar a volta ao normal das veias dilatadas. Mas, se em razão do tempo decorrido, as dilatações venosas tiverem sido fixadas por alterações anatômicas irreversíveis, ter-se-ão constituído as varizes; estas veias, com válvulas insuficientes em virtude do afastamento de seus bordos livres, sofrem agora a hipertensão ortostá-



tica intermitente, que lhes é transmitida por intermédio comunicação venovenosa anormal residual.

Varizes essenciais ou idiopáticas.

“Diversos investigadores anastomosaram a artéria femural e veia safena, no cão, mas não produziram varizes apreciáveis. Apesar das anastomoses arteriovenosas não conduzirem a varicosidades nos animais de experimentação, permanece o fato de que as fístulas arteriovenosas humanas, no membro inferior, produzem varizes acentuadas no curso de poucos meses” (20).

No homem, quando em ortostatismo e imóvel, em virtude do grande desnível entre a fístula arteriovenosa e a aurícula direita, o pêso da coluna sanguínea assim formada opõe resistência ao efeito de martelo d'água que se faz sentir a cada sístole cardíaca, ao nível da comunicação arteriovenosa, permitindo assim o desenvolvimento das varizes. No cão, não se faz sentir o efeito da pressão hidrostática, uma vez que a altura da coluna sanguínea é quase nula, pois a fístula acha-se, praticamente, à mesma altura da aurícula direita. O jacto sistólico de sangue arterial que passa através da comunicação arteriovenosa, não encontrando a resistência oposta pela coluna de sangue, aqui inexistente, flui rápida e facilmente para a aurícula, através da veia, sem dilatá-la. No animal de experimentação, não há hiperpressão maior em razão do pouco pêso da coluna sanguínea. Este fato foi confirmado por HOLMAN (22), que mediu a pressão na imediata vizinhança de uma grande fístula arteriovenosa femural, num cão, encontrando 25 mm. de Hg., enquanto que a pressão sistólica era de 170 mm. de Hg.

Estas observações demonstram a considerável importância que tem, na patogenia das varizes, o pêso da coluna sanguínea.

São conhecidos os valores da pressão venosa em decúbito, em posição sentada e de pé. Em decúbito, a pressão é igual a zero, se forem afastados os efeitos da pressão intra-abdominal e torácica (20). Sentado, a pressão sobe a 40 cms. de água, indo a 80 cms. com o indivíduo de pé e imóvel.

McPHEETERS, ADAMS (20) e SEIRO (23) estabeleceram que esta pressão nada mais era do que o pêso da coluna de sangue, medida do ponto de punção da agulha do manômetro até à aurícula direita, quando o indivíduo estava imóvel.

HALLION, VILLARET, SALASC (24) e ADAMS (20), medindo a pressão venosa do membro inferior de indivíduos normais e em varicosos, com insuficiência valvular, em ortostatismo e imóveis, encontraram cifras praticamente iguais.

Idêntica observação fizeram MAYERSON, LONG e GILES, que consideraram a pressão medida como correspondendo ao componente hidrostático, tanto no varicoso como no indivíduo normal.

“Isto é bem ilustrado nos casos de varicosidades unilaterais, onde não havia diferenças significativas entre a pressão das veias normais e as afetadas” (25).

Para este fenômeno, HALLION (26) dá a seguinte interpretação: o sangue, num paciente em ortostatismo e imóvel, flui nas veias de uma maneira contínua, impulsionado pela vis a tergo; as válvulas mantêm-se abertas, impelidas constantemente de baixo para cima e nunca de cima para baixo; são praticamente inexistentes, condicionando pressões idênticas, tanto no indivíduo normal como no varicoso.

ADAMS (20), considerando que “a interposição de membranas flexíveis (válvulas venosas) num sistema de líquidos não interfere com a transmissão das pressões, contanto que o sistema preencha as condições da lei de Pascal, que esteja cheio de líquido”, como acontece no sistema venoso do membro inferior, dá a explicação ao mesmo fenômeno. As válvulas venosas só entram em ação para impedir a inversão da corrente sanguínea, como no caso de hiperpressão intermitente intra-abdominal, nas contrações dos músculos do membro inferior, etc.

Enquanto que no indivíduo normal, com válvulas venosas suficientes, os aumentos da pressão intra-abdominal não se transmitem às veias do membro inferior, no varicoso, com válvulas insuficientes, estas oscilações imediatamente a elas se propagam. DELBET (27) encontrou uma pressão de 260 mms. de Hg. numa safena interna incompetente, por ocasião de um esforço violento. ADAMS (20), estudando um grupo de portadores de varizes com insuficiência valvular, encontrou hipertensão de esforço em todos, sendo que num a tensão atingiu à cifra de 240 mms. de Hg. A ligadura alta da safena interna eliminava nestes doentes a hipertensão que se manifestava imediatamente ao esforço, não impedindo, entretanto, que esta se instalasse, se este esforço se mantivesse por mais tempo, o que aliás acontece também nos indivíduos que apresentam válvulas suficientes (28). A hiperpressão intra-abdominal pelo esforço age como se obstruísse o retôrno venoso, permitindo assim que o constante afluxo de sangue do leito capilar determine, lenta e progressivamente, o aumento da tensão venosa (29).

A atividade muscular do membro inferior, nos indivíduos com veias perfurantes insuficientes, aumenta a pressão no sistema superficial. Sem o apoio valvular, o sangue reflui para as veias superficiais a cada contração muscular, determinando nestas uma hiperpressão que se vai somar à gravidade (29).

Tendo em vista as experiências e observações acima mencionadas, formar-se-iam assim as varizes essenciais ou idiopáticas:

Normalmente, as veias das extremidades inferiores têm elementos suficientes para sustentar, sem se dilatarem, a pressão hidrostática. Mas, se em razão de um fator mórbido, que estudaremos

mais adiante, diminui a capacidade dêstes elementos, dilatam-se. Em virtude desta fragilidade parietal, o pêso da coluna sanguínea torna-se suficiente para provocar a dilatação. O sistema venoso superficial, em flagrante inferioridade anatômica em relação ao profundo, torna-se a sede preferencial do fenômeno. O aumento do diâmetro das veias afasta os pontos de inserção das valvas venosas. Se êste aumento se fizer numa proporção de 1/4 a 2 vêzes o diâmetro original, afastam-se os bordos livres das valvas, estabelecendo-se a insuficiência valvular (30).

Já agora, os eventuais aumentos da pressão intra-abdominal transmitem-se às veias do membro inferior; as contrações musculares, não encontrando ponto de apoio valvular, sobrecarregam as veias superficiais pelo jacto de sangue que a elas fazem chegar a cada contração. São fatores de progressão da afecção, à medida que vão vencendo, por etapas, os pares valvulares.

De início, a insuficiência valvular se faz só pelo esforço. ADAMS (20) observou "freqüentemente, pacientes cujas válvulas eram competentes para as pressões de pé, exibindo o teste de TRENDELENBURG negativo, mas cujas válvulas eram incompetentes para a pressão adicionada de esforço e prontamente apresentavam um TRENDELENBURG positivo, quando êste fator era introduzido". Com isto, o refluxo sanguíneo proporcionado pela pressão intra-abdominal ou pelas contrações musculares, iria distender o segmento venoso distal à válvula insuficiente ao esforço. Daí, encontrarem-se dilatações venosas distais a uma válvula aparentemente suficiente.

Fara ADAMS (20), a dilatação venosa seria determinada pela pressão gravitária e não pelo refluxo sanguíneo; a insuficiência valvular seria secundária.

A grande percentagem de insuficiência da válvula ostial da safena interna encontra explicação na superficialidade do sistema venoso profundo neste nível, não tendo a crossa da safena o suficiente apoio de elementos anatômicos, ao contrário do que acontece com as outras ligações venosas entre os dois sistemas.

Para explicar a patogenia das varizes localizadas somente na perna, não é necessário admitir a insuficiência valvular nas veias que ficam proximais: basta que aí se instale o "locus minoris resistentiae" para que a pressão hidrostática as desencadeie, apesar da suficiência valvular das veias que lhe ficam mais acima.

A hipertensão gravitária é intermitente, pois que depende do ortostatismo para sua maior eficiência.

MAYERSON, LONG e GILES (25), tendo encontrado uma hipertensão venosa de decúbito nos varicosos, formulam a seguinte hipótese para explicá-la: em virtude da dilatação das veias, há um aumento de volume sanguíneo compensador, para que se mantenha num mesmo nível o rendimento cardíaco; com o paciente de pé, êste

volume desaparece, em razão da maior capacidade das veias dilatadas; em decúbito, resulta num estado de supercompensação. Com isto, no varicoso, mesmo em decúbito, agrega-se mais êste fator de hiperpressão venosa.

A hipertensão ortostática não é suficiente por si só para produzir varizes no membro inferior. É necessária uma outra causa mórbida que permita, por sua ação, à pressão hidrostática fazer sentir seus efeitos. Além das já estudadas mais acima, invocam-se outras, que passaremos a relatar.

Tendência familiar. — A incidência de varizes em diversos membros de uma mesma família faz supor a existência de um fator hereditário. Esta hipótese é adotada pela maioria dos autores.

BERNTSEN (31) incrimina a hereditariedade e fatores congênitos em mais de 70% dos casos. MAGNUS (32) encontrou-os em 50 a 75% dos pacientes.

DE TAKATS e QUINT (33) atribuem à tendência familiar 65% dos casos, e dêstes, 58% com pé chato associado. McPHEETERS (11) avalia-a, como causa, em 50% dos pacientes. VEROVITZ (10) cita um caso em que êste estendia-se por quatro gerações; observa êste autor que em muitos doentes encontra-se não só a herança varicosa mas que a mesma veia ou segmento de veia é atingido nos diversos membros da família.

A coexistência de varizes em outros territórios orgânicos, hemorroidas, varicocele, etc., fêz surgir o conceito de displasia venosa familiar. Nestes pacientes, observam-se, ainda, hérnias e enteroptoses; não haveria uma debilidade do sistema venoso, mas de todo o mesênquima. O varicoso pertenceria "à legião dos mesênquimo-hipotônicos, legião a que se unem o astênico universal de Stiller, a hipoxifixa de Martinet, a debilidade conjuntiva de Bier, a atonia fibrosa de Stromeyer, etc." (34). A pobreza do estroma de sustentação facilitaria a dilatação venosa, sob o pêso da coluna sanguínea.

Para outros autores, a influência familiar far-se-ia presente por uma insuficiência valvular congênita. Segundo AIMES (35), seria a única maneira de explicar as varizes que aparecem em crianças de 4 a 13 anos. Na insuficiência valvular congênita, basearam DELBET e MOCQUOT (8) sua teoria patogênica. As verificações de LOWENSTEIN e CADIAT (36), que demonstraram a existência de um ponto de menor resistência na parede venosa, justamente no ponto de implantação valvular, vieram reforçar esta teoria. PRATT (37) relata o caso de um de seus pacientes, com 11 anos de idade, que apresentava ausência de válvulas em tôdas suas veias comunicantes, fato comprovado na operação e pelo exame anátomo-patológico.

WARWICK (38), estudando uma série de indivíduos jovens e aparentemente normais, classificou-os em quatro tipos, tendo em conta o aparelho valvular do membro inferior:

1) Normal, ou tipo não varicoso congênito. — Neste grupo, as veias tanto do sistema superficial como do profundo, são dotadas de válvulas suficientes e próximas uma da outra; além disto, o fluxo sanguíneo se faz centrípeta, sendo efetiva a ação das contrações musculares; neste grupo estavam incluídos 70% dos pacientes.

2) O tipo varicoso congênito de safena interna. — Nos indivíduos deste grupo, todas as veias são normalmente valvuladas, com exceção das perforantes da safena interna; as contrações musculares impelem o sangue tanto para o sistema superficial como em direção ao coração, através das veias profundas; perfazem 10% dos indivíduos.

3) O tipo varicoso congênito de safena externa ou dos ventres musculares da perna. — Nestes pacientes, algumas veias musculares da panturrilha, valvuladas incompletamente, transmitem uma hiperpressão ao sistema safeno externo, através de várias comunicantes que as ligam entre si. Era de 20% a frequência deste tipo.

4) O tipo varicoso congênito do sistema venoso profundo. — Estes pacientes apresentavam ausência ou incompetência das válvulas das veias tibiais anteriores e posteriores, associada ou não com varizes das veias musculares. Difícil a estimativa da frequência deste grupo.

KLOTZ (39) expõe uma teoria baseada na atrofia valvular progressiva para explicar a gênese das varizes. No feto, as veias são regularmente valvuladas; encontram-se as válvulas implantadas a espaços iguais uma da outra; com o crescimento, são atacadas por um processo degenerativo, determinando sua atrofia; este fenômeno, prolongando-se e intensificando-se, permitiria o refluxo sanguíneo, favorecendo o aparecimento das varizes. O autor acima citado demonstrou a intensidade da atrofia valvular ao examinar um indivíduo de 25 anos, encontrando 5 válvulas atrofiadas, de 30, noutro, de 54 anos, 12 válvulas atrofiadas, de 30, e num terceiro, com 70 anos, 26 válvulas atrofiadas, num total de 32 (40).

Fator endócrino. Gravidez. — A túnica média das veias é constituída por fibras musculares lisas, inervadas por uma malha rica em terminações nervosas do sistema neurovegetativo. Não só o tônus destas fibras musculares como a luz da veia dependem das excitações trazidas por estas terminações nervosas. Sensitivas umas, motoras outras, é através destas fibras que os centros nervosos, ao contraírem ou relaxarem a camada muscular, aumentando ou diminuindo a luz de uma veia, retardando ou acelerando a circulação do sangue, realizam o *equilíbrio orgânico ou vegetativo*.

“As relações centrípetas (sensitivas) ou centrífugas (motoras) entre os vasos e os centros nervosos parecem estar reservadas a um

sistema particular, o sistema neurovegetativo, onde figuram duas ordens de fibras nervosas, geralmente antagônicas: as do grande simpático e as do pneumogástrico, nervo vago ou parassimpático”.

“Mas, este sistema nervoso não funciona senão sob a influência de substâncias especiais que lhe são fornecidas por certas glândulas, ditas de secreção interna ou glândulas endócrinas”.

“Entre o sistema endócrino e o conjunto da musculatura venosa, por intermédio do aparelho neurovegetativo, existem então relações íntimas, *um complexo endócrino-neuro-venoso*” (41).

Compreende-se, assim, como uma disfunção glandular possa influir no desenvolvimento das varizes. A insuficiência hormonal, diminuindo o tônus das fibras musculares da veia, permitiria a dilatação desta última, por intermédio da pressão hidrostática.

É comum o aparecimento ou exacerbação dos sintomas de varizes em distintos episódios da vida genital feminina, na puberdade e menopausa. Mas, é maior a incidência na gravidez: a explicação comumente usada, incriminando o peso do útero gravido, que ao comprimir as ilíacas dilataria as veias, não subsiste, pois já no primeiro mês de gravidez são notadas varicosidades, quando ainda é insuficiente o peso do útero para determinar qualquer espécie de compressão venosa. SICARD (42) sustenta que o corpo amarelo gravídico secreta um hormônio destinado a relaxar o músculo uterino, neutralizando a secreção hipofisária destinada a manter o tônus dos músculos lisos em geral. Este hipotônus instalar-se-ia também na túnica muscular das veias. Nas varizes gravídicas, a morte do feto determina a regressão das dilatações venosas (43). A constatação de sinais de acromegalia frustra em varicosos, fez suspeitar a SICARD o papel da disfunção hipofisária. Em casos de hiperpituitarismo, acompanhados de varicosidades, a roentgenterapia impede a progressão da afecção venosa (10).

Também outras glândulas de secreção interna foram incriminadas como tomando parte etiológica na doença varicosa, tais como a tireóide, supra-renal, pâncreas e paratireóides.

A hereditariedade varicosa se manifestaria sob a forma de herança mórbida glandular, originando a disfunção hormonal, secundariamente, o processo patológico em aprêço.

Anastomoses artério-venosas. — Além do que já foi relatado mais acima a propósito dos aneurismas artério-venosos na gênese das varizes, importa acentuar a possibilidade de nas fístulas de origem congênita não estarem presentes todos os sintomas da afecção, tomando-se como varizes puras síndromes que reconhecem esta causa (44). J. CAVALCANTI e COUTINHO (45) lembram a possibilidade patogênica de varizes por abertura permanente das anastomoses glômicas artério-venosas, condicionando uma situação idêntica à dos aneurismas artério-venosos traumáticos.

Profissão. — Ao ser estudada a fisiologia do retorno sanguíneo do membro inferior, foi reconhecido o prejudicial da posição parada de pé, pois subtrai um potente fator de propulsão do sangue, tais como as contrações musculares intermitentes. Compreende-se, pois, que uma profissão que obrigue a posição ortostática seja um fator predisponente de varizes. Daí, encontrar-se grande incidência desta afecção em motorneiros, caixeiros, lavadeiras, cozinheiras, etc. SCHULTES (46) verificou que os operários que trabalham parados e de pé sofrem 12,7 vezes mais de varizes do que os de outras ocupações.

LAKE, PRATT e WRIGHT (13), estudando a incidência de varizes por sexo e ocupação, encontraram os seguintes dados, colhidos pelo exame de empregados numa loja:

| | Homens | | Mulheres (nunca grávidas) | |
|---------------------|--------|-----------------|---------------------------|-----------------|
| | Total | N.º com varizes | Total | N.º com varizes |
| Parados de pé . . . | 89 | 36 (40,5%) | 63 | 47 (73,8%) |
| Em marcha . . . | 129 | 53 (41,0%) | 28 | 19 (67,9%) |
| Sentados | 40 | 20 (50,0%) | 42 | 23 (56,8%) |
| Galgando escadas | 47 | 16 (34,0%) | — | — |

Por êstes dados, vê-se que a maior percentagem de varizes encontrava-se entre os homens, naqueles que trabalhavam sentados, enquanto que nas mulheres, aquelas que executavam seus afazeres paradas de pé.

No Japão, são raras as varizes, segundo KASHIMURA (47), em virtude do povo trabalhar sentado, em sua típica posição. Não seria um fator racial, pois êstes mesmos indivíduos, exercendo profissões que exijam uma postura na qual se faça sentir com mais intensidade a pressão hidrostática, também são afetados.

“Qualquer que seja a causa, está estabelecido que certos indivíduos têm marcada tendência para varizes, são mais comuns nas mulheres que estiveram grávidas do que em qualquer outro grupo de pessoas e que a afecção parece ter uma alta incidência em certas famílias. Sobretudo, deve ser notado que a postura vertical do homem contribui em grande parte nas varizes, pois que uma lesão similar não é encontrada nos quadrúpedes. Isto prova, quase incontrovertidamente, que um fator mecânico tem algo que ver com a afecção” (9).

O refluxo do sangue venoso.

No varicoso, com veias dilatadas e com válvulas insuficientes, ao passar do decúbito para a posição vertical, uma certa quantidade de sangue flui num sentido inverso à direção normal até satisfazer a

capacidade venosa anormalmente aumentada. Foi LEE, em 1835 (48), quem pela primeira vez demonstrou o refluxo sanguíneo no varicoso, ao injetar água na crosse de uma safena interna varicosa num homem recentemente morto de cólera e observando a imediata repleção do tronco principal e seus ramos. O mesmo não se reproduz no cadáver com veias normais.

No vivo, o fluxo retrógrado foi evidenciado por BRODIE, em 1846, e por TRENDELENBURG (9), em 1890. A quantidade de sangue que flui centrífugamente, com a postura vertical, é relativa à capacidade aumentada das veias, dilatadas e tortuosas. Avaliou-se em 250 cc. o volume de sangue refluído no sistema superficial em certos casos de varizes (9). A observação clínica de BRODIE-TRENDELENBURG tem sua confirmação experimental nos trabalhos de SICARD e GAUGIER (49), McPHEETERS e RICE (50), McPHEETERS, MERKERT e LUNDBLAD (51), POMERANZ e TUNICK (52), VEAL e VanWERDEN (53) e outros.

Êstes autores, injetando meios de contraste nas veias superficiais do membro inferior, observaram pelo contróle radioscópico e radiográfico que a substância usada tomava uma direção inversa ao fluxo normal. Criou-se assim a teoria do círculo vicioso: o sangue contido nas veias do sistema superficial passava através das perfurantes para o sistema profundo, tornando a voltar para a safena em virtude da insuficiência da válvula ostial de sua crosse.

SCHMIER e depois LOEHR e TOELLE (54), usando contrastes de pêso específico quase igual ao do sangue, concluíram que não havia fluxo retrógrado nos varicosos com insuficiência valvular, na posição ereta. Êstes dois últimos autores estabeleceram também que o refluxo sanguíneo era um fenômeno transitório, aparecendo imediatamente à mudança da posição deitada para a de pé, e que, após algum tempo, a circulação restabelecia-se em seu sentido normal, apesar de ter sua velocidade muito diminuída. WARWICK (55) chegou a idênticas conclusões. Mais recentemente, HELLER (56), procurando explicar as controvérsias existentes, repetiu as experiências feitas pelos autores acima citados. Como encontrasse um pêso específico muito mais alto do que o do sangue nas substâncias usadas como contraste pelos antigos autores, usou uma solução aquosa de hipuran, com aproximadamente o mesmo pêso específico do sangue do paciente a examinar. Neste mesmo trabalho, estuda a velocidade do sangue nas veias varicosas. São suas as conclusões que se seguem:

“Na posição horizontal, parece haver pouca diferença entre as veias normais e varicosas. Entretanto, quando o indivíduo com veias incompetentes põe-se de pé, estabelece-se um imediato fluxo de sangue de cima para baixo, até que se encham completamente os vasos. Uma vez isto feito, instala-se uma circulação lenta no sentido normal. Em alguns pacientes, quando imóveis de pé, pode levar

dez ou mais minutos para que a safena se esvazie, mesmo que a marcha ou outra atividade muscular aspire um apreciável volume de sangue das veias superficiais e aumente o esvaziamento”.

“Este fluxo central está em contradição à teoria do círculo vicioso. Em razão da grande extensão do leito capilar, das limitações da atividade muscular e o relativo pequeno calibre das veias comunicantes normais, somente uma porção do sangue é aspirado, permanecendo o suficiente para encher os vasos e produzir um fluxo lento para cima. Para manter um fluxo retrógrado contínuo no tronco da safena, as veias comunicantes deveriam esvaziar mais sangue do que o que entra no mesmo, proveniente do leito capilar. Mesmo o aumento da aspiração, produzida pela marcha, não forçou a solução de hipuran para baixo”.

“Aumentando a pressão intra-abdominal, pela tosse ou pelo esforço, pode-se, temporariamente, reverter a direção do fluxo”.

No indivíduo normal, o peso da coluna sanguínea, quando este está de pé e imóvel, é suficiente para determinar a perda de líquido do sangue para os tecidos. Com efeito, as pressões venosas tomadas no membro inferior, na posição ereta, são grandemente superiores à pressão colóido-osmótica (35 a 36 centímetros de água). A experiência de CARRIER e REHBERG (57) demonstra este fato: num indivíduo normal, de pé sobre uma cadeira e com uma das pernas pendentes para o lado, mediram, a intervalos, a pressão nas veias do dorso do pé relaxado; a tensão, que de início media 86 cms. de água, cinco minutos após era de 97 cms. de água, para, seis minutos depois, elevar-se a 102 cms. de água; durante este período, a circunferência do pé havia aumentado em dois centímetros, evidenciando o edema.

A atividade muscular, apoiada em válvulas venosas suficientes, diminuindo a pressão venosa, remedia esta situação. Mas, no varicoso, com veias insuficientes, as contrações musculares são ineficazes, permanecendo a hipertensão ortostática.

As modificações patológicas da hemodinâmica de retorno do membro inferior produzem alterações nos elementos do sangue venoso.

A estase, aumentando a permeabilidade capilar, determina a transudação de líquidos para os tecidos, elevando a viscosidade e o índice refratométrico sanguíneos (29). KLAPP (58) dosou uma taxa elevada de nitrogênio não-protéico em varicosos que se conservaram de pé por uma hora. DeTAKATS, QUINT, TILLOTSON e CRITTENDEN (59) encontraram um aumento da taxa de gás carbônico no sangue das veias varicosas, em relação à da cubital no mesmo indivíduo; a porcentagem de oxigênio estava abaixada. BLALOCK (60) chegou a resultados semelhantes; nos casos complicados de úlcera ou infecção, havia elevação da taxa de oxigênio em comparação com a extremidade oposta. O mesmo acontecia nos casos de varizes unilaterais, o que sugere um aumento do volume

total de sangue no membro afetado, vindo de encontro à hipótese de MAYERSON, LONG e GILES (25) anteriormente citada, para explicar a hiperpressão clinostática observada na extremidade inferior varicosa.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Bégouin, P., Bourgeois, H., Duval, P., Gosset, A., Jeaubrau, E., Lecène, P., Lenormant, C. e outros: *Pathologie Chirurgicale*. Tome I. Masson Cie. Paris. 1937.
- 2 — Forgue, E.: *Patologia Externa*. Trad. da 9.º Ed. pelo Dr. Elias Davidovich. Tomo 1.º. Ed. Guanabara. Rio de Janeiro. 1937.
- 3 — C. de Figueiredo: *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 5.ª Edição.
- 4 — Citados por P. Launay in *Nouveau Traité de Chirurgie. Maladies des Veines et des Lymphatiques*. Fasc. XII. Baillièrre et Fils. Paris. 1909.
- 5 — Pratt, G. H. *Surgical Treatment of Varicose Veins and Ulcers by Segmental Sclerosis*. *Am. J. Surg.* 44: 31-38, 1939.
- 6 — Bellis, C. J. e Churney, O. L.: *Injection of varicose veins*. *Surgery*, 13: 411-415, 1943.
- 7 — Babington, S. H.: *Surgical treatment of varicose veins*. *J. Inter. Col. of Surgeons*. 9: 596-608, 1946.
- 8 — Delbet e Mocquot, citados por 1).
- 9 — Ochsner, A. e Mahorner, H.: *Varicose veins*. Mosby &. USA. 1939.
- 10 — Verovitz, C. H.: *Diseases of the veins and lymphatics of the lower extremity*. Christopher Publishing House, USA. 1941.
- 11 — McPheeters, H. O.: *Saphenofemoral ligation with the immediate retrograde injection*. *Surg. Gynec. Obst.*, 81: 355-364, 1945.
- 12 — Pratt, G. H.: *Results of surgical treatment of varicose veins*. *J. Am. Med. Assoc.* 122: 797, 1943.
- 13 — Lake, M., Pratt, G. H. e I. Wright: *Arteriosclerosis and varicose veins: ocupacional activities and other factors*. *J. Am. Med. Assoc.* 119: 696-701, 1942.
- 14 — Steubner, citado por 9).
- 15 — Mairano: *Le varici e l'ulcera varicosa*. Minerva, ed. Torino. 1936.
- 16 — Trendelenburg, F. *Beitr. Klin. Chir.*, 7: 195-210, 1890, citado por McPheeters, H. O.: *Surg. Gynec. Obst.* 81: 355, 1945.
- 17 — Delbet e Mocquot, citados por 2).
- 18 — Martorell, F.: *Varices. Su tratamiento basado en la flebografia*. Ed. Labor. Madrid. 1946,
- 19 — Branca, A.: *Embryologie*. Baillièrre et Fils. Paris. 1922.
- 20 — Adams, J. C.: *Etiological factors in varicose veins of the lower extremities*. *Surg. Gynec. Obst.* 69: 717-725, 1939.

- 21 — Edwards, E. A. e Edwards, J. E.: The effect of thrombophlebitis on the venous valve. *Surg. Gynec. Obst.*, 65: 310-320, 1937.
- 22 — Holman, citado por 20).
- 23 — Seiro, V.: A pressão venosa e circulação nas varizes das extremidades inferiores. *Intern. Abstract of Surg.*, 70: 401, 1940.
- 24 — Villaret, M., Saint Girons, F. et Justin-Besançon, L.: La pression veineuse périphérique. Masson & Paris. 1930.
- 25 — Mayerson, H. S., Long, C. H. e Giles, E. J.: Venous pressures in patients with varicose veins. *Surgery*, 14: 519-525, 1943.
- 26 — Hallion, citado por 24).
- 27 — Delbet, citado por 29).
- 28 — Veal, J. R. and Van Werden, B. K., *Am. J. Surg.*, 10: 426, 1938.
- 29 — Heller, R. E.: The pathological physiology of varicose veins — Collective Review. *Surg. Gynec. Obst.* — *Intern. Abstract Surg.*, 71: 566-571, 1940.
- 30 — Edwards, E. A.: The treatment of varicose veins — Anatomical factors of ligation of the great saphenous vein. *Surg. Gynec. Obst.*, 59: 916-928, 1934.
- 31 — Berntsen, citado por de Takats: Causes of failure in the treatment of varicose veins, *J. Am. Med. Assoc.* 96: 1111-1114, 1931.
- 32 — Magnus, citado por 9).
- 33 — De Takats e Quint, citados por 9).
- 34 — Igarzabal, J. E.: Tratado de Patologia Quirúrgica. Editorial Vazquez, Buenos Aires. 1942.
- 35 — Aimes, citado por Martinez, D. J.: Las varices y su tratamiento esclerosante, *Rev. Cir. Buenos Aires*, 19: 127, 1940.
- 36 — Lowenstein e Cadiat, citados por 34).
- 37 — Pratt, G. H.: Surgical treatment of varicose veins and ulcers by segmental sclerosis. *Am. Jour. Surg.*, 44: 31-38, 1939.
- 38 — Warwick, T.: Valvular defect in relation to varicosis. *Lancet*, 219: 1278, 1930.
- 39 — Klotz, citado por 10).
- 40 — Klotz, citado por Testut, L., e Latarjet, A.: Tratado de Anatomia Humana. Tradução castelhana de J. Corominas y Sabater e Antonio Riera Villaret. Tomo 2.º. Salvat Editores S. A. Barcelona. 1933.
- 41 — Hugel & Delater, Le systeme veineux normal et Pathologique. G. Doin & Paris, 1926.
- 42 — Sicard, J. e Gaugier, L.: Traitment des Varices par la méthode sclerosante. Masson & Cie. Paris. 1929.
- 43 — Gaugier, citado por J. Cavalcanti, Tratamento Cirurgico das Varizes. *Arquivos Bras. Cir. Ortopedia*, 10: 7, 1942.
- 44 — Horton, Veal e McCord, citados por 9).
- 45 — J. Cavalcanti e B. Coutinho, citados por Cavalcanti, J.: Tratamento Cirurgico das Varizes, *Arquivos Bras. Cir. Ortopedia*, 10: 7, 1942.

- 46 — Schultes, citado por 9).
- 47 — Kashimura, citado por 10).
- 48 — Lee, citado por 29).
- 49 — Sicard, J. e Gaugier, L.: Traitment des Varices par las injéctions sclérosantes, Presse Médicale, 1: 689, 1926.
- 50 — McPheeters e Rice, Surg. Gynec. Obst., 49: 29-33, 1929.
- 51 — McPheeters, Merkert e Lundblad, Surg. Gynec. Obst., 55: 298-302, 1932.
- 52 — Pomeranz e Tunick, Surg. Gynec. Obst., 57: 689, 1933.
- 53 — Veal e Van Werden, Am. Jour. Surg., 40: 326, 1938.
- 54 — Loehr e Toelle, citados por 56).
- 55 — Warwick, T.: Valvular defect in relation to varicosis. Lancet, 219: 1278, 1930.
- 56 — Heller, R. E.: The circulation in normal and varicose veins. Surg. Gynec. Obst., 74: 1118-1127, 1942.
- 57 — Carrier e Rehberg, citados por 56).
- 58 — Klapp, citado por 29).
- 59 — De Takats, G., Quint, H., Tillotson, B. I.: e Crittenden, P. J.: The impairment of circulation in the varicose extremity, Arch. Surg., 18: 671, 1929.
- 60 — Blalock, Archives of Surgery, 19: 898, 1929.

CAPÍTULO IV

DADOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Macroscopicamente, as veias varicosas apresentam-se alongadas e dilatadas. Em virtude do aumento de comprimento, fixadas que estão nos pontos extremos, dobram-se sobre si mesmas, tornando-se flexuosas. Esta sinuosidade é mantida por bridas fibrosas, tanto que assim se conserva quando a veia é dissecada, a não ser que sejam seccionadas (1). Esta tortuosidade parece diretamente proporcional ao alongamento venoso, não tendo relação com a espessura da parede da veia (2).

A dilatação constitui uma das condições fundamentais no conceito de varizes e deve ser compreendida como o aumento desproporcional da luz da veia em relação a suas paredes; mas, como muito bem chamam a atenção MAHORNER e OCHSNER (2), somente isto não constitui uma definição de varizes, uma vez que qualquer dilatação que torne insuficientes as válvulas venosas também são varizes, apesar de, em consequência da hipertrofia simultânea da túnica muscular, não se modificar a relação entre a luz e a espessura da parede venosa.

Esta ectasia, em alguns casos, alcança diversas vezes o diâmetro normal do vaso; comumente, se faz irregular, observando-se dilatações ampulares, laterais ou circunferenciais, os chamados aneurismas venosos; quando a ectasia é regular, a veia se apresenta com um aspecto cilindróide.

Estas lesões podem ser encontradas associadas na mesma veia, condicionando um aspecto macroscópico multiforme.

As veias varicosas perdem muito de sua elasticidade em virtude do aumento do tecido conectivo, não tendo este fato relação com a quantidade das fibras elásticas existentes, uma vez que estas também se encontram em maior número (2).

As válvulas venosas se adelgaçam, atrofiando-se e algumas vezes são destruídas, restando somente as bases de implantação parietal. Este fato é observado também nas pessoas idosas, na ausência de varizes, não constituindo, portanto, exclusividade desta afecção (3).

Em varizes antigas, em consequência da deposição cálcica em coágulos parietais, palpam-se corpúsculos duros, os flebólitos.

As alterações da anatomia microscópica da veia varicosa podem ser descritas na seguinte ordem (4): num primeiro tempo, observa-se a hipertrofia da túnica muscular da veia e de suas fibras elásticas. O vaso apresenta-se de paredes espessas, arterializado.



Num segundo tempo, as fibras musculares e elásticas vão desaparecendo, invadidas pelo tecido conjuntivo que, transformando-se em tecido escleroso, torna a veia um tubo duro, de paredes adelgadas em certos pontos. São respeitadas, somente, a elástica interna e o endotélio.

MAGGIO (5), estudando as alterações estruturais das tunicas venosas nas varizes, descreve dois tipos de lesões:

No primeiro tipo, observam-se alterações na camada muscular, cujas células apresentam-se alteradas em seu núcleo e protoplasma. Posteriormente, acentuam-se estas modificações celulares, ao mesmo tempo que aparece um aumento desordenado do tecido conectivo e das fibras elásticas. Em consequência, o vaso apresenta-se espessado e com a luz estreitada. A íntima, nesta altura, mantém-se inalterada. Num período mais avançado, estabelecem-se as deformações características das varizes, sem que seja mais possível diferenciar as diversas tunicas venosas.

No segundo tipo, as alterações iniciam-se na túnica interna, onde se observa uma proliferação sub-endotelial do tecido conectivo. Pequenas alterações tomam lugar na média e adventícia. Logo após, a proliferação da íntima diminui a luz vascular. Nas últimas etapas evolutivas, a degeneração que se faz presente em tôdas as tunicas determina o adelgamento da parede da veia, não restando traço que individualize as tunicas venosas.

Os vasa vasorum estão dilatados e sinuosos nas varizes antigas, comunicando-se uns com os outros e, algumas vêzes, rompendo-se, determinando infiltrações sanguíneas intraparietais.

Os surtos inflamatórios, comuns nas varizes antigas, determinam trombozes venosas, causando a obliteração do vaso e posterior transformação dêste em cordão fibroso.

“Em resumo, qualquer que seja a origem real das lesões, o estado varicoso é caracterizado pela flebite crônica, a fleboesclerose” (1).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — LAUNAY, P. *Maladies des Veines* in *Nouveau Traité de Chirurgie*, fasc. 12. Bailliére et Fils. Paris. 1909.
- 2 — OCHSNER, A. e MAHORN, H. *Varicose Veins*. C. V. Mosby. St. Louis. 1939.
- 3 — KLOTZ, K.: Citado por 2).
- 4 — IGARZABAL, J. E.: *Tratado de Patologia Quirúrgica*. Tomo I. Editorial Vazquez. Buenos Aires. 1942.
- 5 — MAGGIO, P.: *Sulle alterazioni strutturali delle tuniche venose nelle varici*. *Sperimentale*, LXXXV, 185. 1931. in *Intern. Abstract of Surg.* *Surg., Gynec. & Obst.*, LIV, 1932. N.º 3. March, 1932. 275.

CAPÍTULO V

EXAME DO DOENTE

O síndrome varicoso é de fácil diagnóstico e, de um modo geral, êste é feito pelo próprio paciente.

Entretanto, os conhecimentos atuais de sua etiopatogenia exigem a determinação exata de sua natureza, a fim de que o tratamento seja o adequado, evitando ao paciente as conseqüências de medidas terapêuticas empiricamente indicadas. Para êste fim, é necessário o exame acurado do paciente.

As varizes são efeitos de causas múltiplas, tanto gerais como locais, devendo, porisso, seus portadores ser submetidos a um exame geral detalhado.

A anamnese cuidadosa permite esclarecer, em muitos casos, a etiologia do síndrome varicoso, servindo como exemplo os doentes em que uma flebite anterior tenha sido seguida de varicosidades.

A tendência familiar é revelada pela ocorrência da afecção em parentes diretos do paciente; quando isto não acontece, segundo MARTORELL (1), deve-se pressupor a infecção venosa.

A profissão, condicionando posições que permitam à pressão gravitária atuar em largo espaço de tempo, explica muitas vêzes o desenvolvimento desta afecção no indivíduo que já possuía uma fragilidade venosa; da mesma forma, tôdas as situações patológicas que tendam a aumentar a pressão abdominal, como os esforços de defecação em virtude de uma constipação intestinal, a bronquite crônica, etc.

A gravidez, indiscutivelmente, tem um papel saliente na gênese das varizes. Interessante se torna relacionar o seu início ou evolução com gravidezes anteriores ou atuais e ainda com o período da prenhez em que se fizeram notar ou acentuar.

No mesmo sentido, o estabelecimento da data da última menstruação é de valor, na possibilidade de uma gravidez insuspeita.

Os aneurismas artério-venosos exteriorizam-se, muitas vêzes, por um síndrome varicoso; em vista disso, os traumatismos, em especial os produzidos por arma de fogo e localizados nas regiões em que artéria e veia sejam contíguas, tornam possível a afecção e devem ser relacionados com o aparecimento das varicosidades.

Os tumores abdominais, principalmente os pélvicos, podem ser os responsáveis por uma compressão venosa determinante do síndrome varicoso. O exame do abdome, o toque combinado, vaginal e retal, por estas razões, revestem-se de importância nestes doentes.

As cicatrizes, traumáticas ou cirúrgicas, principalmente as da raiz do membro inferior, devem chamar a atenção como possíveis fatores de compressão venosa.

Verificar a existência anterior das complicações devidas ao síndrome varicoso, tais como varicorragias, varicoflebites, alterações cutâneas distróficas, úlceras, celulites e linfangites; num paciente que fez uma úlcera de perna concomitantemente com o aparecimento de dilatações varicosas e que, posteriormente, curou sua úlcera, apesar de persistirem as varizes, levanta a suspeita de uma trombo-flebite profunda, agora recanalizada, na gênese das varicosidades atuais.

A observação de circulação complementar abdômino-torácica é comum nas obstruções ilíacas, em vigência ou anterior.

Os sintomas subjetivos não são proporcionais às alterações anátomo-patológicas correspondentes. Assim, alguns doentes nada sentem, apesar do grande volume de suas varizes, enquanto outros sofrem bastante, com veias varicosas incipientes.

As queixas mais comuns são: sensação de peso e cansaço na perna, formigamento, fadiga fácil e câimbras na panturrilha. Edema maleolar e do dorso do pé. A distensão da pele produzida pelas dilatações varicosas dá uma sensação de queimadura e prurido local.

Em certos pacientes, a dor se apresenta como sintoma subjetivo dominante, seguindo o trajeto do nervo safeno irritado; nos casos em que estejam atingidas as veias glúteas, pode-se observar dor ciática.

De um modo geral, todos os sintomas subjetivos desaparecem pela elevação da extremidade inferior afetada.

As afecções que complicam as varizes condicionam sintomas que lhes são próprios.

Inspeção.

A inspeção do membro inferior varicoso deve ser feita na posição de pé e deitada, observando-se as modificações havidas nas veias.

Segundo a localização das varizes, já se pode inferir qual a veia ou veias atingidas pelo processo patológico.

Em relação a seu aspecto, dividem-se em três tipos principais, que podem ser encontrados isoladamente ou associados nas veias, a alturas diferentes:

1 — Varizes cilíndricas: apresentam-se como veias normais, porém de maior calibre; anátomo-patologicamente, mostram suas paredes espessadas, hipertrofiadas. São comumente encontradas na coxa, no trajeto da safena interna.

2 — Varizes serpentiformes: a veia, além de dilatar-se, aumenta de comprimento, dobrando-se sobre si mesma e determinando um trajeto tortuoso. Esta é a forma mais comum e encontrada em qualquer região do membro inferior.

3 — Varizes saculares: também chamadas aneurismáticas, dispõem-se ao longo da safena interna, múltiplas ou isoladas, correspondendo, em geral, à desembocadura de uma perfurante insuficiente na veia superficial. Encontram-se, ainda, na crossa da safena interna, onde, em certos casos, criam um problema diagnóstico com as hérnias crurais. Apresentam-se como tumores arredondados, lisos e redutíveis, que voltam à forma primitiva, imediatamente e sempre que cesse a compressão.

Observa-se, ainda, a existência sob a pele de finas arborizações azuladas de várias formas, raiadas, lineares, etc.: telangiectasias ou varículas.

Palpação.

A palpação, percebem-se as alternativas de tensão da veia varicosa pelas mudanças de posição da extremidade em exame. É ótimo processo para estimar a extensão e localização de certas dilatações varicosas, principalmente nos obesos e edemaciados. Nestes últimos, a veia se apresenta como um canal de consistência mole, palpável no tecido celular subcutâneo infiltrado. Esta sensação palpatória torna-se mais evidente com o membro inferior elevado à vertical (2).

A palpação fornece dados relativos à consistência das paredes da veia, notando-se em certas oportunidades pequenos tumores duros, arredondados e localizados em seu interior: os flebólitos.

O *thrill* ou frêmito catáreo, com refôrço sistólico, palpado em seu ponto de maior intensidade, permite localizar a fístula artério-venosa.

Os edemas discretos são evidenciados pela impressão digital que os mesmos permitem.

Percussão.

Em certos indivíduos, em geral obesos, as dilatações venosas não são aparentes. Isto geralmente acontece à altura da coxa. A percussão, através de uma manobra denominada por McPHEETERS (3) de *Percussion Pulse Transmitted*, permite traçar o curso de tais veias. Para isto, com o paciente em exame na posição de pé, enquanto com uma mão dá-se piparotes em uma veia visível, com a outra procura-se localizar a ondulação transmitida. No ponto em que esta fôr percebida, situa-se a veia. Repetindo êste processo ao longo do membro inferior, é possível determinar o trajeto de uma veia invisível.

Como mais adiante será descrito, esta manobra nada mais é do que o fenômeno observado por SCHWARTZ, usado aqui, apenas, com o fim de localização.

Auscultação. + palpando

A ausculta é um elemento de valor para o diagnóstico dos aneurismas artério-venosos e deve ser praticada sistematicamente, principalmente nos pontos em que troncos arteriais e venosos estão em contigüidade.

O frêmito catáreo, o *thrill* palpável das comunicações artério-venosas, tem seu correspondente acústico no sôpro contínuo, com reforço sistólico, que se propaga, numa maior ou menor extensão, pelas veias.

A variz sacular da crossa da safena interna cria o problema diagnóstico diferencial com as hérnias femurais ou crurais. O exame atento permite esclarecer sempre o processo patológico. São as seguintes as características diferenciais destas duas afecções:

Ao provocar-se a repleção brusca do tumor, aumentando a pressão intra-abdominal, ou colocando-se o indivíduo de pé, no caso de variz, nota-se um *thrill*, o que não se observa na hérnia crural.

As ondas líquidas provocadas pela percussão de uma veia varicosa da perna, no caso de variz, se transmitem ao tumor, o mesmo não acontecendo nas hérnias crurais.

Desfeito o tumor pelo decúbito, comprime-se o canal femural com o dedo, colocando-se, em seguida, o paciente de pé; em se tratando de variz, apesar da compressão, refaz-se o tumor, rapidamente, o que não sucede na hérnia crural, que se mantém contida pela compressão. A redução da variz sacular não é acompanhada do gargarejo característico das hérnias.

Quando a variz sacular da crossa da safena interna sofre um processo trombo-flebítico, aumenta de volume, tornando-se dolorosa, dura, irregular e irreduzível, criando, então, o problema diagnóstico diferencial com a hérnia crural estrangulada.

É possível a concomitância das duas afecções no mesmo doente.

As pequenas hérnias musculares do tibial anterior já foram confundidas com varizes; basta, no entanto, tê-las em mente para ser diagnosticadas.

Os aneurismas artério-venosos congênitos, muitas vezes, não apresentam frêmito catáreo e seu correspondente acústico, em virtude do diminuto das comunicações artério-venosas. Os sintomas que geralmente acompanham as fístulas artério-venosas, tais como a hipertrofia do membro doente e o aumento de temperatura local, esclarecem a natureza do processo. Nestes doentes, a punção venosa dá sangue arterializado, de cor vermelho vivo.

Do exposto em capítulos anteriores, devem ficar esclarecidos os seguintes pontos, no exame de um portador de varizes:

- 1.^o — Estado funcional das válvulas das veias superficiais do membro inferior, especialmente a da junção safeno-femural.
- 2.^o — Estado funcional das válvulas das veias perforantes.
- 3.^o — Localização das veias perforantes insuficientes.
- 4.^o — Permeabilidade das veias do sistema profundo da extremidade inferior.
- 5.^o — Estado da circulação arterial do membro inferior.

A insuficiência valvular dos vasos que ligam os sistemas superficial e profundo, e entre êstes incluem-se as crossas das veias safenas interna e externa, estabelece a comunicação veno-venosa anormal anteriormente citada e que deve ser eliminada.

Após o fracasso das injeções esclerosantes na obstrução destas comunicações anormais (4, 5, 6, 7), por recanalização do trombo em maior ou menor espaço de tempo (8, 9, 10), cresceu em importância a interrupção cirúrgica destas mesmas veias. Em vista disso, não só o reconhecimento da insuficiência funcional dêstes vasos, mas sua exata localização ao emergirem do manguito aponevrótico do membro inferior, tomaram vulto.

As provas funcionais e de localização das veias perforantes insuficientes, descritas a seguir, propõem-se responder a todos êstes pontos:

Prova de Trendelenburg.

Cabe a Sir BENJAMIN BRODIE a prioridade na descrição da insuficiência valvular na safena interna varicosa. Em 1846, assim escrevia êste autor (11): “Se a veia safena estiver consideravelmente dilatada, suas válvulas tornam-se ineficientes. Agora, observem-se os resultados disto. Tive um paciente no qual havia um insólito e grande amontoado de veias varicosas na face interna da perna, enquanto que a grande safena era de enorme diâmetro, de modo que as válvulas estavam evidentemente imprestáveis. Se eu collocasse uma faixa e espremesse o sangue das veias inferiores, e então collocasse meu polegar na veia safena, acima, de maneira a interromper a circulação através dela, verificaria, ao tirar a faixa, o paciente estando na posição ereta, que o amontoado de veias situado abaixo encher-se-ia muito lentamente e sòmente pelos capilares; mas, se o doente estivesse na posição ereta e eu removesse a pressão da veia, as válvulas sendo inúteis, o sangue lançar-se-ia para baixo, por seu próprio pêso, contrariamente ao curso da circulação e encheria o novêlo varicoso situado abaixo, quase instantâneamente”.

Sòmente, anos após, em 1890, é que TRENDELENBURG (11) publicou sua monografia, demonstrando o refluxo sanguíneo nas varizes, e descrevendo sua prova da maneira seguinte:

“O paciente deitado eleva a perna e as veias se esvaziam. Mas, quando o paciente assume a posição sentada, a veia safena enche-se rapidamente de sangue. Se a manobra fôr repetida com a perna em posição vertical, o dedo comprimindo e mantido sôbre o tronco da veia safena, as varizes enchem-se muito lentamente, quando o paciente assume a posição ereta; mas se o dedo é súbitamente retirado, as veias readquirem, rapidamente, o seu tamanho primitivo”.

Com pequena diferença de técnica, os dois autores executaram a mesma prova. Por isso, OCHSNER e MAHORNER (11) denominam esta manobra “prova de BRODIE-TRENDELEBURG”.

HOMANS (12), em 1916, descreveu uma reação positiva dupla dêste teste, enriquecendo-o sob o ponto de vista interpretativo dos distúrbios da circulação do sangue nas varizes.

Atualmente, a prova de TRENDELEBURG é praticada da maneira que se segue: com o paciente em decúbito dorsal, esvaziam-se-lhe as veias superficiais pela elevação do membro inferior a examinar, até a vertical, flectindo a coxa sôbre a bacia, com o joelho em extensão. Nesta posição e após a completa depleção venosa, coloca-se um garrote na raiz da coxa, ao nível da junção safeno-femural, com pressão suficiente para comprimir unicamente as veias do sistema superficial, de maneira a impedir o refluxo sanguíneo através destas, sem comprometer a circulação venosa profunda e o fluxo arterial.

Ao passar o indivíduo do decúbito dorsal para a posição ereta, observam-se as seguintes eventualidades:

1.º — Com o paciente na posição vertical, ao retirar-se o garrote, a safena interna enche-se rapidamente, de cima para baixo. Êste enchimento rápido, após a retirada do garrote, indica a insuficiência das válvulas desta veia e, em especial, da válvula ostial, pois que permite o refluxo, pela crossa, do sangue contido na veia femural. Diz-se, então, que a prova de Trendelenburg é *positiva direta*.

2.º — A repleção de veias varicosas com sangue proveniente do leito capilar, pela *vis a tergo*, leva em média 30 segundos (1 e 3) ou mais. Portanto, repetindo-se a prova acima descrita, com o garrote colocado, ao observar-se o enchimento completo mais ou menos rápido das varizes, dentro de 30 segundos, diz-se que a prova de Trendelenburg é *positiva inversa*. Êste fato demonstra a existência de insuficiência valvular das veias perforantes do membro em exame, o que torna possível o refluxo do sangue contido no sistema venoso profundo para as veias superficiais, refluxo êste que, em virtude de seu volume, determina a repleção das varizes num tempo sempre menor do que o gasto pela *vis a tergo* para o mesmo fim.

A necessidade de mais de 30 segundos para o enchimento das varicosidades evidencia a suficiência valvular das veias perforantes, inclusive da crossa da pequena safena.

3.^o — No paciente em que o teste de Trendelenburg é positivo inverso, e que, ao ser retirado o garrote, observar-se uma maior distensão venosa, fala-se em prova de Trendelenburg *positiva dupla*.

Em tais indivíduos, por estas eventualidades, acusam-se insuficiências valvulares não só das veias perforantes mas também das válvulas da grande safena.

4.^o — Quando não se observar nenhuma das três eventualidades acima, a prova de Trendelenburg é *negativa*, traduzindo a suficiência da válvula ostial da grande safena e das veias perforantes existentes ao longo do membro inferior.

O teste de Trendelenburg permite conhecer o estado da válvula ostial da safena interna e das perforantes, sem, no entanto, localizar estas últimas.

Prova de Adams.

“Sentimos que o teste de Trendelenburg, como usualmente é executado, não é uma prova satisfatória de competência valvular, pois que toma em consideração somente as pressões de pé. Observámos, freqüentemente, pacientes cujas válvulas eram suficientes para as pressões de pé apresentarem Trendelenburg negativo, mas cujas válvulas eram incompetentes para a pressão adicionada de esforço e prontamente exibiam um Trendelenburg positivo, quando êste fator era introduzido” (8).

Nestes casos, a veia já dilatada, mas com as valvas ainda tomando contato por seus bordos livres, a pressão gravitária é, por si só, insuficiente para determinar o refluxo sanguíneo, sendo necessária uma pressão adicional de esforço para provocá-lo. Pela hiperpressão, afastam-se mais as paredes da veia, arrastando consigo as valvas, deixando livre a luz do vaso e tornando positiva a prova de Trendelenburg.

“Se os dedos da mão que palpa forem colocados sobre a desembocadura da safena, estando o doente na posição de pé, o refluxo nos casos de incompetência é imediatamente sentido como um *thrill* venoso palpável, quando o paciente tosse ou se esforça” (8).

Esta é a técnica sugerida por ADAMS para evidenciar as insuficiências valvulares incipientes da ostial da safena interna. A positividade desta prova comandaria a ligadura da safena interna em sua crossa.

Sinal de Alípio Correia Neto.

Esta prova nada mais é do que o equivalente estetacústico do teste de Trendelenburg positivo direto.

Após o esvaziamento das veias varicosas, como na prova de Trendelenburg, coloca-se um garrote na raiz da coxa do paciente,

que se põe, então, de pé. Um estetoscópio é aplicado sôbre o tronco da safena interna, em nível inferior ao garrote. Com a retirada do torniquete, ouve-se um sôpro rude causado pela descida do sangue refluído, indicando a insuficiência da válvula ostial. Com um sistema valvular continente, verifica-se a ausência dêste sôpro (13).

Sinal de Sicard.

Êste autor demonstra a insuficiência valvular das safenas, quando, ao mandar o paciente deitado tossir, observa uma ondulação que se propaga pela veia safena interna até a perna (14). O mesmo fato observou A. C. MOREIRA (15) num paciente portador de varizes, ainda quando o membro inferior estava elevado.

Teste de Schwartz.

Esta prova é executada com a seguinte técnica: com o paciente de pé, as ondas líquidas determinadas pela percussão de uma veia varicosa são palpadas nas veias subjacentes, num sentido inverso ao da corrente sanguínea, testemunhando êste fato a insuficiência valvular da veia examinada. Esta é a interpretação dada por diversos autores à prova.

Executámos as seguintes manobras em 50 indivíduos sãos, todos em posição ortostática e com o membro superior em adução:

Nas veias dos antebraços, um dedo mantinha o vaso colabado num determinado ponto, enquanto que com outro dedo esvaziávamos um segmento venoso imediatamente proximal a êste ponto; o limite proximal do segmento esvaziado era determinado pelo achado de uma válvula venosa, fato êste reconhecível pela manutenção do colapso venoso, mesmo sem a compressão do segundo dedo. Com isto, conseguíamos um segmento de veia vazio, limitado acima pela válvula venosa suficiente, que impedia o refluxo do sangue existente na porção suprajacente da veia em exame.

Assim, ficava verificada a existência, naquele ponto da veia, de uma válvula venosa suficiente.

Depois, realizávamos a prova de SCHWARTZ no vaso em questão, tendo o cuidado de deixar entre os pontos de percussão e palpação a válvula referida.

A onda líquida era pesquisada no sentido da corrente sanguínea e na direção inversa.

Em todos os indivíduos examinados (100 antebraços) a propagação se fazia em ambas as direções, apesar da válvula venosa suficiente intercalada.

Teste de Perthes.

GEORG Von PERTHES descreveu, em 1895, a prova que leva seu nome (11). Certos autores franceses a ela se referem como “experiência de DELBET” (15), sendo, por outros, denominada prova de PERTHES-DELBET.

Com um garrote colocado na coxa, suficientemente apertado de maneira a impedir o refluxo sanguíneo pelas veias superficiais, deixando porém livre o sistema venoso profundo e sem perturbar a circulação arterial, pede-se ao paciente que caminhe rapidamente. Observam-se, então, as veias varicosas situadas abaixo do torniquete. Se com a marcha colabarem tôdas as varizes, e, se pela interrupção daquela, as veias encherem-se lentamente, pela vis a tergo, fala-se em permeabilidade do sistema venoso profundo e em suficiêcia valvular das perfurantes.

Se, pelo contrário, as veias se mantiverem cheias ou aumentar sua dilatação, diz-se que as válvulas das veias perfurantes estão insuficientes ou que existe obstrução do sistema venoso profundo. Neste último caso, se o garrote estiver colocado justamente ao nível da obstrução venosa profunda, o paciente acusa dor.

Se ao parar de caminhar o doente, as varizes encherem-se dentro de 30 segundos, por refluxo, existe insuficiêcia valvular das perfurantes, apesar de se terem esvaziado com a deambulação. Quer isto significar que, nestes pacientes, a capacidade de sucção das contrações musculares é suficientemente grande para determinar o colapso das varicosidades, durante a marcha, apesar da insuficiêcia valvular das perfurantes. Com a parada das contrações musculares, extingue-se a sucção, refluindo o sangue, imediatamente, através das perfurantes insuficientes. Na técnica descrita pelos autores, êste último tempo não é executado.

Em suma, esta prova permite conhecer o funcionamento valvular das veias perfurantes; presta-se, no entanto, a confusão ao se verificar a permeabilidade ou não das veias intra-aponevróticas, exceção feita ao caso em que o garrote se encontre justamente ao nível da obstrução profunda.

Originariamente, PERTHES não determinou exatamente a altura em que deveria ser colocado o garrote na coxa, indicando somente que a compressão deveria ser feita sôbre o tronco da safena interna com a mão do paciente, enquanto êste caminhava (11). Em nossos casos, usamos o garrote no têrço médio da coxa.

Denominamos teste de PERTHES *negativo* quando, com o paciente deambulando houver o desaparecimento das veias varicosas distais ao garrote, sem se apresentarem fenômenos condizentes com uma obstrução venosa profunda.

Consideramos o teste de PERTHES *positivo* quando, pela marcha, as varizes distais ao garrote mantiverem-se dilatadas, sem, no entanto, evidenciarem-se sintomas de obstrução venosa profunda.

Quando esta manobra fôr negativa durante a marcha, mas ao cessar esta, as veias se encherem em menos de 30 segundos, denominamô-la teste de PERTHES *positivo mediato*.

Quando, ao deambular com o garrote *in situ*, o paciente acusar dor, falamos em teste de PERTHES *positivo para obstrução*.

Prova da compressão por atadura elástica.

Uma trombose segmentar do sistema venoso profundo pode passar despercebida ao teste de PERTHES. Com efeito, na hipótese de um trombo localizado na perna, ou mesmo na veia poplitêia, o sangue ao encontrar o obstáculo torna-se superficial, invertendo a corrente de uma das veias perfurantes.

Em vista da situação mais alta do garrote, não haveria estase sanguínea e, por isso, não se apresentaria sintoma algum. No entanto, qualquer medida visando a obliteração destas dilatações varicosas seria prejudicial, pois se tratam de varizes compensadoras.

A prova da compressão por atadura elástica propõe-se sanar êste inconveniente, registrando também estas obstruções segmentares.

Para a prática desta prova usa-se uma faixa de borracha, de elasticidade conveniente, com 10 cms. de largura e 6 metros de comprimento. Estando o paciente em decúbito dorsal, esvaziam-se-lhe as veias varicosas pela elevação da extremidade inferior a examinar. Com a faixa, enrola-se, então, todo o membro inferior, desde as pregas interdigitais até a raiz da coxa, de maneira que cada volta da faixa se superponha a um têrço da largura da precedente. Ao nível da crossa da safena interna fixa-se a última volta da faixa com um garrote. Tanto a faixa como o garrote devem comprimir as veias superficiais, sem, no entanto, interferirem com a suplência do sangue arterial da extremidade em exame. A palpação dos batimentos da artéria pediosa permite verificar êste particular.

A esta altura, divergem os autores quanto à técnica a seguir: enquanto alguns (15, 16, 17), para concluir sôbre a prova, exigem que o doente permaneça com a atadura elástica de 2 a 4 dias, outros (11, 18, 19) o fazem após a deambulação enérgica durante um período de tempo que varia de 10 a 30 minutos. Em nossas observações, adotamos um período de observação de 10 minutos, como aconselham McCALLIG e HEYERDALE (19).

Quando o sistema venoso profundo está permeável, o paciente não apresenta sintoma subjetivo ou objetivo algum, enquanto deambula com a atadura elástica. Alguns sentem-se melhor caminhando com a faixa do que sem ela, atestando com segurança a permeabilidade total das veias profundas.

O mesmo não acontece quando existe uma obstrução do sistema profundo: poucos minutos após o início da marcha, em vista da perturbação mais ou menos grave da circulação de retorno, observa-se cianose do pé, acusando o paciente dormência ou dor na perna ou pé. A prova é positiva. A remoção da atadura determina a cessação imediata dos fenômenos.

A prova da compressão por atadura elástica, ao produzir o colapso das veias superficiais, retira ao sangue a possibilidade de contornar as trombozes segmentares, sendo positiva mesmo nestes casos.

OCHSNER e MAHORNER (11) objetam a esta prova a dificuldade clínica de produzir com a atadura uma compressão suficiente para determinar o colapso das veias superficiais sem prejudicar a circulação capilar. Esta objeção parece-nos não ter procedência: se a pretensa interrupção da circulação capilar produzida pela atadura determinasse fenômenos dolorosos, observaríamos esta prova positiva em todos os pacientes em que a executássemos, pois, sendo a pressão capilar de 43 cms. de água (20), determinaríamos sempre a sua compressão, uma vez que esta pressão seria largamente excedida pela tensão elástica da atadura.

McPHEETERS (3) para julgar, com esta prova, da existência ou não de uma obstrução do sistema profundo, exige que a dor aumente de intensidade à medida que o paciente continue a deambular; se esta melhora com a intercalação de períodos de repouso entre os exercícios de marcha, se os dedos do pé estão róseos e o edema mais mole, considera permeáveis as veias sub-aponevróticas.

Prova de Mahorner e Ochsner.

Este teste, descrito em 1936, pretende reunir as vantagens de todos os outros, fornecendo um completo esclarecimento quanto à circulação do sangue nas varizes dos membros abdominais.

“O paciente é observado de pé, vestido de modo a que os membros inferiores possam ser vistos. O examinador senta-se com a luz por trás de si e com o nível de visão baixo, de maneira que as veias da panturrilha e da coxa possam ser facilmente visualizadas”.

“O doente caminha para diante e para trás, defronte do observador. Mesmo sem o garrote aplicado, as varizes tornam-se menos proeminentes quando o paciente caminha, porque a ação de bomba periférica dos músculos nas veias profundas aspira o sangue do sistema superficial e auxilia o retorno para o coração. O paciente pára, então, e lhe é aplicado um torniquete no terço superior da coxa, suficientemente apertado para comprimir as veias superficiais e obstruir o fluxo de sangue através deste segmento. O paciente caminha de novo, fazendo o mesmo trajeto à mesma velocidade.

O volume das varicosidades é notado e comparado com sua proeminência quando o paciente caminha sem o torniquete, quando caminha com o garrote no terço médio da coxa e, novamente, com êste no terço inferior”.

“A proeminência das varizes é observada, desta maneira, em cinco circunstâncias: de pé, caminhando sem garrote, caminhando com êste no terço superior da coxa, caminhando com o torniquete no terço médio da coxa e caminhando com o mesmo no terço inferior. Diversos graus de melhora podem ser encontrados com o torniquete nestes diferentes níveis”.

“A interpretação é como segue: se um máximo de melhora nas varicosidades (menor proeminência) ocorre quando o garrote está no nível mais elevado, isto é, no terço superior da safena interna e não há uma nova melhora quando o garrote estiver no terço médio ou no terço inferior da coxa, então existe somente uma fonte de fluxo retrógrado no sistema venoso superficial e esta é através da abertura principal da veia safena interna na veia femural”.

“Se houver maior diminuição das varizes situadas abaixo do garrote quando êste estiver no terço inferior da coxa, do que quando colocado no terço superior, é evidente que não somente há fluxo retrógrado do sistema profundo para o superficial através da crossa da safena interna, mas que há também uma fuga pelas veias comunicantes abaixo do nível da fossa oval. Nunca há uma maior diminuição no tamanho das varicosidades quando o garrote está no terço superior do que quando está no terço inferior da coxa. Acontece algumas vêzes que as veias acima do garrote, quando êste está no terço inferior, são mais proeminentes do que quando no terço superior. Nos casos severos, isto é esperado e não deve viciar o teste. Êste depende das condições das varizes *abaixo* do garrote”.

“Interpretando a prova, melhora grau IV, significa completo ou praticamente total desaparecimento das varizes; grau I, pequena; II, moderada e III, acentuada. Está claro que melhora indica diminuição na pressão das veias e que, em certas circunstâncias onde a parede das veias é extremamente delgada, pode ser percebida com mais clareza pela palpação do que pela inspeção”.

“A melhora é registrada para cada nível. Se a melhora na perna direita é de grau IV no terço superior e grau IV no terço inferior, à ligadura no nível mais alto, seguir-se-á completa obstrução do refluxo sanguíneo. Se no mesmo indivíduo, a perna esquerda mostra uma melhora grau II, com o torniquete no terço superior, grau III no médio e grau IV no terço inferior, deve haver incompetência não só das válvulas da safena, mas também das veias comunicantes entre o sistema profundo e o superficial da coxa”.

“Em raros casos, a melhora com o paciente caminhando e com o garrote na coxa não é completa, isto é, não pode ser classificada

como grau IV, mesmo com o torniquete no terço inferior da coxa. Em tais casos, há uma fuga abaixo dêste garrote, seja diretamente no sistema safeno externo, pela poplitéia (usualmente, quando o sistema safeno externo está varicoso, é devido a suas conexões à safena interna) ou através dos canais comunicantes entre o sistema profundo e superficial, na panturrilha. Estas duas fontes podem ser diferenciadas pela colocação de um garrote na perna, abaixo do joelho e no extremo superior da veia safena externa. Se o fluxo retrógrado está se fazendo na veia safena externa, através da poplitéia, é encontrada uma melhora mais acentuada das veias da perna quando o paciente deambula com o torniquete no extremo superior da veia safena externa, isto é, logo abaixo do joelho”.

“O refluxo através das veias comunicantes da panturrilha, do sistema profundo para o superficial, não é retardado quando o torniquete está colocado abaixo do joelho” (11).

Segundo seus autores, esta prova esclarece os seguintes pontos:

- 1 — Se as válvulas da veia safena interna são incompetentes.
- 2 — Se as válvulas das veias comunicantes entre o sistema profundo e o superficial da coxa ou da perna estão incompetentes.
- 3 — Se as veias comunicantes entre o sistema profundo e o superficial são permeáveis.
- 4 — Se as veias profundas são permeáveis (21).

Os autores desta manobra, estudando um grupo de varicosos, encontraram 20% de veias perfurantes incompetentes, com a prova de Trendelenburg positiva dupla, elevando-se a 33% neste mesmo grupo de doentes com o “comparative tourniquet test”, demonstrando assim a maior sensibilidade da prova (11).

Prova de Harkins.

“Este teste, que também chamamos prova de MAHORN-ER-OCHSNER local, dá uma localização tanto horizontal como vertical. Por exemplo, num caso em que a prova de Mahorner-Ochsner mostre que a perfurante mais baixa esteja logo acima do joelho, mas que todavia o lugar exato sobre a circunferência do membro inferior onde esta perfurante deve ser encontrada é desconhecido, o seguinte teste é executado:

O examinador senta-se num tamborete baixo, ao lado do paciente e coloca, naquele nível, o dedo médio de ambas as mãos sobre a veia mais suspeita. Esta, usualmente, está sobre o cõndilo interno”.

“Sua mãos abrangem frouxamente o membro inferior e os dois polegares são então colocados para contra-pressão numa área relativamente livre de veias, sobre o cõndilo externo do fêmur. O paciente é instruído para conservar o pé oposto imóvel, mas a dar um passo, alternadamente, para diante e para trás, cinco vêzes, com o outro

pé, cuja extremidade correspondente está sendo segurada durante todo o tempo”.

“Observa-se, então, nos casos em que a veia comprimida é a principal culpada, que se obtém tão bom esvaziamento das varizes situadas abaixo, como com o garrote a êste nível”.

“Em nove pacientes, cinco bons testes positivos foram obtidos, e em dois, a pressão com um dedo, combinada com o “weight-bearing leg swinging”, causou completo esvaziamento abaixo da veia comprimida. A operação subsequente revelou uma perforante incompetente neste ponto” (22).

Teste de Pratt.

Primitivo. — GERALD H. PRATT, em 1939 (23), descreveu uma prova visando localizar exatamente o ponto onde a veia perforante insuficiente desembocava nas veias do sistema superficial. Esta prova, que seu autor denominou “novo teste dos dois torniquetes”, obedecia à seguinte técnica: após o esvaziamento das veias superficiais, coloca-se um garrote ao nível da fossa oval, a fim de prevenir o refluxo sanguíneo por esta via, e um segundo garrote, com uma largura de 10 cms., em forma de manguito, na perna, logo abaixo do joelho. Com o paciente de pé, enrola-se êste último garrote no sentido de seu centro, de cima para baixo, até ser encontrado o nível da perforante insuficiente. Isto se reconhece pelo enchimento brusco de uma veia superficial, *blow out*, produzido pela passagem do sangue contido no sistema venoso profundo para o superficial, através da perforante insuficiente, que é localizada num ponto imediatamente acima do bordo superior do garrote.

Um exame superficial encontra diversas causas de êrro na prova assim executada. Num doente que se apresente com insuficiência de perforante ao nível da coxa, pela posição ereta, encher-se-iam imediatamente as veias superficiais situadas acima do garrote inferior, impossibilitando à prova o sinal de localização; na hipótese da existência de duas ou mais veias perforantes insuficientes, o que não é raro, só seria possível a localização de uma delas, a mais superior, uma vez que a pesquisa da segunda estaria prejudicada pela turgescência venosa, determinada pelo refluxo sanguíneo através da primeira.

Atual. — Para sanar êstes inconvenientes, PRATT, posteriormente (24), executa seu teste com a técnica seguinte:

“Com o paciente deitado, o membro a ser testado é elevado e com uma leve massagem as veias são esvaziadas. Um garrote é colocado, suficientemente alto, na coxa, para colabar a veia safena. Uma faixa de Esmarch é aplicada dos dedos do pé até o torniquete. O paciente põe-se então de pé e a faixa é lentamente desenrolada de cima para baixo. Com o garrote por cima, prevenindo o refluxo

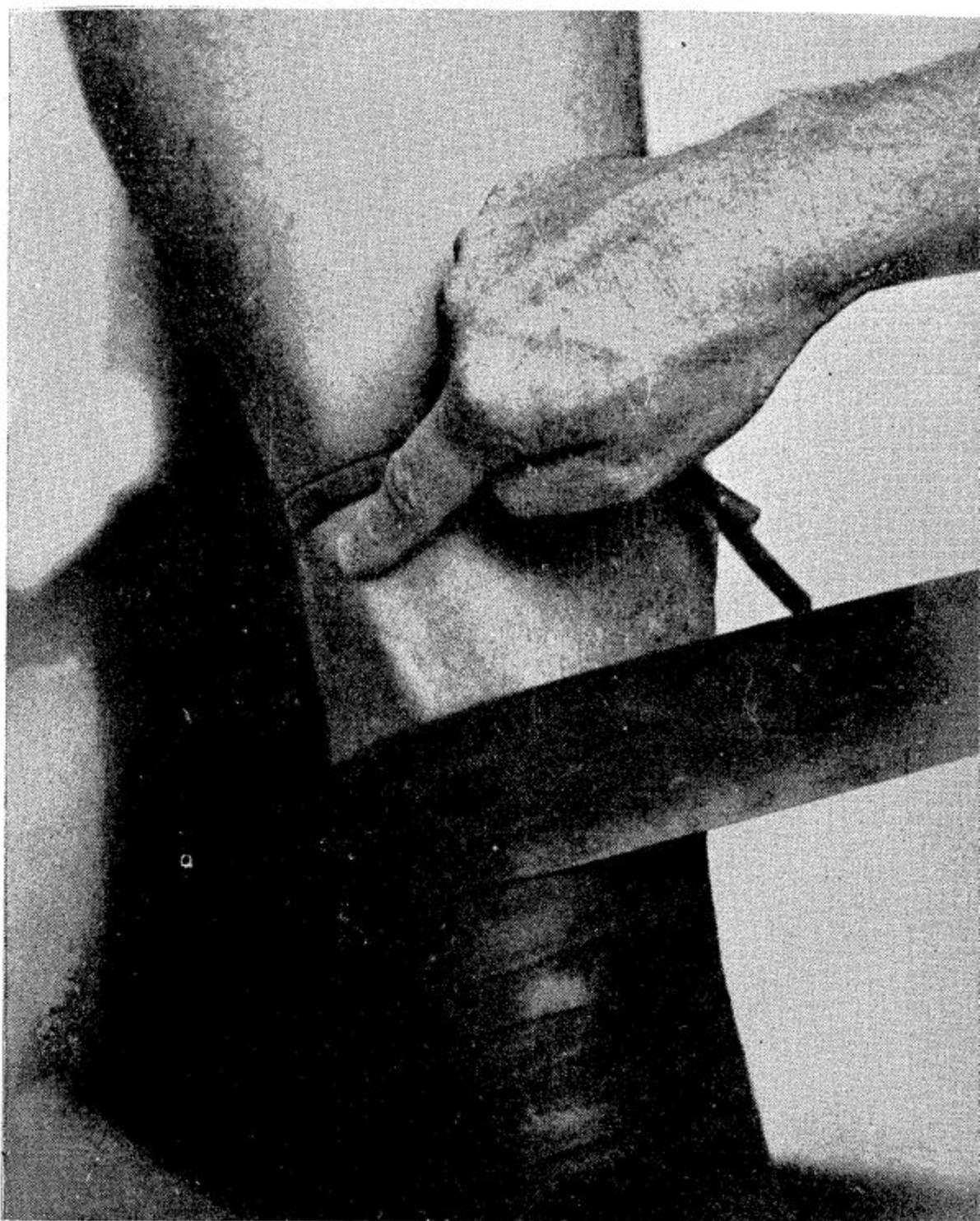


Fig. 9

A manobra de localização, por nós executada, complementando o teste de Pratt.

A veia varicosa superficial, após a expressão do sangue de seu interior, tornou-se novamente túrgida, indicando que o ponto comprimido pelo dedo não coincide com a emergência da perforante insuficiente na aponevrose.

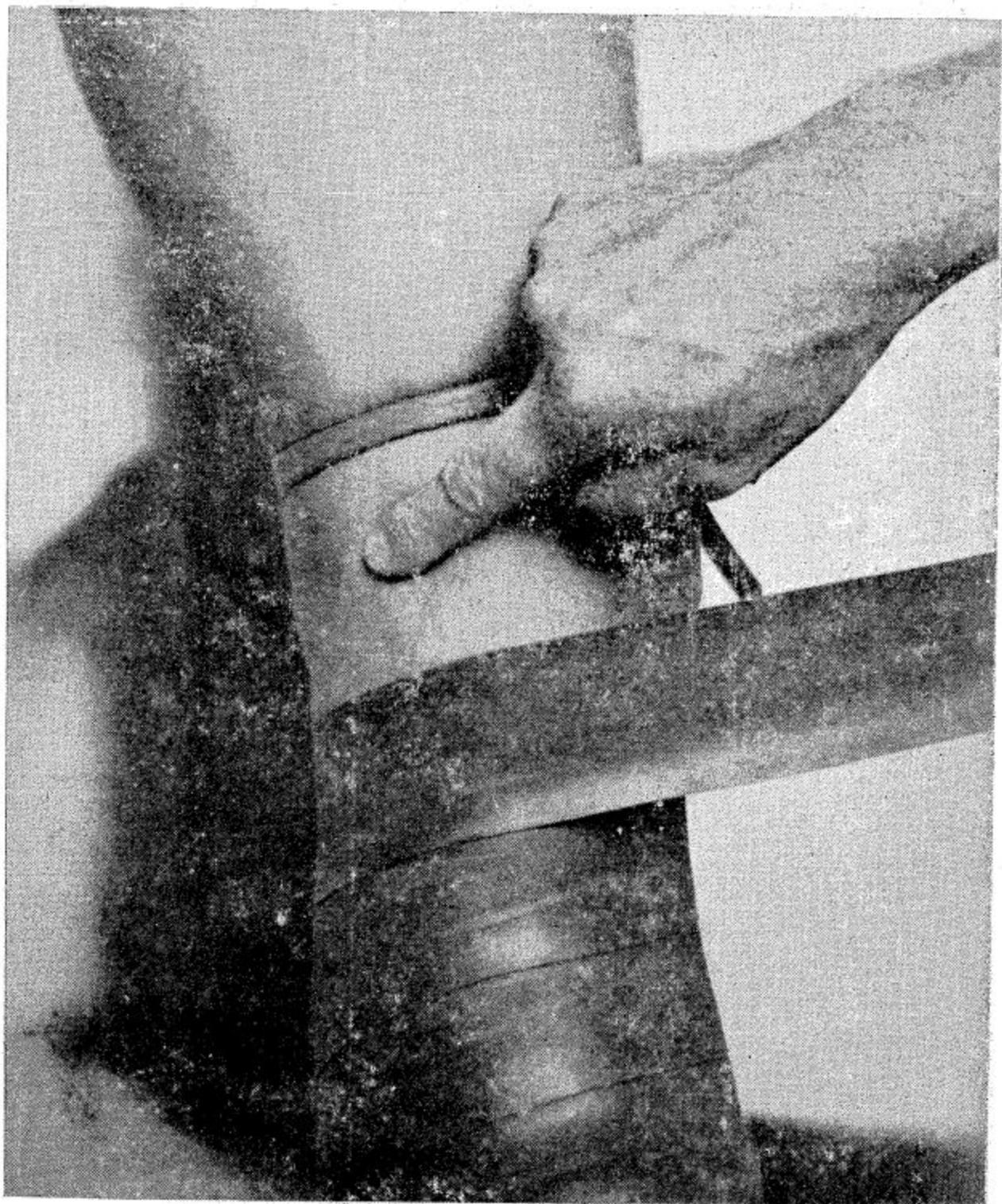


Fig. 9 A

A manobra de localização, por nós executada, complementando o teste de Pratt.

A manutenção do colapso da variz superficial, após a expressão de seu conteúdo, indica que a compressão se faz no ponto de emergência, na aponevrose, da perfurante incompetente.

do sangue femural através da crossa da safena e com a faixa mais abaixo, comprimindo o restante desta veia, uma saliência ou *blow out*, indica uma veia comunicante incompetente. Tal área é marcada com lápis indelével e constitui um ponto onde será requerida uma ligadura secundária. Num membro em que haja muitos *blow outs*, aplica-se uma segunda faixa de cima para baixo. Ao remover-se lentamente a primeira faixa, aparecendo um *blow out* entre as duas, é um novo ponto que deve ser assinalado e ressecado”.

“Enquanto que, em muitos casos, há somente um ou dois destes *blow outs*, ocasionalmente se encontram quatro ou cinco. A falta de remoção destes outros pontos resulta em recaída. Praticamente, enquanto se executa esta prova, testa-se também a permeabilidade das veias femurais profundas, porque, se houvesse uma trombose destas, o garrote aplicado de modo a impedir a circulação através da árvore safena, não haveria retôrno venoso do membro, com a resultante dor forte e edema na panturrilha”.

A prova executada com as duas faixas permite evidenciar tôdas as perfurantes insuficientes, porventura existentes no membro em exame; a segunda faixa, ao impedir o refluxo sanguíneo pela perfurante já localizada, permite a observação de qualquer outro *blow out* que se apresente na extremidade.

Modificação de L. E. PUECH LEÃO. — A colocação da segunda faixa, de cima para baixo, enrolada à medida que se desenrola a primeira, dificulta sobremaneira a execução do teste de PRATT. Tendo em vista êste fato, L. E. PUECH LEÃO (25) sugeriu a substituição da segunda faixa por um novo garrote, a ser colocado imediatamente abaixo da desembocadura da perfurante insuficiente na veia superficial, localizada pelo desenrolar da primeira faixa. Êste garrote, que pode ser o mesmo que impedia o refluxo sanguíneo pela crossa da safena interna, preenche idêntica finalidade, agora da perfurante insuficiente recém-localizada. Encontrando-se nova perfurante incompetente, procede-se de maneira idêntica, até que seja explorado todo o membro inferior. Em nossos doentes executamos o teste de PRATT atual, com a modificação de PUECH LEÃO.

Manobra de Localização.

Tendo a faixa elástica usada na execução do teste de PRATT uma largura de 10 cms. e sendo ela enrolada de maneira que um terço de sua largura se superponha à volta precedente, pelo seu desenrolar, ao atingir-se a desembocadura de uma perfurante insuficiente, inturgescem-se as veias, sem que se possa determinar, exatamente, o ponto desta emergência. Esta situar-se-ia num segmento de membro com uma altura de mais ou menos 6 cms., diferença existente, em altura, do bordo superior da volta da faixa que precedeu o *blow out* com a que imediatamente lhe sucedeu. Para

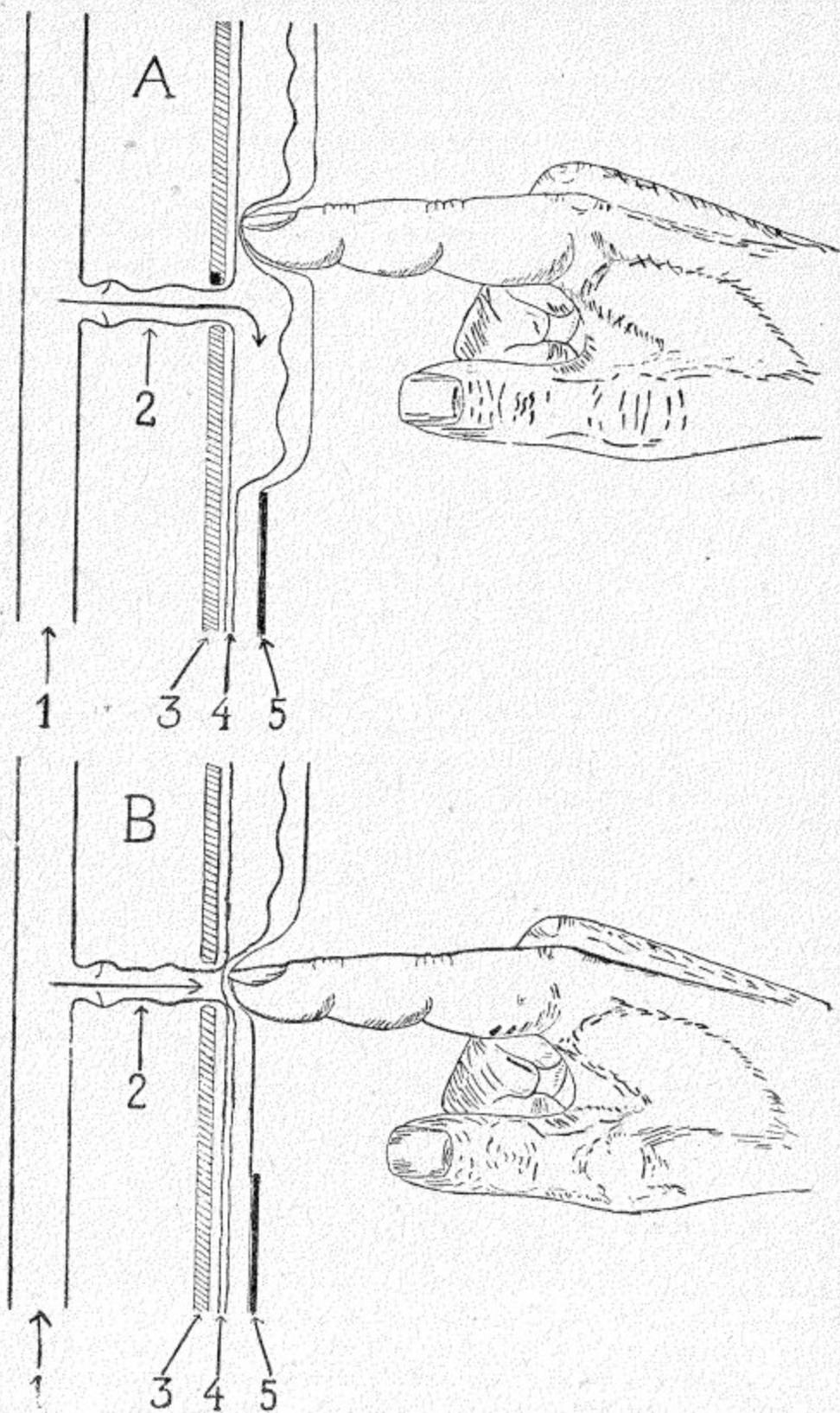


Fig. 10

Representação esquemática da manobra de localização por nós proposta: »➔

expor cirurgicamente a perfurante, seria preciso uma incisão de 6 cms., o que é desnecessário e inestético.

Por isto, a esta altura, procedemos da maneira seguinte: enquanto com a mão esquerda o examinador mantém, sob tensão, a faixa elástica, com o indicador de sua mão direita esvazia a veia dilatada, por compressão, deslizando-o desde o bordo superior da volta de faixa enrolada até uma distância de 7 cms. para cima, mantendo, neste ponto, sem relaxar a compressão, a veia colabada.

Observa-se, então, o segmento venoso recém-esvaziado. Se êste se mostrar dilatado, repete-se a manobra novamente, elevando-se no entanto a expressão somente a 6 cms. Se a veia ainda se mostrar túrgida, repetimos a prova tantas vezes quantas forem necessárias, encurtando a distância em 1 cm. de cada vez, até que se obtenha a persistência do colapso no segmento venoso em exame. Afirma-se, então, que o local onde o dedo indicador mantém a pressão é o ponto onde a perfurante causadora do refluxo sanguíneo para o sistema venoso superficial emerge da aponevrose. (Fig. 10).

Assim, com uma incisão nunca maior de 2 cms. torna-se possível a ligadura desta veia.

Exploração da circulação arterial. — A deficiente suplência de sangue à extremidade afetada, constitui contra-indicação ao tratamento cirúrgico das varizes; contudo PRATT (23, 26) observou doentes que apresentavam melhora clínica da perturbação circulatória arterial após o tratamento das varicosidades.

Em conseqüência, torna-se importante o conhecimento do estado da circulação arterial do membro inferior. Deve, assim, constituir rotina no exame do varicoso: a observação das modificações de coloração da pele, em diferentes posturas da extremidade inferior; a palpação do pulso das artérias pediosa, tibial posterior e femural; temperatura cutânea e oscilometria. Quando necessário, está indicada a execução das outras provas destinadas a avaliar a suplência de sangue arterial no membro inferior.

A. — O dedo indicador, tendo expulsado todo o sangue contido no segmento de veia superficial varicosa, comprime a mesma num ponto que não coincide com a desembocadura da veia perfurante insuficiente (2), o que permite ao sangue contido na veia profunda (1), refluir através daquela, vindo dilatar a veia superficial na qual deságua, até o ponto em que a faixa elástica (5) está enrolada. Em (3), a aponevrose profunda deixando passar a veia perfurante. Em (4), a veia superficial varicosa comprimida pela atadura elástica. A turgescência do segmento de veia compreendido entre o dedo e o bordo da atadura elástica, indica que a compressão não se faz ao nível da emergência da veia perfurante insuficiente na aponevrose.

B. — Aqui a mesma manobra foi executada, levando-se, no entanto, a expressão da veia superficial a um ponto situado um centímetro abaixo da precedente. Observa-se que o segmento venoso superficial varicoso mantém-se colabado, o que evidencia que o ponto comprimido pelo dedo indicador coincide com a passagem da veia perfurante insuficiente pela aponevrose.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Martorell, F.: Varices. Su tratamiento basado en la flebografia. Ed. Labor. Madrid. 1946.
- 2 — Gerson, citado por Maroni, J. J.: Exploração dos membros inferiores. Ed. Científica, Rio de Janeiro. 1944.
- 3 — McPheeters, H. O.: Saphenofemoral ligation with the immediate retrograde injection. Surg. Gynec. Obst., 81: 355-364, 1945.
- 4 — Howard Jackson.: Recurrence of varicose veins following injection. Archives of Surgery, 22: 353, 1931.
- 5 — Freeman, N.: Physiological principles in the treatment of varicose veins. Surg. Clin. North America, 19: 1525, 1939.
- 6 — Maj. A. S. White, Cap. J. J. Haberer, Maj. S. Gendel.: The management of varicose veins in Army personel. Am. Jour. Surgery, 63: 28, 1944.
- 7 — Pratt, G. H.: Results of surgical treatment of varicose veins. Jour. Am. Med. Assoc., 122: 797-800, 1943.
- 8 — Adams, J. C.: Etiological factors in varicose veins of the lower extremities. Surg. Gynec. Obst., 69: 717-725, 1939.
- 9 — Edwards, E. A. e Edwards, J. E.: The effect of thrombophlebitis on the venous valves. Surg. Gynec. Obst., 65: 310-320, 1937.
- 10 — Lufkin, N. H. e McPheeters, H. O.: Pathological studies on injected varicose veins. Surg. Gynec. Obst., 54: 511-517, 1932.
- 11 — Ochsner, A. e Mahorner, H.: Varicose veins. Mosby & USA. 1939.
- 12 — Homans, J., Surg. Gynec. Obst., 22: 143, 1916.
- 13 — Correia Neto, A.: Tratamento cirúrgico das varizes do membro inferior e das úlceras varicosas, Rev. Cir. S. Paulo. Vol. II-fasc. 1, 29-48, 1935.
- 14 — Sénèque, J.: in Diagnostic Chirurgical, Vol. IV. Masson & Paris. 1937.
- 15 — Moreira, A. C. citado por Vanconcellos, E. e Pinto de Souza, E.: Conceito actual sôbre a pathologia e o tratamento das veias varicosas do membro inferior. Rev. Cir. São Paulo, IV: 222-269, 1938.
- 16 — Paulino Filho, A.: Tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores. Arquivos do Instituto Benjamin Baptista, VII: 33-48, 1941.
- 17 — Galvão, L.: Varizes dos membros inferiores. Arquivos do Instituto Benjamin Baptista, IX: 247-280, 1943.
- 18 — Ochsner, A.: Varicosities of the lower extremity in Dean Lewis, Practice of Surgery, Prior & USA. 1932.
- 19 — McCallig, J. J. e Heyerdale, W. W.: A basic understanding of varicose veins Jour. Am. Med. Assoc. 115: 97-100, 1940.
- 20 — Krogh, A., Landis, E. M. e A. H. Turner.: Jour. Clin. Invest. 11: 63-65, 1932.

- 21 — Mahorner, H. R., e Ochsner, A.: The modern treatment of varicose veins as indicated by the comparative tourniquet test. *Ann. Surg.*, 107: 927, 1938.
- 22 — Harkins, H. N. e Schug, R.: The surgical management of varicose veins: importance of individualization in the choice of procedure. *Surgery*, 11: 402-421, 1942.
- 23 — Pratt, G. H.: Surgical treatment of varicose veins and ulcers by segmental sclerosis. With a discussion of the effect on peripheral arterial disease and the general circulation. *Am. Jour. Surg.*, XLIV: 31-38, 1939.
- 24 — Pratt, G. H.: Test for incompetent communicating branches in the surgical treatment of varicose veins. *Jour. Am. Med. Assoc.* 117: 100-101, 1941.
- 25 — Puech Leão, L. E.: Bases racionais para o tratamento das varizes dos membros inferiores. *Medicina-Cirurgia-Farmacologia*, 105: 42-48, 1945.
- 26 — Pratt, G. H.: Segmental sclerosis of the saphenous vein for varicose veins, ulcers and diminished arterial supply. *Jour. Am. Med. Assoc.*, 113: 925, 1939.



CAPÍTULO VI

ORIENTAÇÃO, CONDUTA E CONTRÔLE TERAPÊUTICO NOS DOENTES ESTUDADOS

É a seguinte a orientação terapêutica que obedecemos nos casos por nós estudados, traçada de acôrdo com os conceitos vertidos anteriormente:

Nas varizes determinadas por aneurismas artério-venosos congênitos ou adquiridos, o tratamento inicialmente indicado é a ablação cirúrgica da ou das comunicações artério-venosas anormais. No caso de restarem ainda veias varicosas, são consideradas como varizes residuais, sendo passíveis da terapêutica que mais adiante é traçada.

Nos casos em que o síndrome varicoso é produzido por tumores pélvicos e de um modo geral por compressão venosa, as chamadas varizes secundárias, em primeiro lugar deve ser afastada esta causa. Na maioria das vêzes, as veias varicosas sofrem acentuada melhora, tratando-se as que ainda permanecerem como varizes residuais.

Durante a gestação, nenhuma terapêutica deve ser tentada em veias varicosas desenvolvidas por esta ocasião, a não ser medidas paliativas.

As varizes residuais, aquelas que não sofreram regressão após o parto, formam um grupo que se completa com as que mais acima aqui situamos, acrescentadas às que permanecem após a recanalização de uma trombose das veias profundas. Para êste grupo, a orientação terapêutica é a mesma das varizes essenciais.

As varizes compensadoras, isto é, as desenvolvidas em consequência da obstrução do sistema venoso profundo, devem ser respeitadas, pois, apesar de provocarem alterações, são úteis.

Nas varizes essenciais, denominadas assim pelo desconhecimento de sua causa, devem ser distinguidos dois grupos: o da varizes sem insuficiência da válvula ostial da safena interna ou das veias perfurantes e o das varizes com insuficiência valvular de um ou mais destes pontos. No primeiro grupo, não existem comunicações venovenosas anormais, não havendo, portanto, refluxo sanguíneo a interromper; constitui êle a indicação ideal da esclerose química. Quanto

ao segundo grupo, deve sofrer a interrupção cirúrgica de todos os pontos de refluxo sanguíneo do sistema venoso profundo para o superficial, localizados de acôrdo com as provas clínicas.

Na ligadura das comunicações veno-venosas anormais, obedecemos à seguinte técnica operatória:

Quando existe refluxo sanguíneo pela crossa da safena interna, realizamos a safenectomia alta, através de uma incisão paralela à arcada crural, de 5 cms. de comprimento em média, prévia anestesia local com solução de novocaína-adrenalina a 1%.

A junção safeno-femural é precisada pela regra de PRATT, isto é, uma polegada para fora e para baixo da espinha do púbis, acidente ósseo perfeitamente palpável, mesmo nos indivíduos obesos. O ponto médio da incisão da pele e tecido celular subcutâneo é situado no local assim determinado.

A grande safena é isolada por dissecação romba; é então ligada com sêda n.º 1 e seccionada num ponto situado a 5 cms. de sua desembocadura na veia femural. O coto proximal é isolado por via retrógrada, ligando-se e seccionando-se tôdas as veias componentes da "aranha venosa" que aí deságuam, a fim de evitar recidiva do refluxo sanguíneo através de uma delas. A crossa é ligada com sêda n.º 1, imediatamente antes de sua abertura na veia femural.

Sutura da pele e tecido celular subcutâneo com sêda n.º 1, em pontos separados; êstes são retirados no 7.º dia de post-operatório.

Para as veias perfurantes insuficientes, situadas ao longo do membro inferior, foi esta a técnica operatória em sua ligadura:

A posição do paciente na mesa é variável com a face da extremidade inferior onde se localiza o ponto a intervir. Anestesia local com solução de novocaína-adrenalina a 1%. Com uma incisão de cerca de 2 cms. de comprimento, acompanhando a direção das linhas de fôrça da pele da região, situada no ponto indicado pela manobra de localização mais acima descrita, expomos a veia superficial varicosa e a perfurante até seu ponto de emergência da aponevrose, por dissecação romba. Aí, esta última é ligada, assim como a veia superficial, num ponto logo acima e abaixo da desembocadura daquela. O segmento de veia compreendido entre as ligaduras é ressecado.

Em alguns casos, observa-se no ponto indicado pela manobra localizadora somente a emergência da veia perfurante na aponevrose, uma vez que esta, antes de se lançar na veia superficial, percorre um trajeto maior ou menor no tecido celular subcutâneo. Nesta oportunidade, seccionamô-la ao nível da aponevrose, entre duas ligaduras.

Sutura da pele e tecido celular subcutâneo com sêda n.º 1, em pontos separados. Êstes últimos são retirados no 7.º dia de post-operatório.

Como desejássemos saber se a ligadura executada no local indicado pelas provas era, de fato, suficiente para impedir o refluxo sanguíneo, não foram feitas injeções esclerosantes, pois falseariam a observação.

Prova de contrôle de eficiência das manobras clínicas. — Após a retirada dos pontos, com prévio esvaziamento das veias superficiais pela elevação do membro inferior, foi determinado o tempo que levavam as mesmas para se encher, quando o paciente se punha de pé.

Se as veias levassem 30 segundos ou mais para enturgescerem, era sinal que não havia mais refluxo sanguíneo na extremidade em exame e que a repleção se fazia pela *vis a tergo*. Portanto, a ligadura cirúrgica das veias nos pontos indicados pelas provas clínicas, tinha, de fato, localizado as perfurantes insuficientes incriminadas do refluxo sanguíneo do sistema profundo para o superficial.

Se, em menos de 30 segundos, as veias superficiais se enchessem de sangue, era evidente que ainda existia refluxo sanguíneo através de uma comunicação veno-venosa anormal e que portanto não tinha havido exatidão na localização ou falta de evidenciação de alguma outra veia perfurante insuficiente, por parte dos testes.

No primeiro caso, denominámos a manobra de eficiente, chamando-a de ineficiente, no segundo.

Associado ao exame clínico, foi êste o critério de avaliação da orientação terapêutica adotada neste trabalho.



CAPÍTULO VII

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO N.º 1

M. V. P., com 47 anos, do sexo feminino, de côr mista, brasileira, casada, lavadeira, residente N/C. Baixou a 29.^a Enfermaria no dia 11/4/1945.

Notou o aparecimento de varizes em ambas extremidades inferiores, há 15 anos. Estas desenvolveram-se por ocasião de sua terceira gestação, logo nos primeiros meses, aumentando em número e volume nas cinco gravidezes que se seguiram. Inicialmente, as varizes localizavam-se nas faces internas das coxas e pernas, alastrando-se a seguir pelas faces posterior e externa das pernas, dorso e face interna do pé.

Atualmente, sente dor intensa ao longo das veias doentes, ao se pôr de pé e por ocasião da menstruação. Sensação de pêso nas pernas, fadiga fácil e formigamentos. Pela tarde, quando permanece muito tempo na posição ortostática, edemaciam-se os pés e maléolos, até o têrço inferior das pernas.

Há anos, fêz diversas injeções esclerosantes, voltando-lhe, no entanto, as varizes, dois meses após.

Brevilínea. 1 m. 60. 85 quilos.

Volumosas varizes serpentiformes e saculares ao longo do território da safena interna e colaterais, da raiz da coxa ao maléolo interno, mais acentuadas na extremidade inferior D. As dilatações varicosas se estendem pelas faces posterior e externa de ambas as pernas, no dorso e face interna dos pés.

Tensas, depressíveis em alguns pontos, as paredes venosas encontram-se adelgaçadas. No dorso do pé, nos pontos onde foram feitas as injeções esclerosantes, apresentam-se como tubos duros, de paredes rígidas.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla à D e à E.

Prova de Adams: positiva à D e negativa à E.

Sinal de Alípio Correia Neto: positivo à D e à E.

Sinal de Sicard: positivo à D e negativo à E.

Teste de Perthes: positivo à D e positivo mediato à E (5 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau I à D e melhora grau II à E; com o garrote no 1/3 superior da coxa,

melhoria grau II à D e melhoria grau III à E; no 1/3 médio, melhoria grau II à D e melhoria grau III à E; no 1/3 inferior, melhoria grau II à D e melhoria grau III à E; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV à D e melhoria grau IV à E.

Prova de Harkins: nada esclareceu.

Teste de Pratt: na extremidade D, uma perfurante insuficiente no terço inferior da coxa, face interna e outras duas no terço superior da perna, uma na face posterior e outra na face interna; na extremidade E, duas perfurantes insuficientes no terço superior da perna, face posterior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 20/4/1945, auxiliados pelo Dr. Hofmann, executamos a safenectomia alta e ligadura das perfurantes pré-determinadas, no membro inferior D, para três dias após, realizarmos o mesmo na outra extremidade.

Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório de cada uma das intervenções. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 2

A. S., com 35 anos, do sexo masculino, de côr branca, brasileiro, solteiro, de profissão jornalista, residente N/C. Baixou a 30.ª Enfermaria em 27/2/1945.

Há 16 anos, foi operado de hérnia inguinal estrangulada à E. Após a intervenção, ficou com todo o membro inferior E enormemente inchado, de côr avermelhada, doendo muito e com febre intensa. Um mês após, tendo sarado desta afecção, começaram a aparecer varizes no referido membro. Baixou, então, à Santa Casa onde foi operado na raiz da coxa, fazendo diversas injeções esclerosantes. Ficou bom somente por dois meses, pois voltaram as varizes, mas agora com grande edema e ulcerações extensas na perna E. Atualmente sente dor intensa e ferroadas no membro doente, que está muito edemaciado e ulcerado.

Brevilíneo. 1 m. 62. 64 quilos.

Perna e pé EE intensamente edemaciados. Duas extensas úlceras, ocupando os 2/3 inferiores da perna, uma na face ântero-interna e outra na ântero-externa, de bordos descolados e de fundo sanioso, com abundante secreção purulenta. Pela inspeção e palpação notam-se varizes que se estendem do terço médio da coxa até o pé, no território da safena interna e colaterais.

Com o repouso prolongado no leito e com a elevação do membro inferior, auxiliado pela medicação local anti-infecciosa e cicatri-

zante, em três meses, desapareceram o edema e as úlceras, restando uma pele alterada, cúprica e escamosa nos dois terços inferiores do membro doente. Por pouco que deambule torna a se reproduzir o edema. Encontram-se agora bem visíveis as veias varicosas mais acima referidas.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (6 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: positivo.

Teste de Perthes: positivo para obstrução.

Prova da compressão por atadura elástica: positiva, após dois minutos de deambulação.

Trombose das veias profundas. Varizes compensadoras.

OBSERVAÇÃO N.º 3

G. G., com 53 anos, do sexo feminino, de côr mista, brasileira, viúva, de profissão engomadeira, residente N/C.

Baixou à 29.^a Enfermaria no dia 13/4/1945.

Por ocasião da primeira gestação, há 30 anos, notou o aparecimento de pequenas veias salientes nas pernas, que, com as gravidezes seguintes, foram aumentando em número e volume. Há dois anos, abriram-se diversas úlceras na perna E, as quais curaram com a safenectomia alta a que, por essa época, se submeteu. Atualmente, as varizes se encontram disseminadas pelos dois membros inferiores, provocando-lhe dor e sensação de pêso nas pernas quando está de pé. Edema maleolar de ambas as extremidades, à tarde.

Longilínea. 1 m. 60 de altura. 49 quilos.

Membro inferior D. — Varizes serpentiformes e saculares no território da veia safena interna e colaterais, mais desenvolvidas ao nível da panturrilha.

Membro inferior E. — Varizes serpentiformes na face ântero-interna da perna. Cicatriz operatória vertical, ao nível do triângulo de Scarpa, com 15 cms. de comprimento. Cicatriz de úlcera na face interna da perna, no têrço inferior. Edema maleolar em ambas as extremidades.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla à D e inversa à E (13 segundos).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo à D e à E.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau I à D e à E; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau III à D e grau I à E; no 1/3 médio e inferior, melhora grau III à D e grau I à E; no 1/3 superior da perna, melhora grau IV à D e à E.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: uma perfurante insuficiente no terço superior da perna D, em sua face interna; na perna E, duas outras também no terço superior, em sua face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes insuficientes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 16/4/1945, auxiliados pelo Ddo. Maineri, executamos a safenectomia alta à D e a ligadura de tôdas as perfurantes pré-determinadas, deixando porém de o fazer numa da perna E. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização por primeira intenção.

A prova de contrôle realizada no dia 28/4/1945 foi ineficiente, sendo executada, por isso, a ligadura da perfurante insuficiente que ainda faltava.

Os pontos da segunda intervenção foram retirados 6 dias após.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 4

M. V., com 50 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, viúva, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 21/5/1945.

É portadora de varizes há 6 anos. Estas se localizam na perna E, onde se estendem pela face interna e posterior, desde o joelho até os maléolos. Há 6 meses, após um traumatismo neste membro, abriu-se uma úlcera no terço inferior da perna, face interna, que ainda não cicatrizou. Sente dor ao longo das veias doentes, sensação de peso na perna e câimbras, sintomas êstes que desaparecem pelo repouso.

A mãe apresenta a mesma afecção.

Longilínea. 1 m. 67 de altura. 62 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares da perna E, na face interna e posterior, mais desenvolvidas em seus dois terços superiores, observando-se no terço inferior, uma úlcera varicosa, com 6 cms. de diâmetro. A pele ao redor da úlcera mostra-se cúprica e escamosa.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (10 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau I; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau I; no 1/3 médio, melhora grau I; no 1/3 inferior, melhora grau I; no 1/3 superior da perna, melhora grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: três perfurantes insuficientes na perna E, duas no terço superior, face interna e uma no terço médio, face posterior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

No dia 24/5/1945, auxiliados pelo Ddo. Maineri, executamos a ligadura das perfurantes insuficientes pré-determinadas. Retirada dos pontos sete dias após. Cicatrização por primeira intenção. A úlcera, a esta altura, estava prestes a cicatrizar.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 5

A. S., com 57 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, solteira, doméstica, residente N/C. Baixou à 29.^a Enfermaria no dia 28/6/1945.

Há doze anos, notou o aparecimento de varizes no membro inferior D, que, com o correr do tempo, foram aumentando em número e volume, até atingirem o estado atual. Estas veias determinam dores e formigamento na perna, que se acentuam pela posição ortostática. Há dois anos, abriu-se uma úlcera na face interna da perna D, que só fecha pelo repouso prolongado no leito.

Brevilínea. 1 m. 58 de altura. 60 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares do membro inferior D que a partir do terço inferior da coxa, estendem-se até o dorso do pé, ao longo do território da safena interna e colaterais. Ao nível do terço inferior da perna, em sua face interna, observa-se uma úlcera varicosa de 4 cms. de diâmetro, rodeada por uma pele cúpica e escamosa. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (8 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau II; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau II; no 1/3 médio, melhora grau II; no 1/3 inferior, melhora grau III; no 1/3 superior da perna, melhora grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na coxa, uma perfurante insuficiente no 1/3 inferior, face interna; na perna, duas perfurantes insuficientes no terço superior, face interna e outra no terço médio, face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes insuficientes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

No dia 2/7/1945, auxiliados pelo Ddo. Maineri, executamos a ligadura das perfurantes pré-determinadas. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização per primam. A úlcera já se encontrava cicatrizada.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 6

A. G., com 48 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, viúva, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria no dia 11/7/1945.

Há dois anos, notou o aparecimento de varizes na face interna da perna E. Poucos meses após, em consequência de um traumatismo, teve abundante hemorragia por ruptura de uma destas veias. Desde esta época, o local do ferimento não fechou, tendo aumentado em superfície. Na posição ereta, sente dor e ferroadas ao nível da úlcera, inchando-lhe a perna até o terço inferior. Tem uma irmã que é portadora da mesma afecção.

Normolínea. 1 m. 59 de altura. 55 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares na face interna da perna E, mais desenvolvidas à altura dos dois terços superiores. Úlcera varicosa de 5 cms. de diâmetro, situada na face interna da perna, em seu terço inferior. Pele avermelhada ao redor, com tecido celular subcutâneo infiltrado. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (10 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (10 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria grau II; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau II; no 1/3 médio, melhoria grau II; no 1/3 inferior, melhoria grau II; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: três perfurantes insuficientes na perna E, duas no terço superior, face interna e a última no terço médio, face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes insuficientes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

No dia 12/7/1945, auxiliados pelo Ddo. Maineri, executamos a ligadura das perfurantes insuficientes pré-determinadas. A veia perfurante localizada no terço médio da perna, transcorria pelo tecido celular subcutâneo numa distância de 3 cms. antes de desembocar na veia superficial. O ponto determinado pela manobra de localização era o de sua emergência na aponevrose superficial. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização por primeira intenção. A úlcera cicatrizou 6 dias após.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 7

M. S., com 36 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, casada, de profissão operária, residente N/C. Examinada no dia 15/8/1945.

Durante sua terceira gestação, há três anos, notou o aparecimento de varizes na perna D. Deste tempo para cá, estas vêm aumentando em número e volume, estendendo-se da face interna da perna para a posterior. Sente muita dor ao longo das veias e edema maleolar na posição ereta, o que a perturba bastante em seu trabalho.

Sua mãe e uma irmã solteira também são portadoras de varizes. Longilínea. 1 m. 62 de altura. 55 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares na face interna e posterior da perna D, estendendo-se para o dorso do pé. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (14 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova de compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau II; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau II; no 1/3 médio, melhora grau II; no 1/3 inferior, melhora grau II; no 1/3 superior da perna, melhora grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na perna D, evidenciou três perfurantes insuficientes, duas no terço superior, face interna e uma no terço médio, face posterior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes insuficientes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 16/8/1945, auxiliados pelo Ddo. Maineri, executamos a ligadura das perfurantes pré-determinadas. Deambulação imediata. Retirada dos pontos no 6.º dia de post-operatório. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 8

R. O., com 32 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, casada, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 28/9/1945.

Há dois anos, logo no início de sua quinta e última gravidez, apareceram-lhe varizes em ambos membros inferiores. Após o parto, estas diminuíram muito em número, persistindo, no entanto, na extremidade inferior D. Atualmente sente dor ao longo das veias dilatadas e sensação de peso na perna, quando está de pé.

Brevilínea. 1 m. 50 de altura. 54 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares na face externa e anterior da coxa, perna e dorso do pé esquerdos, iniciando-se à altura do terço médio da coxa.

Veias tensas, com a paciente na posição ortostática, de paredes adelgaçadas em certos pontos, facilmente depressíveis.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (6 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova de compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria nula; no 1/3 médio, melhoria grau II; no 1/3 inferior, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: revelou três perfurantes insuficientes, na coxa, uma na junção do terço superior com o terço médio, face externa, outra no terço inferior, face externa e a última à altura do joelho, em sua face externa.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 29/9/1945, executamos a ligadura das perfurantes insuficientes pré-determinadas, auxiliados pela Enfermeira Cecília. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 9

M. V., com 51 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, viúva, de profissão lavadeira, residente N/C. Baixou à 29.^a Enfermaria em 16/11/1945.

Há 25 anos, por ocasião de sua terceira e última gestação, apareceram varizes na perna E, que com o tempo foram aumentando em número e volume, estendendo-se para a face interna da perna e dorso do pé. Há doze anos, abriu-se uma úlcera na perna doente, que se mantém aberta até hoje, apesar dos inúmeros tratamentos feitos. Sente muita dor ao nível das veias varicosas, sensação de peso e formigamento na perna atingida. Edema maleolar que se acentua pela posição ortostática demorada.

Brevilínea. 1 m. 56 de altura. 57 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares no território da safena interna e colaterais, estendendo-se para a face posterior da perna E e dorso do pé, iniciando-se à altura do 1/3 inferior da coxa. Os cordões varicosos medem 1 cm. de diâmetro, com paredes bastante adelgadas em certos pontos, facilmente depressíveis. Flebólitos.

Enorme úlcera varicosa, situada na face interna da perna E, medindo 12 × 23 cms., de bordos descolados e espessos, fundo sanioso, secretando abundantemente pus fétido. A pele, em redor, é cúprica, de tecido fibroso cicatricial.

Nesta paciente, foi colocada uma bota de Unna a fim de ser obtida a cicatrização da úlcera; ao cabo de 20 dias, esta última já se apresentava granulando, em vias de cicatrização.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (8 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova de compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria nula; no 1/3 médio, melhoria nula; no 1/3 inferior, melhoria grau II; no 1/3 superior da perna, melhoria grau III.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: uma perfurante insuficiente no terço inferior da coxa, face interna; na perna, evidenciou uma perfurante insuficiente no terço superior e outra no terço médio, face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes insuficientes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

No dia 8/12/1945, auxiliados pela Enfermeira Cecília, realizámos a ligadura das perfurantes pré-determinadas. A veia perfurante insu-

ficiente mais inferior, antes de desembocar na veia superficial, percorria um trajeto de 5 cms. após perfurar a aponevrose superficial da perna; o ponto pré-determinado indicava o local de emergência na aponevrose. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização por primeira intenção.

A úlcera havia diminuído muito de extensão, estando reduzida a uma ferida rasa de 5 cms. de diâmetro. Posteriormente, cicatrizou por completo.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 10

R. S. C., com 20 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, solteira, de profissão doméstica, residente N/C. Examinada no dia 14/1/1946.

Há 8 meses, sem causa aparente, o membro inferior E inchou, tornando-se avermelhado. Doía-lhe tôda a extremidade e tinha febre intensa. Esta situação perdurou por cêrca de 20 dias, curando então. Ao desinchar a perna, notou que havia uma veia dilatada na face interna, subindo até o têrço inferior da coxa. Poucos dias após em consequência a um traumatismo, abriu-se uma úlcera no têrço inferior da perna doente, que só cicatrizou poucos dias atrás. Atualmente, tem sensação de pêso na perna, inchando esta última até o têrço inferior, quando fica muito tempo de pé.

Brevilínea. 1 m. 55 de altura. 60 quilos.

Varizes cilíndricas no território da safena interna, na perna e têrço inferior da coxa; as veias varicosas iniciam-se na perna, a partir de cicatriz de úlcera situada em seu têrço inferior, face interna.

As veias, dilatadas, apresentam-se com paredes espêssas.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (5 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: positiva no 3.º minuto de deambulação.

Trombose das veias profundas. Varizes compensadoras.

OBSERVAÇÃO N.º 11

S. P., com 37 anos, do sexo feminino, de côr preta, brasileira, casada, doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria no dia 21/1/1946.

Há 4 anos, notou o aparecimento de varizes na perna E, onde, três meses mais tarde, abriu-se uma úlcera, na face interna, têrço inferior, que se mantém até hoje. Há dois anos, também na perna D as veias se dilataram. Tem dor ao longo das veias doentes, sensação de pêso nas pernas e edema maleolar, que se manifesta quando se mantém por muito tempo de pé.

Sua mãe também é portadora de varizes.

Brevilínea. 1 m. 70 de altura. 69 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares no território da safena interna e colaterais, em ambas as pernas. No têrço inferior da perna E, face interna, apresenta uma úlcera de 10 cms. de diâmetro, de bordos descolados e talhados a pique, com fundo sanioso. Edema maleolar em ambas extremidades.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa à D (12 seg.) e à E (8 segundos).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo à D e à E.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula à D e à E; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria nula à D e à E; no 1/3 médio, melhoria nula à D e à E; no 1/3 inferior, melhoria nula à D e à E; no 1/3 superior da perna, melhoria grau III à D e grau II à E.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na perna D, três perfurantes insuficientes, na face interna, duas no 1/3 superior e uma no 1/3 médio; na perna E, cinco perfurantes insuficientes na face interna, duas no têrço superior e três no têrço médio.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

No dia 22/1/1946, auxiliados pelo Ddo. Graeff, executámos a ligadura das perfurantes pré-determinadas. Em dois pontos, na perna E, observámos a mesma disposição da perfurante em relação a sua desembocadura na veia superficial que a descrita na observação n.º 6. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 12

J. L. L., com 38 anos, do sexo masculino, de côr preta, brasileiro, solteiro, operário, residente em Montenegro.

Baixou à 30.^a Enfermaria no dia 19/1/1946.

Há oito anos, sofreu um ferimento por arma branca na raiz da coxa E, na base do triângulo de Scarpa, cicatrizando normalmente, por primeira intenção. Três meses após, notou que as veias do membro inferior E aumentavam de volume, tornando-se salientes e túrgidas, quando assumia a posição ereta. Quando passava muitas horas de pé, inchavam a perna e o pé, só retornando ao volume normal quando fazia repouso, com a extremidade elevada.

Posteriormente, essas perturbações se acentuaram, verificando que tôda a extremidade se tornara mais grossa que a outra. Naquela época, já decorrido um ano do ferimento inicial, tôdas as veias superficiais do membro doente eram volumosas, túrgidas e dolorosas em ortostatismo. Ao mesmo tempo, notou, à altura da cicatriz do referido ferimento, uma sensação estranha, como se algo “se mexesse por dentro”. A essa altura, em consequência de um pequeno traumatismo na face interna da perna E, em seu têrço médio, abriu-se uma úlcera que progressivamente foi aumentando de tamanho, secretando abundantemente pus fétido. Baixou então à Santa Casa, onde foi operado na raiz do membro inferior E, por “aneurisma artériovenoso”. Três meses após, teve alta, com sua úlcera completamente cicatrizada. Não tardou, entretanto, que esta reabrisse. Com varizes volumosas e a úlcera abrangendo o têrço médio e metade do têrço inferior da perna E, baixou à 30.^a Enfermaria. Com o repouso no leito e elevação do membro inferior, diminuía a secreção e a úlcera cicatrizava. No entanto, mal reiniciava a deambulação, reaparecia o mal.

Em 4/2/1947, tornou a hospitalizar-se com seu membro inferior E muito aumentado de volume, com veias varicosas disseminadas por tôda a extremidade, a úlcera quase circundando a perna, palpan-do-se ao nível da antiga cicatriz operatória um *thrill*, com refôrço sistólico, tendo seu correspondente acústico num sôpro contínuo, também apresentando refôrço sistólico, audível em tôda a região inguinal E. A punção das veias dessa extremidade dava saída a sangue vermelho vivo. Perdurava, portanto, a comunicação artériovenosa na raiz do membro inferior E. Em vista disso, foi tentada a ligadura da artéria ilíaca externa: nas manobras de isolamento dêste vaso, que se achava aumentado de volume e de paredes adel-gaçadas, houve hemorragia súbita e abundante, possivelmente por ruptura da veia satélite, o que obrigou a interrupção da intervenção, efetuando-se um curativo compressivo da ferida operatória. O post-operatório decorreu normalmente, sem acidentes, cicatrizando a ferida por segunda intenção. Como das outras vêzes, graças ao repouso prolongado no leito e elevação da extremidade afetada, a úlcera cicatrizou, auxiliada por enxertos do tipo Thiersch, tendo alta o paciente em Janeiro de 1948, mas ainda com o *thrill* na raiz do membro inferior E.

Relatamos êste caso não só como um exemplo de varizes determinadas por aneurisma artério-venoso mas, principalmente, evidenciar o papel da pressão hidrostática no desencadeamento de uma complicação do síndrome varicoso e também dêste mesmo síndrome, segundo se depreende das experiências de HALLION anteriormente citadas e que vêm reforçar as opiniões de ADAMS a respeito.

Neste doente, pelo decúbito, se desinturgescem as varizes e cicatriza a úlcera, apesar de perdurar a comunicação artério-venosa. A posição horizontal só modifica num ponto a situação: subtrai o pêso da coluna de sangue que vai da fístula à aurícula direita, presente quando o paciente se encontra em ortostatismo.

OBSERVAÇÃO N.º 13

M. V., com 23 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, casada, de profissão costureira, residente N/C. Examinada no dia 4/2/1946.

Por ocasião de sua primeira gravidez, nos primeiros meses, surgiram-lhe veias varicosas em ambas as extremidades inferiores, principalmente nas pernas. Isto sucedeu há dois anos. Após o parto, as varizes regrediram, a ponto de no membro inferior E nada restar, só ficando as que atualmente apresenta, no coxa e perna DD. Tem dor ao longo das veias dilatadas e sensação de pêso nas pernas quando fica muito tempo parada de pé. Êstes fenômenos se acentuam nos períodos menstruais.

Brevilínea. 1 m. 54 de altura. 57 quilos.

Varizes serpentiformes do têrço médio da coxa D até o maléolo interno, ao longo do território da safena interna e colaterais. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (12 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria nula; no 1/3 médio, melhoria nula; no 1/3 inferior, melhoria grau II; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: uma perfurante insuficiente no têrço inferior da coxa, face interna, e duas outras no têrço superior da perna, uma na face interna e outra na face posterior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 4/2/1946, auxiliados pela enfermeira Cecília, executámos a ligadura da perfurante insuficiente localizada na coxa. A prova de contrôle, feita 4 dias após, foi ineficiente, ocasião em que realizámos a ligadura das outras duas perfurantes situadas no têrço superior da perna. Deambulação imediata.

Retirada dos pontos no sétimo dia de post-operatório de cada intervenção. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 14

A. R., com 42 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, casada, de profissão engomadeira, residente N/C. Baixou à 29.^a Enfermaria em 17/1/1946.

Há 18 anos, com a primeira de suas cinco gravidezes, notou o aparecimento de veias dilatadas em ambas as pernas, que aos poucos e com as outras gestações, foram aumentando em número e volume. A marcha provoca dor ao longo das varizes, sensação de pêso e formigamento nas pernas, sintomas êstes que desaparecem com o repouso. Há 6 meses, em consequência a traumatismos mínimos, abriram-se duas úlceras, uma em cada perna, no têrço inferior, face externa da extremidade D e face interna da E.

Brevilínea. 1 m. 55 de altura. 57 quilos.

No membro inferior D, varizes cilindróides e serpentiformes ao longo de todo o território da safena interna. Na perna, estendem-se pela face externa, onde se observa no têrço inferior, uma úlcera varicosa com cêrca de 10 cms. de diâmetro. Edema discreto, elevando-se até o têrço inferior da perna.

No membro inferior E observa-se, na face interna do joelho, uma variz sacular formando tumor de 4 cms. de diâmetro; dêste ponto, varizes serpentiformes que se espalham na face posterior da perna. No têrço inferior desta última, face interna, há uma úlcera varicosa de 15 × 10 cms., com secreção sero-sanguinolenta.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla à D e positiva inversa à E (8 segundos).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo mediato à D (12 segundos) e positivo à E.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula à D e à E; com o garrote colocado no 1/3 superior da coxa, melhoria grau III à D e melhoria nula à E; no 1/3 médio, melhoria grau III à D

e melhoria nula à E; no 1/3 inferior, melhoria grau III à D e melhoria nula à E; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV à D e à E.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: no membro inferior D, evidenciou duas perfurantes insuficientes, uma no terço inferior da coxa, face interna, e outra no terço superior da perna, face interna; no membro inferior E, uma perfurante insuficiente ao nível da ampola varicosa, na face interna do joelho e outra no terço superior da perna, face posterior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas, exceto na ampola varicosa, onde foi prejudicada pelo tamanho do tumor.

Varizes essenciais. Úlceras varicosas.

No dia 2/2/1946, auxiliados pelo Ddo. Graeff, ressecámos a ampola varicosa da face interna do joelho E, ligando duas perfurantes e 8 ramos colaterais que aí desembocavam. Ligadura da perfurante pré-determinada na perna E: esta, após atravessar a aponevrose superficial, transcorria pelo tecido celular subcutâneo, 4 cms. antes de desembocar na veia superficial; o ponto pré-determinado marcava a emergência da perfurante na aponevrose.

No dia 5/2/1946, realizámos a safenectomia alta à D e a ligadura das perfurantes pré-determinadas neste membro. Retirada dos pontos 7 dias após cada uma das intervenções. Cicatrização por primeira intenção. As úlceras por esta ocasião estavam cicatrizadas.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 15

C. F., com 33 anos, do sexo feminino, branca, brasileira casada, de profissão doméstica, residente em São Sebastião do Caí, N/E.

Baixou à 29.^a Enfermaria no dia 8/3/1946.

Há 14 anos, por ocasião da sua primeira gestação, apareceram-lhe na perna E, veias varicosas, que nunca lhe causaram maiores perturbações. No entanto, há um ano, começou a sentir dor no trajeto das varizes, sensação de peso na panturrilha e edema maleolar no membro doente, principalmente quando se punha por muito tempo de pé.

Brevilínea. 1 m. 60 de altura. 57 quilos.

Na perna E, no território da safena externa e colaterais, notam-se varizes cilindróides e serpentiformes que se estendem ao dorso do pé.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (14 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (14 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau IV.
Prova de Harkins: prejudicada.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes, uma no terço superior da perna, face posterior e outra no terço médio, face externa.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 13/3/1946, realizamos a ligadura das duas perfurantes insuficientes pré-determinadas, auxiliados pela Enfermeira Cecília. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 16

A. Z., com 39 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, solteira, de profissão doméstica e residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria a 25/4/1946.

Varizes de ambas as pernas há aproximadamente 7 anos. Há três anos, durante os meses de verão, abriram-se duas úlceras, uma em cada perna, que cicatrizaram espontaneamente, alguns meses mais tarde. No entanto, em Janeiro do ano corrente, a úlcera da perna esquerda tornou a abrir, dando saída a secreção purulenta abundante. Sensação de peso nas panturrilhas, câimbras e dor ao longo das veias dilatadas, mais acentuada ao nível da úlcera.

Longilínea. 1 m. 73. 59 quilos.

Na perna E, ao longo do território da safena interna e colaterais, varizes serpentiformes e cilíndricas, atingindo a face posterior da perna. Úlcera de 3 cms. de diâmetro, arredondada, supurante, situada na face interna do terço inferior da perna. Reação inflamatória peri-ulcerosa, dolorosa à palpação.

Na perna D, verifica-se a existência de veias varicosas do tipo serpentiforme, mais numerosas no terço superior, face interna. Cicatriz de úlcera ao nível do terço inferior, face interna.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa à D e à E (12 seg. à D e 14 à E).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo mediato à D e à E (12 seg. à D e 14 à E).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau IV à D e à E.

Prova de Harkins: prejudicada.

Teste de Pratt: na perna E, duas perfurantes insuficientes, uma no terço superior e outra no terço médio, em sua face interna; na perna D, foi localizada uma perfurante no terço médio, em sua face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

No dia 3/4/1946, auxiliados pelo Ddo. Graeff, praticámos a ligadura cirúrgica das perfurantes pré-determinadas. Retirada dos pontos ao 7.º dia do post-operatório. Cicatrização per priman. Por esta época, a úlcera estava em vias de cicatrização. Esta doente, vista 23 dias após, mostrava a úlcera cicatrizada.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 17

D. C., com 45 anos de idade, do sexo masculino, de côr branca, brasileiro, casado, de profissão marítimo, residente nesta Capital. Examinado em 27/2/1946.

Varizes que se iniciaram na perna D, em 1925. Progressivamente aumentando e espalhando-se, estas chegaram até a raiz da coxa. Em 1929, sofreu safenectomia alta, não tendo, em absoluto, modificado seu estado, que cada vez mais piorava, aumentando as dores ao longo das veias doentes, a sensação de pêso na perna e o edema, que chegava ao terço inferior do membro inferior D. Por isto, em 1940, submeteu-se a uma segunda intervenção, que consistiu na extirpação de diversos segmentos de veias varicosas, pelo processo de Babcock. Dois meses após esta segunda operação, tornaram a se desenvolver as varizes, abrindo-se-lhe, na junção do terço médio com o terço inferior da perna D, uma úlcera que só melhorava com a elevação do membro inferior.

Há 5 meses, com grande edema da perna e a úlcera aberta secretando abundantemente pus, resolveu submeter-se a nova intervenção, na esperança de ver minorados seus sofrimentos, intoleráveis e que o incapacitavam totalmente para o trabalho. A extirpação de diversos segmentos varicosos, pelo processo de Babcock, ainda desta vez não lhe trouxe o almejado alívio, encontrando-se atualmente na mesma situação anterior.

A mãe do paciente é portadora de volumosas varizes de ambos os membros inferiores.

Brevilíneo. 1 m. 50 de altura. 69 quilos.

No membro inferior direito, observam-se varizes do tipo serpentina e ampular, na face interna da coxa, peri-rotulianas, e na perna em suas faces ântero-interna e posterior, que se continuam até o dorso do pé.

Úlcera de 6 cms. de diâmetro, acompanhada de mais três menores, à altura do terço médio da perna, em sua face ântero-externa, de bordos talhados a pique, espessos, de fundo sanioso, secretando abundantemente pus. A pele em redor das úlceras era cúprica, glabra e escamosa.

Cicatriz operatória de 10 cms. de comprimento, vertical, à altura do triângulo de Scarpa. Ao longo do membro inferior, mais doze cicatrizes, seqüelas das intervenções anteriores, variando de três a cinco cms. de comprimento cada uma.

Edema molé do terço inferior da perna e pé.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (6 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora nula; com o garrote no terço superior da coxa: melhora nula; no 1/3 médio: melhora nula; no 1/3 inferior: melhora nula; no 1/3 superior da perna: melhora nula.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na coxa, na face interna, uma perfurante insuficiente no terço médio e outra no 1/3 inferior; na perna, na face externa, uma perfurante incompetente no 1/3 superior e duas na face posterior, em seu terço médio.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

Intervenção: Dia 3/3/1946, no Hospital São Francisco, operamos êste doente, auxiliados pelo Ddo. Onófrio, executando a ligadura das cinco veias perfurantes pré-determinadas. Retirada dos pontos ao 7.º dia do post-operatório. Cicatrização per primam. A úlcera cicatrizou 6 dias após.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 18

R. S. P., com 34 anos, do sexo feminino, de côr mista, brasileira, casada, de profissão costureira e residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 2/7/1946.

Desde seu nascimento, a paciente apresenta varizes no membro inferior E, na face interna da coxa, um pouco acima do joelho. Desde há um ano, úlcera na face interna da perna E, à altura do 1/3 médio, secretando pus. Tem dor nas veias dilatadas e sensação de pêsso na perna doente.

Brevilínea. 1 m. 61 de altura. 65 quilos.

Varizes serpentiformes na face interna do coxa E, em seus terços médio e inferior. Úlcera varicosa de 9 cms. de diâmetro, situada no terço médio da perna E, em sua face interna. Edema maleolar nesta extremidade.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (12 segundos).

Prova de Adams. negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote: melhoria nula; com o garrote no 1/3 superior da coxa: melhoria nula; no 1/3 médio: melhoria nula; no 1/3 inferior, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes na face interna da coxa, em seu terço inferior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

Como a úlcera de que era portadora esta doente secretasse abundantemente pus, foi-lhe colocada uma bota de Unna, para melhorar a lesão.

Posteriormente, já com a lesão limpa e em vias de cicatrização, operamos esta paciente, no dia 3/8/1946, auxiliados pelo Ddo. Graeff, ligando as veias perfurantes pré-determinadas. Retirada dos pontos ao 7.º dia do post-operatório. Cicatrização per primam. Úlcera cicatrizada.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 19

J. S., com 37 anos, do sexo masculino, de côr branca, brasileiro, casado, de profissão lustrador, residente N/C. Baixou à 30.ª Enfermaria em 5/2/1946.

Há 12 anos, tem veias varicosas na perna E, e uma úlcera que data da mesma época. Sente dor ao longo das veias dilatadas, sensação de pêso na perna e, quando permanece muito tempo de pé, edema que chega até o joelho.

Seu pai apresenta a mesma afecção.

Brevilíneo. 1 m. 65. 59 quilos.

Varizes cilíndricas na coxa E, no território safeno interno, desde a raiz do membro. Na perna, as varizes são do tipo serpentiforme, localizadas na face interna, mais desenvolvidas nos dois terços superiores. No terço inferior, face interna, úlcera varicosa de 7 cms.

de diâmetro, com abundante secreção purulenta, rodeada por pele alterada, com uma mancha cúprica que se estende até o pé. Flebólitos nas veias da perna. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla.

Prova de Adams: positiva.

Sinal de A. Correia Neto: positivo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (10 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau II; no 1/3 médio, melhoria grau II; no 1/3 inferior, melhoria grau III; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: quatro veias perfurantes insuficientes, uma no terço médio da coxa, face interna, outra à altura do côndilo interno do fêmur, a terceira no terço superior da perna, face posterior e uma última, no terço médio, face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

No dia 12/2/1946, operámos êste doente, auxiliados pelo Ddo. Leite, executando safenectomia alta e a ligadura cirúrgica das quatro veias perfurantes pré-determinadas no membro inferior E. Retirada dos pontos ao 7.º dia do post-operatório. Cicatrização per primam. O paciente teve alta no dia 30/2/46, com sua úlcera completamente cicatrizada.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 20

4 A. C., com 41 anos, do sexo masculino, de côr branca, brasileiro, casado, de profissão pintor, residente N/C. Baixou à 30.ª Enfermaria no dia 2/3/1946.

Há seis meses, apareceram varizes no membro inferior E. Em seguida, surgiu uma úlcera na face interna da perna, no terço inferior, dando saída a abundante secreção purulenta. Sente dor forte ao longo das veias doentes, inchando as pernas pela posição ortostática prolongada, o que o torna incapaz para o trabalho. O pai era portador de afecção idêntica.

Longilíneo. 1 m. 73 de altura. 63 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares no território da safena interna e colaterais, na perna E, mais volumosas nos dois terços superiores. Úlcera varicosa de 4 cms. de diâmetro ao nível do maléolo interno, rodeada por pele glabra e tecido celular subcutâneo infiltrado.



Fig. 11
As varizes da paciente da observação n.º 3 antes e após a ligadura dos pontos de refluxo sanguíneo.



Fig. 12
As varizes da doente da observação n.º 8 antes e após a intervenção.

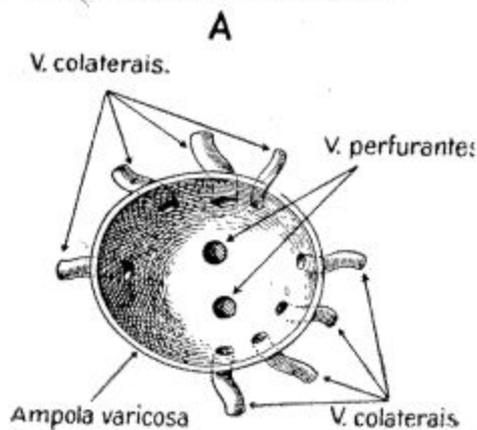


Fig. 13
As varizes da paciente da observação n.º 14 antes e após a intervenção. Em A, representação esquemática da peça operatória retirada ao nível da face interna do joelho E, onde se vêem as duas perforantes que, junto com as oito colaterais, desembocam na ampola varicosa.

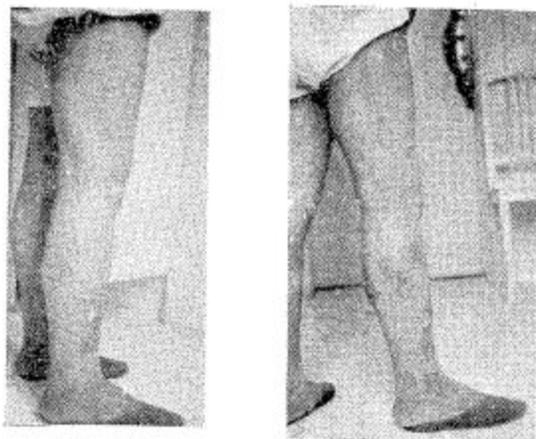


Fig. 14

As varizes do doente da observação n.º 17 antes e depois da ligadura das veias perforantes insuficientes.

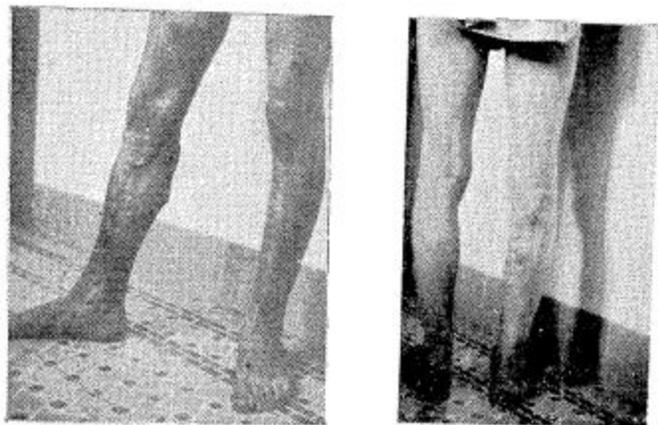


Fig 15

As varizes do paciente da observação n.º 39 antes e depois da intervenção.



Prova de Trendelenburg: positiva inversa (14 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (14 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau III; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau III; no 1/3 médio, melhora grau III; no 1/3 inferior, melhora grau III; no terço superior da perna, melhora grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: evidenciou uma perfurante incompetente no 1/3 superior da perna, face interna e duas no terço médio, face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlcera varicosa.

No dia 13/3/1946, foi realizada a ligadura cirúrgica das três perfurantes insuficientes pré-determinadas, tendo operado o Dr. Ary Juchem, auxiliado pelo Ddo. Cody. Retirada dos pontos ao 7.º dia do post-operatório. Cicatrização per primam. A úlcera da perna já se achava curada.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 21

A. H., com 61 anos, do sexo masculino, de côr branca, português, casado, de profissão torneiro, residente N/C. Consultou no Ambulatório de Cirurgia de Homens, no dia 17/8/1946.

Há 10 anos, é portador de varizes na perna E, que lhe impossibilitam de trabalhar em virtude das dores intensas que determinam. Estas só melhoram com o uso de ataduras elásticas. Há cinco anos, fez tratamento esclerosante que lhe trouxe alívio por alguns meses, tornando, porém, a surgir as varizes, encontrando-se hoje na mesma situação anterior.

Brevilíneo. 1 m. 55. 60 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares em toda a extensão da face ântero-interna da perna E, a partir da articulação do joelho até o maléolo interno. A pele, em alguns pontos, encontra-se bastante adelgada, ameaçando romper-se. Flebólitos. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (6 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (6 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem o garrote: melhoria grau III; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau III; no 1/3 médio, melhoria grau III; no 1/3 inferior, melhoria grau III; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: determinou um ponto na face interna da perna, em seu têrço superior.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes no têrço superior da perna, uma na face interna e outra mais anterior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas. O ponto mais anterior coincidiu com o local determinado pela prova de Harkins.

Varizes essenciais.

No dia 17/8/1946, auxiliados pelo Ddo. Graeff, ligámos cirurgicamente as duas perfurantes insuficientes pré-determinadas. Deambulação imediata. Retirada dos pontos 8 dias após. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 22

C. M. S., com 38 anos, do sexo masculino, de côr mista, brasileiro, casado, de profissão motorista, residente N/C. Baixou à 20.^a Enfermaria em 10/9/46.

É portador de varizes há 15 anos, situadas na perna E. Logo após o aparecimento das veias varicosas, em conseqüência a um traumatismo mínimo, abriu-se uma úlcera nesta extremidade, à altura do têrço inferior da perna. Quando se põe por muito tempo de pé, doem-lhe as veias doentes e aparece edema maleolar, trazendo-lhe dificuldades para o exercício da sua profissão.

Normolíneo. 1 m. 79. 85 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares na perna E, no território safeno interno e colaterais, mais desenvolvidas no têrço médio. Úlcera varicosa de 4 cms. de diâmetro no têrço inferior, face interna.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (8 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (8 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria grau II; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau II; no têrço médio, melhoria grau II; no têrço inferior, melhoria grau II; no têrço superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na perna E, t \acute{e} rço superior, duas perfurantes incompetentes, uma na face interna e outra na face posterior; foi evidenciada outra perfurante insuficiente no t \acute{e} rço m \acute{e} dio, em sua face interna.

Manobra de localiza \acute{c} o: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. *Úlcera varicosa.*

No dia 15/9/1946, auxiliados pelo Dr. Bade, executamos a ligadura cirúrgica das perfurantes pré-determinadas. Retirada dos pontos ao 7.^o dia de post-operat \acute{o} rio. Cicatriza \acute{c} o per primam. *Úlcera* em vias de cicatriza \acute{c} o, cerrando-se completamente 8 dias ap \acute{o} s.

Prova de contr \acute{o} le: eficiente.

OBSERVA \acute{C} AO N.^o 23

A. M., com 42 anos, do sexo masculino, de c \acute{o} r mista, brasileiro, de profiss \tilde{a} o oper \acute{a} rio, residente N/C. Examinado em 18/9/1946.

H \acute{a} 9 anos, \acute{e} portador de varizes da perna D, as quais, na posi \tilde{c} o ereta, lhe provocam dores e c \acute{a} mbras na panturrilha. Refere que qualquer ferimento, por pequeno que seja, leva meses para cicatrizar. Pela tarde, ao deixar o servi \tilde{c} o, a perna est \acute{a} inchada at \acute{e} o t \acute{e} rço m \acute{e} dio.

Brevil \acute{e} neo. 1 m. 68 de altura. 70 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares na perna D, no territ \acute{o} rio da safena interna e externa, atingindo o dorso e bordos do p \acute{e} . Veias tensas na posi \tilde{c} o ortost \acute{a} tica, de paredes adelga \acute{c} adas em alguns pontos, f \acute{a} cilmente depress \acute{i} veis.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (6 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compress \tilde{a} o por atadura el \acute{a} stica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria grau II; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau II; no 1/3 m \acute{e} dio, melhoria grau II; no 1/3 inferior, melhoria grau II; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: quatro perfurantes insuficientes na perna D, uma na face posterior e duas na face interna do t \acute{e} rço superior, situando-se a \acute{u} ltima na face interna do t \acute{e} rço m \acute{e} dio.

Manobra de localiza \acute{c} o: determinou um ponto para cada uma das perfurantes insuficientes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 19/9/1946, auxiliados pelo Ddo. Graeff, executámos a ligadura das perfurantes pré-determinadas. Deambulação imediata. Retirada dos pontos sete dias após. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 24

A. P., com 43 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, solteiro, de profissão pedreiro, residente N/C. Examinado no Ambulatório de Cirurgia de Homens, no dia 21/10/1946.

O paciente é portador de varizes na perna E há doze anos. Depois de se terem dilatado as veias, qualquer ferimento do segmento do membro doente é de cicatrização demorada. Há 6 meses, surgiram duas úlceras na perna, uma na face ântero-interna e outra na face externa, que se mantêm abertas até a presente data. As dores nas veias dilatadas, o edema e a abundante secreção purulenta das úlceras impossibilitam-o de trabalhar.

Longilíneo. 1 m. 72 de altura. 65 quilos.

Volumosas varizes serpentiformes e saculares na face interna, posterior e externa da perna E, estendendo-se do joelho até o tornozelo. No têrço médio, face externa e no têrço inferior, face interna, observam-se úlceras varicosas com 4 e 8 cms. de diâmetro, respectivamente, com abundante secreção purulenta. A pele em redor é de côr avermelhada, encontrando-se o tecido celular subcutâneo infiltrado. Edema maleolar.

Com a aplicação sucessiva de duas botas de Unna, conseguimos a cicatrização das duas úlceras, em 25 dias. Foram, então, realizadas as provas clínicas de exploração para as varizes:

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (10 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (10 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria grau II; com o garrote, no 1/3 superior da coxa, melhoria grau II; no 1/3 médio, melhoria grau II; no 1/3 inferior, melhoria grau II; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes na face interna da perna em seu têrço superior, evidenciando outra na face posterior, no têrço médio.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlceras varicosas.

No dia 18/11/1946, auxiliados pelo Ddo. Graeff, executámos a ligadura das perfurantes pré-determinadas. Deambulação imediata. Retirada dos pontos sete dias após. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 25

M. P., com 40 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, casado, de profissão barbeiro, residente N/C. Examinado no Ambulatório de Cirurgia de Homens no dia 12/11/1946.

Relata o paciente que, há dois anos, em conseqüência de um ferimento infectado na face interna da perna E, em seu têrço inferior, inchou muito tôda a perna, edema êste que se estendeu à coxa, tornando-se o membro inferior E doloroso. Esta situação perdurou por um mês, tempo êste que passou acamado, em virtude da febre alta que simultâneamente apresentava.

O edema foi aos poucos desaparecendo, mantendo-se, no entanto, aberta a ferida causadora dos acidentes. Retomado o trabalho, verificou que as veias da perna doente aumentavam de volume e lhe doíam, quando estava de pé. Edemaciava-se o têrço inferior da perna E, pela tarde. Há dois meses, fêz seis injeções esclerosantes nas varizes, tendo notado que estas tinham aumentado em número, encontrando-se não só na face interna da perna, mas, também, na face posterior.

Normolíneo. 1 m. 68 de altura. 62 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares na face interna e posterior da perna E, estendendo-se do joelho até o dorso do pé. Nos segmentos varicosos injetados com substância esclerosante, as veias apresentam-se como tubos rígidos, contrastando com a depressibilidade de outros pontos. Observa-se uma úlcera com 6 cms. de diâmetro na face interna da perna, em seu têrço inferior, de bordos descolados e talhados a pique, de fundo sanioso e secretando abundante pus fétido. A pele em redor é avermelhada, estando infiltrado o tecido celular subcutâneo. Edema mole que se estende do pé até o têrço inferior da perna.

Êste doente foi aparelhado com uma bota de Unna com o intuito de conseguir a cicatrização da úlcera, o que foi obtido 20 dias após. As provas clínicas de exploração das varizes nos forneceram os seguintes resultados:

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (8 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: positiva no 4.º minuto de deambulação.

Trombose das veias profundas. Varizes compensadoras. Úlcera post-flebítica.

OBSERVAÇÃO N.º 26

A. R. M., com 21 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, solteira, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 14/11/1946.

Aos dezessete anos de idade, notou que veias da perna D estavam se tornando salientes, aparecendo azuladas sob a pele. Com o tempo, estas alterações foram se acentuando, até o estado atual, em que a face interna da perna é desenhada por veias varicosas, do joelho até os maléolos. Sua mãe apresenta a mesma afecção.

Longilínea. 1 m. 62 de altura. 53 quilos.

Varizes serpentiformes na perna D, no território da safena interna e colaterais, estendendo-se do joelho até o maléolo interno. As veias dilatadas apresentam-se tensas e de paredes espessadas.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (14 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (14 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau IV.

Prova de Harkins: prejudicada.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes ao nível do terço superior da perna, em sua face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 18/11/1946, auxiliados pelo Ddo. Ben David, executamos a ligadura das perfurantes insuficientes pré-determinadas. Retirada dos pontos sete dias após. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 27

J. S., com 23 anos, do sexo feminino, de côr preta, brasileira, casada, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria, em 9/12/46.

Há 3 anos, durante o primeiro mês de gravidez, começaram a aparecer varizes em ambos os membros inferiores. Logo após o parto, diminuíram muito de volume, para, na gestação seguinte, aumentarem novamente, conservando-se dilatadas mesmo após o parto. Sente dores e formigamentos nas pernas, inchando os pés quando fica muito tempo de pé.

Normolínea. 1 m. 58. 55 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares no território da safena interna e colaterais em ambas as pernas, mais acentuadas nos dois terços superiores. Edema maleolar em ambas extremidades.

Edema maleolar em ambas extremidades.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa à D e E. (12 segundos).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo mediato à D e E. (12 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica; negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau II à D e E; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau II à D e E; no 1/3 médio, melhora grau II à D e E; no 1/3 inferior, melhora grau II à D e à E; no 1/3 superior da perna, melhora grau III à D e grau IV à E.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na perna D, duas perfurantes insuficientes, uma no terço superior e outra no terço médio, em sua face interna; na perna E, uma perfurante insuficiente no terço superior, face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais (Varizes gravídicas residuais).

No dia 12/12/1946, auxiliados pelo Ddo. Ben David, executamos a ligadura das veias perfurantes insuficientes pré-determinadas. Retirada dos pontos no 7.º dia do post-operatório. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 28

J. S. S., com 22 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, casada, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria, em 12/12/1946.

Há dois anos, por ocasião do segundo mês de gestação da primeira gravidez, notou o aparecimento de varizes em ambos os membros inferiores.

Depois do parto, estas diminuíram muito em número e volume, conservando-se as lesões desde aquela data com a mesma aparência atual. A posição ortostática prolongada provoca dores ao longo das veias varicosas.

Longilínea. 1 m. 63. 52 quilos.

Varizes cilíndricas no território da safena interna, ao longo de todo o seu trajeto, na extremidade inferior D. Na perna E, ao nível da panturrilha, pequenas veias varicosas do tipo serpentiforme.

Prova de Trendelenburg: negativa à D e à E.

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: negativo à D e à E.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau IV à D e à E.

Prova de Harkins: prejudicada.

Teste de Pratt: nenhuma perfurante foi evidenciada tanto na extremidade D como na E.

Manobra de localização: prejudicada.

Varizes grávidas residuais, sem insuficiência valvular.

Prova de controle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 29

I. F. A., com 37 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, solteira, de profissão costureira, residente N/C.

Baixou à 29.^a Enfermaria em 3/12/1946.

Tem varizes na perna E há 8 anos, desde a sua primeira gravidez. De 6 meses para cá, começaram a doer pela deambulação, aparecendo dilatações varicosas na perna D. Atualmente, sensação de peso nas pernas e dores ao longo das varizes quando fica muito tempo de pé. Edema de ambas as pernas na região maleolar.

Normolínea. 1 m. 60 de altura. 62 quilos.

Volumosas varizes serpentiformes e ampulares em ambas as pernas, no território da safena interna e colaterais em ambas as pernas, estendendo-se até o dorso dos pés. Na perna E, à altura do terço médio, face interna, palpa-se um flebólito. Edema maleolar de ambas extremidades.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa nos dois membros inferiores (12 segundos).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo mediato nas duas extremidades (12 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau III à E e grau IV à D; com garrote no terço superior da coxa, melhora grau III à E; no 1/3 médio, melhora grau III à E; no 1/3 inferior, melhora grau III à E; no 1/3 superior da perna, melhora grau III à E.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: perna E, duas perfurantes insuficientes na face posterior do terço médio; na perna D, uma perfurante insuficiente no terço superior, face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 6/12/1946, auxiliados pelo Ddo. Graeff, executamos a ligadura cirúrgica das três perfurantes insuficientes pré-determinadas. Retirada dos pontos no 7.º dia do post-operatório. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de controle: eficiente à E e à D.

OBSERVAÇÃO N.º 30

M. F. S., com 44 anos, do sexo feminino, de cor branca, brasileira, viúva, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 5/6/1946.

Há 10 anos, tem veias varicosas na perna e pé EE, que doem muito quando faz caminhadas longas. Sensação de peso e formigamento na perna. Não verão, tem edema acentuado no tornozelo.

A mãe e duas irmãs são, também, portadoras de varizes dos membros inferiores.

Longilínea. 1 m. 68. 59 quilos.

A partir do terço médio da perna E, verificam-se varizes serpentiniformes e ampulares bem desenvolvidas, no território da safena interna e colaterais, estendendo-se até o dorso do pé. Cicatrizes à altura do maléolo interno.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (13 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (13 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau III; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau III; no 1/3 mé-

dio, melhoria grau III; no 1/3 inferior, melhoria grau III; no 1/3 superior da perna, melhoria grau III.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: evidenciou duas perfurantes insuficientes no 1/3 médio da perna, na face ântero-interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 10/6/1946, executámos a ligadura das perfurantes pré-determinadas, auxiliados pelo Ddo. Graeff. Retirada dos pontos no 7.º dia do post-operatório. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 31

A. F. V., com 43 anos, do sexo feminino, de côr branca, brasileira, viúva, de profissão lavadeira, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria, em 2/12/1946.

Varizes na perna E há 23 anos, iniciando-se durante a primeira gravidez e aumentando com as outras, em número de sete. De dois anos para cá, surgiram varizes também na perna D. Tem dores intensas nas veias dilatadas, sensação de pêsso nas panturrilhas e edema maleolar quando fica muito tempo de pé.

Normolínea. 1 m. 60 de altura. 64 quilos.

Varizes serpentiniformes e saculares, de cêrca de 1,5 cm. de diâmetro, ao redor de tôda a perna E, continuando-se até o dorso do pé. Em alguns pontos, a parede venosa encontra-se extremamente delgada, ameaçando romper-se. Flebólitos. Edema maleolar. Na perna D, ao longo do território da safena interna e colaterais, varizes cilíndricas e serpentiniformes, mais numerosas nos dois terços superiores.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa à E e à D (8 segundos à E e 12 à D).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E..

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo à E e positivo mediato à D (12 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem o garrote, melhoria nula à E e melhoria grau II à D; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria nula à E e melhoria grau II à D; no 1/3 médio, melhoria nula à E e melhoria grau II à D; no 1/3 inferior, melhoria nula à E e melhoria grau II à D; no 1/3 superior da perna, melhoria nula à E e melhoria grau IV à D.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: perna E, duas perfurantes insuficientes no terço superior, face ântero-interna e outra no terço médio, face posterior; na perna D, uma perfurante insuficiente no terço superior e outra no terço médio, na face ântero-interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 6/12/1946, realizámos a ligadura das veias perfurantes pré-determinadas, auxiliados pelo Ddo. Pilla. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 32

T. T., com 33 anos, do sexo masculino, branco, polonês, casado, de profissão lustrador, residente N/C. Baixou à 30.ª Enfermaria em 15/1/1947.

Há 10 anos que o paciente notou que as veias de sua perna E aumentam muito de volume, sobretudo após muitas horas de permanência de pé. Nestas ocasiões, sente bastante dor ao longo das mesmas, perturbando-o em seu trabalho. Aliás, há três meses, esteve acamado durante 10 dias, em virtude de uma úlcera, aberta na face interna da perna varicosa, em seu terço médio. Seus sofrimentos acentuam-se progressivamente.

Normolíneo. 1 m. 75. 75 quilos.

Na raiz do membro inferior E, nota-se, com o paciente em posição ortostática, um tumor globoso, na base do triângulo de Scarpa, de 3 cms. de diâmetro, reduzindo-se espontâneamente pelo decúbito. Expansibilidade e frêmito palpável quando há aumento da pressão intra-abdominal. Palpação em seu nível da onda líquida determinada pela percussão das varizes situadas na perna. Na coxa, a safena interna é palpável como um tubo elástico que corre ao longo de sua face interna, com mais ou menos um centímetro de diâmetro. Na perna, em sua face ântero-interna, principalmente em seus 2/3 superiores, notam-se volumosas varizes serpentiformes e saculares. Cicatriz de úlcera à altura do terço médio, face interna.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla.

Prova de Adams: positiva.

Sinal de A. Correia Neto: positivo.

Sinal de Sicard: positivo.

Teste de Perthes: positivo mediato (12 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau II; no 1/3 médio, melhoria grau II; no 1/3 inferior, melhoria grau II; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes no 1/3 superior da perna, em sua face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

Intervenção realizada por nós, auxiliados pelo Ddo. Costa Filho, no dia 21/1/1947. Safenectomia alta e ligadura cirúrgica das duas perfurantes incompetentes pré-determinadas. Retirada dos pontos no 7.º dia do post-operatório. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 33

L. L., com 32 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, solteira, de profissão doméstica, residente na Colônia Mariano Pimentel.

Baixou à 29.ª Enfermaria no dia 31/1/1947.

Varizes há, aproximadamente, 10 anos na perna E, que, de dois anos para cá, tornaram-se dolorosas na posição ereta. Sensação de peso na perna e edema maleolar quando permanece muitas horas de pé.

Longilínea. 1 m. 63. 52 quilos.

Varizes cilíndricas e serpentiformes situadas ao longo do território da safena interna E, dos dois terços inferiores da coxa até o maléolo interno. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (8 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria grau II; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau II; no 1/3 médio, melhoria grau II; no 1/3 inferior, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes ao nível da face interna da coxa, em seu terço inferior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.



No dia 6/2/1947, executámos a ligadura das perfurantes insuficientes pré-determinadas, auxiliados pelo Ddo. Ben David. Retirada dos pontos, seis dias após. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 34

M. F. S., com 48 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, viúva, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.^a Enfermaria em 21/4/1947.

Varizes há aproximadamente 3 anos, na perna D, muito dolorosas; quando assume a posição ereta por muito tempo, manifesta-se forte edema no têrço inferior da perna e pé.

Brevilínea. 1 m. 55. 58 quilos.

Varizes serpentiformes que se estendem pela face ântero-interna da perna e na panturrilha D, em maior número nos dois terços superiores. Edema do têrço inferior da perna e pé.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (10 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria nula; no 1/3 médio, melhoria nula; no 1/3 inferior, melhoria grau II; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes na face interna da perna, em seu têrço superior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 29/4/1947, foi executada a ligadura das duas perfurantes pré-determinadas, operando o Ddo. Graeff, auxiliado pelo Ddo. Pilla. Retirada dos pontos 7 dias após. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 35

L. F., com 37 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, solteiro, dentista e residente N/C. Examinado dia 10/3/1947.

É portador de varizes há 15 anos, em ambas as pernas, com predominância da E. Tem dor, sensação de pêso nas pernas, câimbras

na panturrilha e com a permanência longa de pé, edema maleolar das extremidades. Em 1940, fêz diversas injeções esclerosantes em ambas as pernas, praticamente sem resultado algum. Atualmente, como suas moléstias se intensificassem, a ponto de o perturbar seriamente em sua profissão, veio à consulta.

Sua mãe é portadora da mesma afecção.

Longilíneo. 1 m. 74 de altura. 68 quilos.

Varizes serpentiformes nos territórios safenos internos em ambas as pernas.

Na perna D, as varizes espalhavam-se pela face posterior. Edema maleolar de ambas extremidades.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (8 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (8 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote: melhora grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na perna D, uma perfurante insuficiente na face interna, no terço superior e mais duas na face posterior do terço médio; na perna E, duas perfurantes insuficientes na face interna do terço superior e outra na face posterior do terço médio.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 2/4/1947, auxiliados pelo Dr. Ary Juchem, realizámos, no Hospital São Francisco, a ligadura cirúrgica de tôdas as perfurantes pré-determinadas.

Deambulação imediata. Em virtude de uma imprudência do paciente, as feridas operatórias supuraram, cicatrizando por segunda intenção.

Prova de contrôle em 14/4/1947: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 36

M. O., com 35 anos, do sexo feminino, de côr branca, brasileira, casada, de profissão doméstica, residente em Vila Niteroi, N/E.

Baixou à 29.^a Enfermaria em 4/5/1947.

Há 11 anos, apresenta varizes na extremidade inferior D. Indolores de início, foram causando à medida que aumentavam de volume, maiores sofrimentos. Há dois anos, como estas dores se tornassem intoleráveis, submeteu-se a um tratamento com injeções esclerosantes. Poucos meses após, as veias varicosas reapareceram,

acompanhadas de uma úlcera no 1/3 médio da perna D, em sua face interna. A úlcera cicatrizou com a aplicação de uma bota de Unna, estado êste que se manteve pelo uso constante de uma meia elástica. Apesar desta, nestes últimos meses, acentuaram-se seus sofrimentos, surgindo edema na perna doente.

O pai, já falecido, era portador de varizes dos membros inferiores.

Longilínea. 1 m. 67. 55 quilos.

Varizes serpentiformes e ampulares a partir do terço médio da coxa D, na face interna, que se estendem para a face interna e posterior da perna, mostrando-se até o dorso do pé. Cicatriz de úlcera à altura do terço médio da perna, face interna, em meio a larga mancha cúpica da pele, mancha esta que se estende até os maléolos. Edema mole do terço inferior da perna e pé.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (10 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (10 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau III; com o garrote no 1/3 superior da coxa: melhora grau III; no 1/3 médio: melhora grau III; no 1/3 inferior: melhora grau IV. ■

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes na face interna do 1/3 inferior da coxa e outra no 1/3 superior da perna, na face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 6/5/1947, auxiliados pelo Ddo. Graeff, efetuámos a ligadura cirúrgica das perfurantes insuficientes localizadas na coxa, sem executar a ligadura da perfurante insuficiente evidenciada pelo teste de Pratt no terço superior da perna, louvando-nos nas indicações da prova de Mahorner-Ochsner. A prova de controle realizada quatro dias após era ineficiente. Por isto, no dia 11/5/1947, foi executada a ligadura cirúrgica da perfurante insuficiente evidenciada pelo teste de Pratt e pela manobra de localização, no terço superior da perna. Operou o Ddo. Graeff, auxiliado pelo Ddo. Ben David. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório de cada uma das intervenções. Cicatrização per primam.

Prova de controle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 37

S. S. S., de 19 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, solteira, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.^a Enfermaria em 7/5/47.

Relata a paciente que, há 8 meses, seu membro inferior D aumentou muito de volume, tornando-se branco, "sem sangue", doendo muito apesar do repouso no leito a que se viu obrigada, em virtude da febre alta concomitante. Êste estado perdurou por cêrca de 20 dias. Depois, à medida que o edema desaparecia, notou que na perna D as veias se apresentavam salientes e dilatadas. Estas, aos poucos, foram aumentando em número, espalhando-se pela face interna da perna. Atualmente, não pode ficar muito tempo de pé, sem que sinta dor nas veias dilatadas e lhe intumescam o pé e a perna, até o têrço médio.

Brevilínea. 1 m. 66 de altura. 58 quilos.

Varizes cilindróides e serpentiformes na perna D, estendendo-se do joelho até o têrço inferior da perna, no território da safena e colaterais. Veias túrgidas na posição ortostática, de paredes espessadas. Edema mole, atingindo o têrço inferior da perna e pé DD.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (5 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: positiva no 3.^o minuto de deambulação.

Trombose das veias profundas. Varizes compensadoras.

OBSERVAÇÃO N.º 38

A. S., com 40 anos, do sexo feminino, de côr mista, brasileira, casada, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.^a Enfermaria em 3/6/1947.

Durante sua quarta e última gestação, há 6 anos, notou que as veias da perna E tinham aumentado de volume, tornando-se salientes sob a pele. Após o parto, regrediram em número, restando algumas que, com o tempo, foram se estendendo para baixo, na face interna, e para a face posterior. Atualmente, encontra-se impossibilitada de trabalhar, tamanha é a dor que sente ao longo das veias dilatadas e a sensação de pêso na perna quando deambula.

Sua mãe e uma irmã são atacadas da mesma afecção.

Brevilínea. 1 m. 56 de altura. 60 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares na face interna e posterior da perna E, estendendo-se do joelho até o tornozelo, e atingindo o

dorso do pé. As veias se apresentam em alguns pontos de paredes adelgaçadas. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (8 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria nula; no 1/3 médio, melhoria nula; no 1/3 inferior, melhoria nula; no 1/3 superior da perna, melhoria grau II.

Prova de Harkins : nada determinou.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes no terço superior da perna E, na face interna, e outras duas no terço médio, a primeira na face interna e a segunda em sua face posterior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 7/6/1947, auxiliados pelo Ddo. Pilla, executamos a ligadura das perfurantes pré-determinadas. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 39

P. C. S., com 55 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, casado, de profissão torneiro, residente na cidade de Canoas.

Baixou à 30.ª Enfermaria, em 3/6/1947.

Há cinco anos, notou o aparecimento de varizes no membro inferior D, mais volumosas na perna. Em consequência a um traumatismo sofrido na face interna da perna doente, em seu terço inferior, abriu-se uma úlcera que secretava abundantemente pus fétido. Baixou, então, a uma Enfermaria da Santa Casa, onde lhe foram feitas diversas injeções esclerosantes. Teve alta com sua úlcera cicatrizada, permanecendo, no entanto, as dilatações varicosas. Como as dores e o edema do pé tornassem impossível seu trabalho, baixou a esta Enfermaria.

Mãe falecida em consequência a varicorragia. Tem uma filha com afecção idêntica, acusando também varicorragias.

Longilíneo. 1 m. 69. 55 quilos.

No membro inferior D, na coxa, observa-se e, principalmente, palpa-se o tronco da safena interna, com uma dilatação cilíndrica, desde a raiz da coxa até o joelho. Na perna, verificam-se volumosas varizes serpentiformes e saculares ao redor de todo este seg-



mento de membro, estendendo-se até o dorso e bordos do pé. As veias varicosas apresentam-se com suas paredes extremamente delgadas em certos pontos. Na face interna da perna, em seu terço inferior, cicatriz de úlcera, rodeada por uma pele cúpica que mede 20 por 10 centímetros.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla.

Prova de Adams: positiva.

Sinal de A. Correia Neto: positivo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora nula; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau II; no 1/3 médio, melhora grau II; no 1/3 inferior, melhora grau II; no 1/3 superior da perna, melhora grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt; duas perfurantes insuficientes no terço superior da perna, uma na face posterior e outra na interna; evidenciou, ainda, outra perfurante insuficiente no terço médio da perna, na face posterior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 11/6/1947, foi realizada a safenectomia alta à D e a ligadura das perfurantes pré-determinadas. Operou o Dr. Hamilton Pereira, auxiliado pelo Dr. Nilo. Retirada dos pontos 7 dias após. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 40

O. G., com 39 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, casado, de profissão pedreiro, residente em Vila Niteroi, N/E.

Baixou à 30.^a Enfermaria no dia 21/8/1947.

É portador de varizes há mais ou menos 15 anos. Por esta época, notou que as veias no membro inferior E, principalmente as da perna, aumentavam de volume, tornando-se salientes. Últimamente, em virtude de sua profissão requerer a permanência de pé por cerca de dez horas diárias, sente dores atrozes ao longo das veias varicosas, edemaciando-se o pé.

Pai, já falecido, era portador de varizes.

Normólíneo. 1 m. 75. 58 quilos.

Varizes serpentinaes e saculares ao longo do território da safena interna e colaterais, da raiz da coxa até o pé. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla.

Prova de Adams: positiva.

Sinal de A. Correia Neto: positivo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (13 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora nula; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau IV.

Prova de Harkins: prejudicada.

Teste de Pratt: evidenciou uma perfurante insuficiente na face ântero-interna da perna, em seu terço médio.

Manobra de localização: determinou um ponto para a perfurante acima mencionada.

Varizes essenciais

No dia 3/9/1947, louvando-nos na indicação dada pela prova de Mahorner-Ochsner, executámos somente a safenectomia alta à E, auxiliados pelo Ddo. Costa Filho. A prova de controle executada três dias após foi ineficiente. Por isto, neste mesmo dia ligamos a perfurante evidenciada pelo teste de Pratt no ponto determinado pela manobra de localização. Retirada dos pontos no 7.º dia de pós-operatório de cada uma das intervenções. Cicatrização per primam.

Prova de controle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 41

S. R., com 38 anos, do sexo feminino, de cor mista, brasileira, casada, de profissão lavadeira, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 17/9/1947.

Durante a última gestação, há três anos, desenvolveram-se varizes no membro inferior D, que, após o parto, regrediram, restando atualmente algumas na face interna da perna. Dor ao longo das veias varicosas e sensação de peso na perna.

Brevilínea. 1 m. 60. 63 quilos.

Varizes serpentiformes do terço inferior da coxa até o maléolo interno, no território safeno interno e colaterais. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (8 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (8 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau III; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau III; no 1/3 médio, melhora grau III; no 1/3 inferior, melhora grau III; no 1/3 superior da perna, melhora grau IV.

Prova de Harkins: determinou um ponto na face interna da perna, em seu terço superior.

Teste de Pratt: uma perfurante insuficiente na face interna da perna, em seu terço superior.

Manobra de localização: determinou um ponto para a perfurante acima mencionada que coincidiu com o local determinado pela prova de Harkins.

Varizes essenciais.

No dia 24/9/1947, foi executada a ligadura da perfurante pré-determinada, intervenção realizada pelo Ddo. Graeff auxiliado pelo Ddo. Nacul. Observou-se neste caso o deságue na veia superficial, no mesmo ponto, de duas perfurantes, que foram ligadas e seccionadas separadamente. Retirada dos pontos no 7.º dia do post-operatório. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 42

H. L., com 29 anos, do sexo feminino, de côr mista, brasileira, solteira, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 9/10/1947.

Há quatro anos, é portadora de varizes na perna E. Tem dor nas veias dilatadas e sensação de pêsso na perna. Quando se mantém muito tempo de pé, incha o tornozelo E.

Longilínea. 1 m. 65. 56 quilos.

Varizes serpentiformes na face interna da perna E., que se estendem à panturrilha. Edema maleolar.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (9 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (9 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria grau II; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau II; no 1/3 médio, melhoria grau II; no 1/3 inferior, melhoria grau II; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: três perfurantes insuficientes na face interna da perna, em seu terço superior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 11/10/1947, auxiliados pelo Ddo. Ben David, executamos a ligadura das três perfurantes insuficientes pré-determinadas. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 43

A. P., com 47 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, viúva, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 11/10/1947.

Há 15 anos, após o segundo parto, começaram a surgir varizes na perna D. Estas aumentaram em número e volume nas nove gravidezes seguintes. Atualmente, se acha impossibilitada para suas lides domésticas pela dor que sente nas veias varicosas e pelo edema que se desenvolve quando fica de pé.

Brevilínea. 1 m. 63. 66 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares disseminadas ao redor de todo o membro inferior D, principalmente na face ântero-interna da perna. Em muitos pontos, a parede adelgada da veia ameaça romper-se. Edema do tærço inferior da perna e pé.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla.

Prova de Adams: positiva.

Sinal de A. Correia Neto: positivo.

Sinal de Sicard: positivo.

Teste de Perthes: positivo

Prova da compressão por atadura elástica: positiva em três minutos de deambulação.

Trombose das veias profundas. Varizes compensadoras.

OBSERVAÇÃO N.º 44

I. A., com 25 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, casada, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 27/10/1947.

Há 9 anos, surgiram varizes na perna D, muito dolorosas e que no verão produziam edema maleolar. No princípio do ano corrente, fêz nove injeções esclerosantes nas veias dilatadas, tendo notado que, ao invés de diminuir, estas aumentavam em número, estendendo-se para a panturrilha.

Normolínea. 1 m. 65. 62 quilos.

Varizes serpentiformes na face interna e na panturrilha da perna D, desde o tærço superior até o maléolo interno. Em alguns pontos, as veias são palpadas como um tubo rígido.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (5 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (5 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria grau II; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau II; no 1/3 médio, melhoria grau II; no 1/3 inferior, melhoria grau II; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: três perfurantes insuficientes, duas na face interna da perna, no terço superior e outra no terço médio, face posterior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 30/10/1947, auxiliados pelo Ddo. Nacul, executámos a ligadura das perfurantes pré-determinadas. Retirada dos pontos 7 dias após. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 45

M. R. F., com 40 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, casada, cozinheira, residente N/C. Baixou à 29.^a Enfermaria no dia 31/10/1947.

Há dois anos, notou que lhe surgiam dilatações varicosas em ambos os membros inferiores, as quais, com o tempo, foram aumentando em número e volume, espalhando-se pelas coxas e pernas. A dor, o edema maleolar e as câimbras que sentia nas panturrilhas tornavam insuportável seu trabalho. Por isto, baixou a uma Enfermaria da Santa Casa onde lhe foram ressecados em seis lugares diferentes os novelos varicosos. Sua melhora durou somente dez meses, pois que, há dois, tornaram a surgir, em pontos diferentes, veias varicosas, que como as antigas a impossibilitam de trabalhar.

Brevilínea. 1 m. 58. 60 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares em ambas as pernas, do joelho até os maléolos, situadas nas faces posterior e externa. Cicatrizes operatórias antigas de 10 a 15 cms. de comprimento, uma na face interna de cada coxa, à altura do terço médio e outras duas em cada perna, no terço superior e médio. Edema maleolar em ambas as extremidades.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa à D e à E. (12 segundos à D e 14 à E).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo à D e positivo mediato à E (14 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora nula à D e melhora grau II à E; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhora nula à D e melhora grau II à E; no 1/3 médio, melhora nula à D e melhora grau II à E; no 1/3 inferior, melhora nula à D e melhora grau II à E; no 1/3 superior da perna, melhora grau II à D e melhora grau IV à E.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na perna D, uma perfurante insuficiente na face posterior, terço superior e outras duas na face externa do terço médio; na perna E, uma perfurante insuficiente na face posterior, no terço superior e outra no terço médio.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 6/10/1947, auxiliados pelo Ddo. Graeff, executámos a ligadura das cinco perfurantes insuficientes pré-determinadas. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 46

D. R. F., com 49 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, casada, de profissão doméstica, residente N/C. Baixou à 29.ª Enfermaria em 1/11/1947.

Há 7 anos é portadora de varizes na perna e pé EE. Em princípios do corrente ano, rompeu-se uma veia varicosa do tornozelo, na face interna, produzindo abundante hemorragia. A úlcera assim aberta levou três meses a cicatrizar. Sente muita dor ao longo das varizes e peso na perna E, o que lhe é muito incômodo, pois seu trabalho é feito de pé.

Sua mãe também era portadora da mesma afecção.

Longilínea. 1 m. 53. 44 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares, na perna e pé EE, no território da safena interna. Uma ampola varicosa situada na face ântero-interna, no terço médio da perna, tem sua parede extremamente adelgada e prestes a romper-se. Pouco mais abaixo, cicatriz de úlcera.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa (12 segundos).

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Sinal de Sicard: negativo.

Teste de Perthes: positivo mediato (12 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau II; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau II; no 1/3 médio, melhora grau II; no 1/3 inferior, melhora grau II; no 1/3 superior da perna, melhora grau III.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Perthes: uma perfurante insuficiente na face interna da perna, no terço superior e outra no terço médio.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 7/12/1947, foi executada a ligadura das perfurantes insuficientes pré-determinadas, intervenção realizada pelo Dr. Mickelberg auxiliado pelo Ddo. Nascimento. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização per primam.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 47

E. S., com 21 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, solteiro, de profissão impressor, residente N/C. Baixou à 30.ª Enfermaria em 21/10/1947.

Informa o paciente que em Setembro de 1945, após uma pneumonia, seus membros inferiores incharam, ficando avermelhados, sentindo muita dor e febre. Baixou à Santa Casa com o diagnóstico de flebite de ambas as extremidades, tendo alta curado em fins de Novembro do mesmo ano. Começou a trabalhar, notando porém que ao sair da oficina tinha seus membros inferiores bastante edemaciados. Desde essa época, as veias começaram a dilatar-se e em Julho de 1946, após um surto de erisipela, ulcerou-se a pele pouco acima dos maléolos internos, o que o obrigou a baixar novamente à Santa Casa, agora com o diagnóstico de úlceras varicosas de ambos os membros inferiores. Dois meses após, com suas úlceras cicatrizadas, teve alta, retornando ao trabalho. No entanto, já seis dias depois tornavam a se abrir as úlceras. Fêz então quatro injeções esclerosantes nas veias varicosas, que cada vez mais aumentavam em número e volume, não obtendo resultado algum. Atualmente, para tratamento do mesmo mal, baixou a esta Enfermaria.

Longilíneo. 1 m. 73. 65 quilos.

Varizes cilindróides e serpentiformes ao longo do território da safena interna e colaterais, em ambos os membros inferiores, desde a raiz da coxa até o maléolo interno. Nos terços inferiores de ambas as pernas, na face interna de cada uma, verifica-se a existência de uma úlcera com 6 cms. de diâmetro, de bordos descolados e fundo sanioso. Edema maleolar de ambas as extremidades.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla à D e à E.

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de Alípio Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo à D e positivo mediato à E (4 segundos).

Prova da compressão por atadura elástica: positiva à D após 5 min. de deambulação e negativa à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora grau III à E; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau IV à E.

Prova de Harkins: prejudicada.

Teste de Pratt: duas perfurantes insuficientes no terço superior da perna E, em sua face interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes compensadoras na extremidade inferior D e varizes compensadoras recanalizadas (varizes residuais) à E. Úlceras post-flebiticas.

No dia 21/11/1947, após prévia desinfecção das úlceras, auxiliados pelo Dr. Tito, executámos a safenectomia alta no membro inferior E e a ligadura das perfurantes insuficientes pré-determinadas. Retirada dos pontos 7 dias após.

Cicatrização por primeira intenção. Alta curado em 20/12/1947.

Prova de contrôle: eficiente.

Este doente, visto 4 meses após, relatou-nos que a úlcera da perna D se tinha aberto novamente, 10 dias após sua alta e que na perna E havia acontecido o mesmo há 3 dias. Examinado, mostrou no hemiabdomen E uma circulação venosa colateral do tipo cava-cava, tomando a corrente sanguínea uma direção ascendente. Turgescência venosa generalizada no membro inferior E. A prova da compressão por atadura elástica executada no membro inferior E. foi positiva no 2.º minuto de deambulação; o teste de Perthes foi positivo para obstrução.

OBSERVAÇÃO N.º 48

A. S., com 50 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, casado, de profissão marceneiro, residente em Estrêla, N/E.

Baixou à 18.^a Enfermaria no dia 14/11/1947.

Há 18 anos, notou que as veias de ambas as pernas aumentavam de volume, tornando-se salientes. Pouco tempo depois de constatar as varizes, apareceu-lhe, na face ântero-interna de cada perna, uma mancha vermelha que, inicialmente localizada no têrço inferior, foi aos poucos se estendendo, rodeando a perna e alcançando o joelho. Qualquer traumatismo desta região resultava numa ferida de cicatrização demorada. Sente dor ao longo das veias varicosas, sensação de pêso e formigamento em ambas as pernas, quando deambula.

Informa, ainda, ter hemorróidas, perdendo sangue por ocasião da defecação.

Brevilíneo. 1 m. 67 de altura. 65 quilos.

Varizes serpentiformes e saculares de ambas as extremidades inferiores, do têrço inferior da coxa até os maléolos, no território das veias safena interna e colaterais. Nas pernas, as veias varicosas estendem-se para as faces posterior e externa. Nesta observam-se, rodeadas por extensas manchas cúplicas que circundam tôda a perna, pequenas úlceras situadas na face ântero-interna, quatro à D e três à E, pele fina e escamosa. Edema maleolar de ambas as extremidades.

O exame dêste doente revelou ainda hemorróidas internas e externas.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa à D e à E (8 segundos à D e à E).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo à D e à E.

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria nula à D e à E; com o garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria nula à D e à E; no 1/3 médio, melhoria nula à D e à E; no 1/3 inferior, melhoria grau II à D e à E; no 1/3 superior da perna, melhoria grau IV à D e à E.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na extremidade inferior D, na face interna da coxa, têrço inferior, uma perfurante insuficiente e outras duas no têrço superior da perna, a primeira na face externa, estando a segunda situada na face interna; na extremidade inferior E, duas perfurantes insuficientes na face interna da coxa, em seu têrço inferior, e mais duas no têrço superior da perna, uma na face externa e outra na interna.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais. Úlceras varicosas.

No dia 10/12/1947, o Dr. Mickelberg, auxiliado pelo Ddo. Cechella, executou a ligadura das perfurantes pré-determinadas. Retirada dos pontos no 7.º dia de post-operatório. Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 49

9 J. L. C., com 18 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, solteiro, agricultor, residente em Tôres, N/E. Baixou à 30.ª Enfermaria em 28/2/1948.

Há dez meses, notou o aparecimento de pequenas vesículas no têrço inferior da perna E, das quais ora se escoava um líquido aquoso ora pus e às vêzes sangue, causando-lhe muita dor. Dessas surgiu a primeira ferida na face posterior da perna, a qual cicatrizou há dois meses. A esta, seguiram-se outras de menor tamanho.

Ao caminhar, nota o paciente que as veias dos membros inferiores tornam-se salientes. Tem sensação de pêso e câimbras nas pernas.

Normolíneo. 1 m. 75. 70 quilos.

Varizes cilindróides no território da safena interna em ambas as pernas, subindo à E, até o têrço médio da coxa. No têrço inferior da perna E, na face posterior, cicatriz de úlcera.

Prova de Trendelenburg: positiva inversa à D e à E (16 segundos à D e 10 à E).

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: negativo à D e à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo mediato à D e à E (14 segundos à D e 10 à E).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhoria grau IV à D e grau III à E; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhoria grau III à E; no 1/3 médio, melhoria grau III à E; no 1/3 inferior, melhoria grau IV.

Prova de Harkins: prejudicada à D e nada determinou à E.

Teste de Pratt: na perna D, uma perfurante insuficiente no têrço superior, face interna; no membro inferior E, uma perfurante insuficiente no 1/3 inferior da coxa, face interna e outras duas na face interna da perna, no têrço médio.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 16/3/1948, foi executada a ligadura das perfurantes pré-determinadas, operando o Dr. Ary Juchem auxiliados pelo Ddo. Cody.

Retirada dos pontos 7 dias após. Cicatrização per primam.
Prova de contrôle: eficiente.

OBSERVAÇÃO N.º 50

A. B., com 49 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, viúva, de profissão lavadeira, residente N/C. Examinada no dia 10/3/1948.

Há 7 anos, logo após seu sétimo parto, o membro inferior E inchou enormemente, ficou de côr avermelhada e muito doloroso. A febre, elevada, durou cêrca de um mês. À medida que sua extremidade desinchava, surgiam, na face interna da coxa e da perna, veias varicosas. Estas, com o tempo, foram aumentando em número e volume, trazendo-lhe transtornos bastante acentuados na posição ortostática, tais como dor ao longo das veias varicosas, formigamentos e sensação de pêsso na perna. Surto frequentes de erisipela, ao menor traumatismo do membro inferior doente.

Há 4 meses, submeteu-se a tratamento esclerosante de suas varizes, tendo notado que estas aumentaram muito em número, espalhando-se pela face posterior da perna e dorso do pé.

Longilínea. 1 m. 62 de altura. 53 quilos.

Volumosas varizes serpentiformes e saculares do membro inferior E, no território da safena interna e colaterais, desde a raiz da coxa até o maléolo interno, estendendo-se para o dorso do pé. Na perna, desenvolveram-se para a face posterior e externa. As veias apresentam-se em alguns segmentos de paredes rígidas, enquanto em outros estão extremamente delgadas.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla.

Prova de Adams: negativa.

Sinal de A. Correia Neto: negativo.

Teste de Perthes: positivo.

Prova da compressão por atadura elástica: positiva no 3.º minuto de deambulação.

Trombose das veias profundas. Varizes compensadoras.

OBSERVAÇÃO N.º 51

J. L., com 22 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, solteiro, estudante, residente N/C. Examinado no dia 9/3/1948.

É portador de varizes desde a idade de dez anos. Inicialmente desenvolvidas nas pernas, atualmente se encontram também nas faces internas das coxas.

Tem dor acentuada ao longo das veias varicosas, sensação de pêsso e câimbras nas panturrilhas, que só se atenuam pela elevação dos membros inferiores.

Seu avô materno, sua mãe e uma irmã também foram atingidos por afecção idêntica.

Normolíneo. 1 m. 70 de altura. 70 quilos.

Varizes cilindróides e serpentiformes ao longo do território das safenas internas e colaterais, desde a raiz da coxa até o maléolo interno, mais numerosas nos dois terços superiores das pernas.

Prova de Trendelenburg: positiva dupla à D e à E.

Prova de Adams: negativa à D e à E.

Sinal de A. Correia Neto: positivo à D e negativo à E.

Sinal de Sicard: negativo à D e à E.

Teste de Perthes: positivo mediato à D e à E (10 segundos à D e 14 à E).

Prova da compressão por atadura elástica: negativa à D e à E.

Prova de Mahorner-Ochsner: sem garrote, melhora nula à D e melhora grau III à E; com garrote no 1/3 superior da coxa, melhora grau III à D e à E; no 1/3 médio, melhora grau III à D e à E; no 1/3 inferior, melhora grau III à D e à E; no 1/3 superior da perna, melhora grau IV à D e à E.

Prova de Harkins: nada determinou.

Teste de Pratt: na perna D, duas perfurantes insuficientes na face interna, uma no terço superior e outra no terço médio; na perna E, duas perfurantes insuficientes na face interna, terço superior.

Manobra de localização: determinou um ponto para cada uma das perfurantes acima mencionadas.

Varizes essenciais.

No dia 10/3/1948, foi executada a safenectomia alta nos dois membros inferiores e ligadas as perfurantes insuficientes pré-determinadas. Operou o Prof. Eliseu Paglioli, auxiliado por nós. Retirada dos pontos 7 dias após.

Cicatrização por primeira intenção.

Prova de contrôle: eficiente.

*A obra
muito útil
me ajudou*

Conte

Faite de la prade denture
des depens tes, ephants
sa en pichide en dune
une plus

Transdune %

Reulle %

etc



CAPÍTULO VIII

CONCLUSÕES

O estudo dos casos clínicos que tivemos ocasião de observar nos permite as seguintes conclusões:

I

A prova de Trendelenburg permitiu avaliar o estado da válvula ostial da veia safena interna e as das perforantes situadas ao longo do membro inferior, sem, no entanto, quando insuficientes, precisar-lhes o número e a localização.

Esta prova, quando positiva direta, mostrou-se mais sensível do que a prova de Adams, o sinal de Alípio Correia Neto e o sinal de Sicard, empregados com idêntica finalidade.

Quando positiva inversa, o tempo gasto pelo refluxo sanguíneo para inturgescer ao máximo as varizes foi sempre inferior a 15 segundos.

II

O teste de Schwartz não tem valor para a avaliação do estado funcional das válvulas nas veias superficiais.

III

O teste de Perthes permitiu, em certos casos, evidenciar a insuficiência valvular das veias perforantes, situadas abaixo do garrote, sem especificar número nem localização.

A pesquisa da positividade mediata, nesta prova, permite esclarecer se há suficiência valvular das veias perforantes ou se houve somente capacidade bastante às contrações musculares para esvaziarem as veias superficiais, apesar de existir refluxo sanguíneo através das veias perforantes que se encontram abaixo do garrote.

Não foi um método seguro para determinar a existência de uma obstrução venosa profunda em todos os casos observados.

Nos casos em que o teste de Perthes foi positivo mediato, a turgescência venosa máxima sempre se operou em menos de 15 segundos.

IV

A prova da compressão por atadura elástica permitiu avaliar a permeabilidade das veias sub-aponevróticas.

R. S. Carr

Quando esta prova foi positiva, evidenciou-se em menos de 5 minutos. Por isto, julgamos que o tempo de observação de 10 minutos é suficiente, já incuídos, neste último, alguns minutos, como margem de segurança.

V

A prova de Mahorner-Ochsner foi de execução trabalhosa; não localizou exatamente os pontos de refluxo sanguíneo, delimitando-os em segmentos de membro grandes demais para ter valia prática.

Tem a viciar-lhe a interpretação os efeitos das contrações musculares sôbre o sangue das veias superficiais, deixando de evidenciar, por isto, um número apreciável de perfurantes insuficientes.

VI

A prova de Harkins foi de execução trabalhosa, apresentando um baixo índice de eficiência.

VII

O teste de Pratt, modificado por Puech Leão, localizou, num segmento de cêrca de 6 centímetros do membro inferior, a emergência na aponevrose superficial de cada uma das veias perfurantes que permitiam refluxo sanguíneo. Especificou também qual a veia superficial em que desembocava a perfurante insuficiente.

VIII

A manobra de localização, por nós proposta e usada como complemento ao teste de Pratt, foi um meio eficiente na determinação do ponto de emergência, na aponevrose superficial do membro inferior, das veias perfurantes insuficientes, responsáveis pelo refluxo sanguíneo para o sistema venoso superficial.

IX

A prova de contrôle da eficiência das provas clínicas mostrou-se sensível para patentear o refluxo sanguíneo, sendo indicada como meio de avaliação terapêutica.

X

O exame clínico acurado, a prova de Trendelenburg, a prova da compressão por atadura elástica, o teste de Pratt e a manobra de localização permitem classificar exatamente o síndrome varicoso, dando ensejo a uma terapêutica bem orientada.

ÍNDICE

| | Página |
|--|--------|
| Preâmbulo | 3 |
| <i>Capítulo I</i> — Dados de Anatomia e Histologia das Veias do Membro Inferior | 5 |
| Bibliografia | 19 |
| <i>Capítulo II</i> — Hemodinâmica de Retorno do Membro Inferior | 21 |
| Bibliografia | 28 |
| <i>Capítulo III</i> — Etiopatogenia | 29 |
| Bibliografia | 46 |
| <i>Capítulo IV</i> — Dados de Anatomia Patológica | 49 |
| Bibliografia | 50 |
| <i>Capítulo V</i> — Exame do Doente | 51 |
| Bibliografia | 68 |
| <i>Capítulo VI</i> — Orientação, Conduta e Contrôlo Terapêu- tico nos Doentes Estudados | 71 |
| <i>Capítulo VII</i> — Observações | 75 |
| <i>Capítulo VIII</i> — Conclusões | 127 |