Dr. ISRAEL BAPTISTA

# Contribuição ao tratamento das varizes superficiaes

## e ulceras varicosas

# do membro inferior pela operação de Madelung.

THESE INAUGURAL

APPROVADA PLENAMENTE

1909

Faculdade Livre de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

# THESE

apresentada á

Faculdade Livre de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

em 13 de Outubro de 1909

e defendida em 7 de Dezembro do mesmo anno

pelo

**Dr. Israel Baptista Soares da Silveira e Souza**

natural do Estado do Rio Grande do Sul (Porto Alegre)

**Filho legitimo do Commendador José Baptista Soares da Silveira e Souza e de D. Cecilia Barcellos Baptista.**

APPROVADA PLENAMENTE

## DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

**Contribuição ao tratamento das varizes superficiaes e ulceras varicosas do membro inferior pela operação de Madelung.**

## PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas.

**1909**

TYPOGRAPHIA DA LIVRARIA UNIVERSAL DE CARLOS ECHENIQUE

PORTO ALEGRE

# Faculdade Livre de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

## Anno de 1909

*Director* — Professor Serapião Henrique Mariante
*Vice-Director* — Professor Eduardo Sarmento Leite da Fonseca
*Secretario* — Professor Francisco de Carvalho Freitas.

| CADEIRAS | LENTES |
|---|---|
| Historia Natural medica | Thomaz S. Barata |
| Chimica medica | Christiano Felippe Fischer |
| Anatomia descriptiva | Eduardo S. L. da Fonseca |
| Histologia | João B. Marques Pereira |
| Physiologia | Fabio do Nascimento Barros |
| Materia medica, pharmacologia e arte de formular | Francisco de C. Freitas |
| Bacteriologia | Manoel Gonçalves Carneiro |
| Anatomia e physiologia pathologicas | Raymundo G. Vianna |
| Pathologia medica | Rodolpho Machado Masson |
| Pathologia cirurgica | Diogo Martins Ferrás |
| Operações e apparelhos | Frederico Guilherme Falk |
| Anatomia medico-cirurgica | Arthur Franco de Souza |
| Therapeutica | João Dias Campos |
| Obstetricia | Francisco F. de Figueiredo |
| Hygiene | Manoel Velho Py |
| Medicina legal e toxicologia | Heitor Annes Dias |
| Pathologia, therapeutica e hygiene dentaria | Henrique Riedel |
| Prothese dentaria | Fructuoso F. Trindade |
| **Clinicas** | |
| Propedeudica | Aurelio Lima Py |
| Dermatologica e syphiligraphica | Ulysses P. de Nonohay |
| Cirurgica (2ª cadeira) | Carlos Wallau |
| Ophtalmologica | Victor de Britto |
| Cirurgica (1ª cadeira) | João Adolpho Josetti |
| Medica (2ª cadeira) | Octavio Lisbôa de Souza |
| Pediatrica | Olympio Olinto de Oliveira |
| Medica (1ª cadeira) | Luiz Nicolau Masson |
| Obstetrica e gynecologica | Serapião Henrique Mariante |
| Psychiatrica e molestias nervosas | José Carlos Ferreira |
| Odontologica | José Paranhos |
| **Substitutos** | |
| 1ª secção | Moysés Alves de Menezes |
| 3ª „ | Mario de C. P. Bittencourt |
| 8ª „ | Mario Ribeiro Totta |
| 13ª „ | Elias Cirne Lima |

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

Á memoria de meu tio-avô Commendador

João Baptista Soares da Silveira e Souza.

Homenagem de Gratidão.

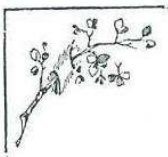
---

Á memoria de meus avós

---

Á memoria de minhas irmãs: Maria Domingas, Maria Cecilia, Maria Amalia, Maria do Carmo, Amalia e de meu cunhado Dario Canabarro.

Saudosas Recordações



Aos meus amigos.

Aos collegas de turma

Um saudoso abraço.

# INTRODUCÇÃO

E' mister, a quem quer fazer jús ao gráo de doutor em sciencias medico-cirurgicas, duas **cousas**; primeiramente um tirocinio academico de seis annos; depois a confecção de um trabalho ou «these inaugural». Esta é o complemento d'aquella, o «sine qua non» do titulo que aspiramos.

O desempenho d'esta obrigação é para nós um tanto arduo; porém, com o auxilio de Deus e um pouco de bôa vontade, pensamos leval-o ao cabo.

Escolhemos, d'entre os multiplos assumptos peculiares á carreira que abraçamos, este, que é o titulo do nosso trabalho, já pelo gosto que temos pela cirurgia, já por nos ser um assumpto assás familiar e de grande importancia em clinica cirurgica.

Uma vez assentada a escolha do assumpto, «Contribuição ao tratamento das varizes superficiaes e ulceras varicosas do membro inferior pela operação de Madelung», dividiremos nosso trabalho nos seis capitulos seguintes:

O primeiro intitulado «Considerações geraes», constará de referencias ás varias especies de varizes e ulceras.

O segundo denominar-se-ha «Etiologia e Pathologia» ;

O terceiro versará sobre a Anatomia das saphenas.

O quarto denominar-se-ha «Operação de Madelung»;

O quinto intitulado «Observações» no qual exporemos as que nos foram fornecidas pelos distinctos professores Sarmento Leite, Carlos Wallau, Serapião Mariante e Luiz Masson aos quaes agradecemos reconhecidos.

O sexto, emfim, comprehenderá as «Conclusões».

Como ficou bem claro acima, não temos a pretenção de apresentar uma thése original o que seria superior ás nossas forças além de que o assumpto a isto não se presta e terminando diremos que «não é instrucção que promettemos e sim luzes que pedimos aos mestres.»

# CAPITULO I

## Considerações geraes

O estudo das varizes data da mais remota antiguidade, e tratadistas d'esses tempos, já se occupavam de tal assumpto.

Tem servido, modernamente, de base aos estudos sobre varizes, a dissertação inaugural de Briquet, algumas memorias de Verneuil e as pesquizas histologicas de Cornil do anno de 1872.

Os autores modernos divergem ainda sobre a definição de varizes: para uns, é uma inflammação chronica das veias, caracterisada pela dilatação permanente de suas paredes; para outros, é a dilatação permanente e morbida das veias.

Seria longo enumerar todas as definições, pelo que destacaremos a do tratado de cirurgia «Le Dentu et Delbet» por parecer-nos mais completa, resumindo as outras já existentes e assim concebida: «Les varices sont constituées par une dilatation des veines (phlébectasie), permanente et s'accompagnant d'une altération pathologique des parois du vaisseau sanguin.»

Paul Lounay, a quem pertence tal definição, exclue d'entre as varizes aquellas devidas a uma compressão passageira e muito pouco prolongada, e com elle quasi todos os autores. Entre estas podemos clas-

sificar as que apresentão certas parturientes, devidas a apresentações defeituosas, em que o feto exerce uma compressão sobre os troncos venosos principaes, do membro inferior; as produzidas por certos tumores, agindo semelhantemente, e cujo desapparecimento depende de uma intervenção que affaste a causa: — *sublata causa tollitur effectus.*

As varizes attingem todas as regiões, porém esta regra é mais particularmente applicavel a certos territorios venosos.

Ellas são sob o ponto de vista de séde, superficiaes e profundas.

As regiões mais declives são as que soffrem mais frequentemente, de tal affecção, no corpo humano.

O cordão espermatico no homem e o ligamento largo na mulher, apresentão varizes em não pequeno numero de casos, constituindo a varicocele escrotal e pelvia; bem assim o esophago, aliás raramente, e a região ano-rectal, onde são denominadas hemorrhoides.

A palavra variz, tomada isoladamente, dá-nos a ideia de que se trata das veias do membro inferior.

As variedades de varizes acima descriptas, não entram no dominio do nosso trabalho, no qual somente nos occuparemos das dos membros inferiores.

---

Vamos agora dizer algo sobre ulceras e antes de tudo, vejamos o que quer dizer **ulcera**.

Sabemos que nas feridas, ao nivel da superficie cruenta se passa uma serie de phenomenos histologicos tendentes ao restabelecimento da solução de continuidade dos tecidos, ou por outra, á reproducção mais ou menos perfeita, da sua integridade plastica.

Vemos assim se desenvolver o cortejo no qual figurão a proliferação cellular, a neoformação vascular terminando pela formação de botões carnudos que

nivelão a perda de substancia e permittem a epiderme visinha de recobrir sua superficie (Delbet et Schwartz).

A ausencia d'estes phenomenos dá lugar ao nascimento da ulcera, que, ou ficará estacionaria, ou augmentará em dimensões, e n'este ultimo caso intervem um novo processo que Cornil e Ranvier denominão *necrose molecular progressiva* (ulceração).

Os dois processos, separador e destruidor, não são incompativeis em uma ulcera, e, o equilibrio de ambos ou predominancia de um, determina o estacionamento da ulcera (atonica) ou a evolução ou involução da mesma.

Podia-se definir a ulcera conforme a intervenção dos processos, attendendo ao que dissemos acima; porém é uso entre os autores definil-a, mais ou menos, pelas mesmas palavras ou melhor, do mesmo modo, o que aliás é de muito bôa pratica. Assim temos as seguintes definições:

Designa-se sob o nome de *ulcera* uma ferida que não tem tendencia alguma á cicatrisação. (Delbet et Schwartz).

Chama-se *ulcera* uma perda de substancia que, em lugar de evoluir para a cicatrisação normal tende a persistir ou augmentar (Forgue).

Dá se o nome de *ulcera* a uma perda de substancia dos tegumentos com superficie fungosa ou suppurante e sem tendencia á cicatrização; (Reclus.) etc. etc.

Limitamo-nos somente a estas, dando preferencia a ultima por nos parecer mais complexa.

O conhecimento das ulceras data de epocas remotas; não obstante, o seu estudo scientifico começa seriamente com os trabalhos de Hunter, Cooper, Benjamin Bell e finalmente Baynton. Estes fizeram suas investigações tão somente sob o ponto de vista clinico, e mais tarde em França, Terrier e seus discipulos Schieider e Gilson, Quénu, Lancereaux e A. Broca emprehenderam pesquizas mais precisas interessando mais particularmente á sua pathogenia.

As ulceras são muito numerosas e variaveis. Benjamin Bell e outros autores dividem n'as em locaes e diathesicas; estas estão subordinadas á uma molestia geral ou á uma diathese, e, entre outras, contão-se a tuberculose, a syphilis, o cancer, a diabete, etc.

As ulceras locaes subdividem-se em: symptomaticas e simples ou idiopaticas.

As primeiras acham-se subordinadas á uma causa local qualquer, sufficiente para impedir a cicatrisação da ferida, e a ulcera não é mais que um epiphenomeno (Delbet et Schwartz) desapparecendo com a dita causa.

As segundas ou idiopaticas, não têm razão de ser, visto que, hoje, não se considera a ulcera senão dependente de uma causa geral ou de uma causa local, e a proposito, diz Terrier, que as ulceras simples não são mais que de causas incognitas.

A producção de uma ulcera estando, como vimos acima, ligada á ausencia de phenomenos vitaes reparadores ou á intervenção de um novo processo, aliás destruidor, graças ao qual ella tende a augmentar, e, estando ainda estes phenomenos de reparação intimamente ligados á propria vida cellular, acham-se com ella sujeitos a influencia da circulação e da innervação da região correspondente.

Delbet et Schwartz dizem que, em vista d'isto é preciso eliminar-se d'esta questão as ulceras que não são mais que a expressão da actividade especial de um microbio especifico, em uma palavra, é precizo affastar o que se chama ulceras especificas, determinadas pela tuberculose e syphilis; é necessario ainda, deixar de lado a ulcera neoplasica e a phagedenica dos paizes quentes.

Restou-nos apenas, em face desta exclusão, as ulceras locaes, as verdadeiramente ligadas ás perturbações venosas ou nervosas, entre as quaes ha dois grupos: o das ulceras directas e o das indirectas.

As primeiras são determinadas por traumatismo passageiro ou permanente; as segundas dependem de uma perturbação da circulação ou da innervação.

Estas são as verdadeiras ulceras varicosas, cuja pathogenia e etiologia estudaremos no capitulo seguinte, passando em revista o papel que sobre ellas exercem o sexo, a idade, a profissão, as arterias, as veias, os nervos, o proprio sangue, etc. etc.

# CAPITULO II

## Etiologia e pathogenia

Vamos tratar, primeiro das varizes e em seguida das ulceras varicosas.

### I VARIZES

*a)* Etiologia. — W. H. Bennet em um trabalho publicado na revista The Lancet, em um numero de 1898 e transcripto na Semaine médicale de 10 de Maio de 1899, apresenta uma divisão etiologica relativamente ás varizes.

E' assim que elle cita as varizes **congenitas**, raras, cuja predominancia no membro superior é tambem unilateral. A sua existencia é referida por Fournol (*These de Paris de 1879*) por Petit (*Union médicale de 1880*), e, finalmente por Voituriez, Bousquet e outros.

Ha ainda, como fazendo parte da etiologia, nas varizes, o obstaculo a circulação sanguinea a producção de um esforço, violento e brusco ou suave e repetido, a phlebite e a trombose.

Papel etiologico, aliás importante, é desempenhado pela idade, sexo, estado puerperal, profissão, etc.

Os autores, relativamente ao sexo e á idade, dizem que o homem é mais sujeito do que a mulher, provavelmente pelas varias profissões que desempenha,

geralmente mais grosseiras; e que a idade mais frequente do apparecimento das varizes, é antes dos trinta annos, resaltando o seu desenvolvimento, aos olhos do observador, entre os trinta e os quarenta annos.

As profissões que obrigão á posição vertical prolongada são as que mais concorrem para a producção das varizes.

*b*) Pathogenia — Paul Launay, collocando em segundo logar as alterações pathologicas das paredes venosas, na pathogenia das varizes, diz que parece justo voltar-se á *theoria mechanica*, porém interpretando os factos differentemente de Ambroise Paré e outros, que explicaram as dilatações venosas por qualquer obstaculo puramente mechanico que comprimisse estes vasos. Elle cita, a este respeito, duas theorias: uma anatomo pathologica e outra mechanica.

Theoria anatomo — pathologica. — Launay dá como fazendo parte d'esta theoria, uma inflammação chronica das paredes venosas, a *phebosclerose* posta anteriormente em evidencia por Briquet e Cornil, e cuja existencia está sob a dependencia d'uma distrophia geral, o *arthritismo*, que póde tambem manifestar as mesmas lesões nas arterias, e *arteriosclerose*, que fica assim collocada ao lado da *phebosclerose*.

Elle diz, continuando: «E' precizo observar com Quenu, que as varizes se desenvolvem, sobretudo, na idade adulta, nas mulheres jovens, nos individuos que não têm sclerose visceral, nem arterias duras; que, além d'isso, a phebosclerose das varizes é absolutamente limitada aos membros inferiores, pelo menos, na grande maioria dos casos, ao passo que a arteriosclerose é estendida a todo o organismo.

Esta generalisação é pois, pouco justificada, e a causa commum, arthritismo, póde bem ser uma disposição favoravel, um terreno propicio ao desenvolvimento d'uma molestia local.»

O systema nervoso tambem é citado como influenciando na producção das alterações venosas, e, principalmente, com o fim de explicar o desenvolvimento das varizes no inicio da gravidez.

P. Dubois, Barnes, Lancereaux, Leonardi (These de Paris, 1888) invocam uma acção trophica de origem reflexa; Rienze julga que uma paralysia dos vasoconstrictores provoca uma hyperemia das paredes vasculares, seguida immediatamente de phlebite chronica.

Theoria mechanica. — As perturbações da circulação quer por uma disposição anatomica, quer por um acto physiologico, têm sido invocadas para explicar a origem das varizes em certas veias. Citaremos, nessas condições, a frequencia da varicocele á esquerda, attibuida ao comprimento do cordão spermatico mais longo que á direita; a compressão do mesmo cordão pelo S iliaco; e ao modo pelo qual as veias espermaticas desemboccam na renal. Uma das causas citadas na producção das hemorrhoides, é o recalcamento do sangue por esforços repetidos, nas evacuações difficeis.

Os actos mechanicos na pathogenia das varizes do membro inferior, são representados pelo obstaculo á circulação de retorno exercido pelo anel do solhar e o aponevrotico da crossa da saphena interna (Herapath), pelo uso das ligas.

A acção da gravidade tambem exerce uma influencia notavel sobre a mesma circulação.

---

Sabe-se, pelas descobertas de Fabricio d'Aguapendente, em 1603, que muitas veias possuem valvulas, e algumas as têm em grande numero.

O seu descobridor não lhes conhecia a funcção; porém um dos seus discipulos, Harvey, em 1619, depois de estudos feitos n'este sentido, veio a verificar que a sua utilidade era favorecer a circulação de retorno, oppondo-se á volta do sangue. Esta importante descoberta de Harvey resumia-se na seguinte formula:

«As valvulas se oppõem ao refluxo do sangue, este não póde oscilar; move-se em uma direcção constante; elle faz a volta completa do apparelho circulatorio; em uma palavra: elle circula.

Harvey deu á publicidade a sua conquista scientifica que mais tarde havia de tomar grande destaque na pathogenia das varizes e ulceras varicosas, em 1628, soffrendo então tremenda guerra que durou cerca de quinze annos.

Esta funcção valvular no membro inferior é auxiliada pela contracção muscular que, favorece a expulsão do sangue dos territorios venosos que rodeiam os musculos, para a veia femural. A irregularidade ou ausencia d'essas contracções, uma vez que as valvulas não actuem bem, concorre para o máo funccionamento dos vasos venosos.

Pierre Delbet, relativamente ao papel primordial das valvulas venosas que fornece uma outra interpretação á theoria mechanica, cita em seu compendio »Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu», a theoria da insufficiencia valvular. Esta insufficiencia já tinha sido verificada e referida por Trendelenburg, em 1890, depois da experiencia que citaremos brevemente.

Launay, attendendo a insufficiencia valvular da saphena interna, diz que as varizes podem ser classificadas em dois grupos principaes; as varizes *typicas* que occupam o territorio d'essa veia, e ás quaes segundo a sua opinião, somente deve-se applicar a pathogenia resultante d'essa insufficiencia; e as varizes *atypicas* que assestão na veia saphena externa e seus ramos, nas ischiaticas e obturadoras, e cujas existencias estão sob a dependencia de causas directas e conhecidas, como já vimos: compressão, prenhez, phlebite, etc.

Ha casos em que as varizes da saphena interna invadem outro territorio venoso, o que se dá graças ás collateraes e ás anastomoses (Launay.)

A insufficiencia das valvulas de uma veia saphena de volume, espessura e apparencia normaes, pode preexistir, como é facil de demonstrar quando a veia já está muito dilatada.

Klotz diz que o numero de valvulas capazes de funccionar, diminue a partir dos vinte e cinco annos.

Poirier diz a este respeito, que em dez recemnascidos examinados pelo preparador de anatomia, Lestrade, a saphena interna apresentava do maleolo interno ao trigono crural 6 a 9 valvulas sufficientes e 3 a 4 insufficientes e mais ou menos atrophiadas; e que o terço das valvulas já não funccionava ao nascer.

Além d'estes casos cita-nos outro, examinado por elle, de uma criança de dois annos, na saphena da qual encontrou de um lado, duas valvulas sufficientes e cinco atrophiadas, e do outro sete sufficientes e uma lesada, e conclue dizendo que estas cifras mostrão-nos não só a precocidade da atrophia valvular, como tambem a sua variabilidade de individuo a individuo e de membro a membro.

E' ainda elle que nos diz que de qualquer modo é evidente o papel da regressão valvular na producção das varizes. Ells cita a respeito o cadaver de um individuo de 44 annos, muito varicoso, no qual a saphena interna possuia sómente a valvula terminal e uma outra acima do maleolo interno.

Trendelenburg e Pierre Delbet, como já dissemos antes, demonstraram em varicosos a existencia da *insufficiencia valvular* na saphena interna.

O segundo com o fim de provar a acção da gravidade sobre o sangue, e portanto, esta insufficiencia, repetio, em presença de seus discipulos, as experiencias do primeiro que são as seguintes: I.ª — Poz o doente em decubito dorsal e mostrou a apparencia de vacuidade da veia; elevando-lhe a perna, com o corpo n'essa posição, o vaso esgottou-se completamente. Trouce em

seguida esse membro ao plano anterior, e, fazendo o doente sentar-se, a veia encheu-se novamente, e o seu volume mais avultou com a posição totalmente vertical do paciente.

II.ª — O individuo estando deitado e a saphena vasia, o professor Delbet comprimiu a com o polex ao nivel de sua emboccadura na femural, e, mantendo a compressão, fel-o levantar-se ; emquanto esta durou, a veia mantinha-se em estado de vacuidade, porém, com a retirada do dêdo, que a comprimia, o vaso encheu-se bruscamente. Esta experiencia constituio uma prova notavelmente evidente de que a saphena funccionava em sentido inverso: isto é, de cima para baixo. Delbet affirma que poude ver de algum modo por essa occasião, o sangue cahir da femural para e saphena interna enchendo-a.

Delbet poude ainda mostrar, pelo methodo de Schwartz, que percurtindo esse vaso a onda transmittia-se em ambos os sentidos.

A outra experiencia que vamos citar é do proprio Delbet e constou do seguinte: feita a anesthesia cocainica em um varicoso, elle descobrio a saphena interna, seccionou-a e introduzio-lhe uma canula communicando com um manometro de mercurio. A pressão que devia ser negativa no termo central, foi positiva (16 millimetros de mercurio), e, mediante um esforço do paciente, ella elevou-se a 16 centimetros, e foi até 26 centimetros com outro esforço mais violento.

Estas experiencias vieram demonstrar que as valvulas da saphena normal são sufficientes e poderosas em sua emboccadura; em todos os varicosos com varizes typicas as valvulas são forçadas e a veia é insufficiente.

Esta insufficiencia valvular preexiste pois, nas varizes, sendo antes a causa do que o seu effeito.

---

Ha duas idades conforme Pierre Delbet, para o inicio das varizes: geralmente antes dos trinta annos

e póde-se incriminal-as á uma fraqueza congenita das valvulas venosas, que começam a ser forçadas desde que o individuo se inicia na luta pela existencia; e depois dos trinta annos, em que é difficil explicar a insufficiencia valvular.

A pressão intra venosa que augmenta extraordinariamente, devido a insufficiencia valvular, actúa sobre os *vasa-vasorum* pelo obstaculo á circulação de retorno, provocando então uma modificação de estructura da parede do vaso, que termina pela *phebosclerose.*

II ULCERAS

*a*) Etiologia — Os professores Delbet e Schwartz dividem as condições etiologicas em duas cathegorias: as causas chamadas geraes, taes como: idade, sexo, profissão e terreno; e as chamadas locaes.

Iº Causas predisponentes geraes. — Temos em primeiro lugar o sexo, predominando o masculino cujos deveres sociaes lhe impoem maior actividade, donde as occupações mais extenuantes. É, certamente, por este motivo que ha concordancia nas estatisticas a elle referentes. Uma d'ellas é apresentada por Ph. Boyer na qual se verefica que, entre 243 casos de ulceras, 187 pertenciam ao sexo masculino; Parent-Duchãtelet diz mais ou menos a mesma cousa em seu tractado de hygiene publica.

A idade occupa um lugar importante na etiologia das ulceras varicosas; e Schreider, em um seu trabalho, refere-se a casos observados na Pitié de 1878 a 1882, nos quaes predomina a idade comprehendida entre os quarenta e cincoenta annos.

Quanto á influencia das profissões sobre a producção das ulceras varicosas observa-se aquillo que foi referido em relação ás varizes.

II — Causas predisponentes locaes: As ulceras simples, varicosas, assestam de preferencia no membro inferior, na face interna da perna. Explica-se isto pela

difficuldade na circulação venosa de retorno, já pela acção da gravidade já pela pouca influencia que sobre a corrente sanguinea exercem as aspirações thoracicas, tudo isso auxiliado ou determinado pela insufficiencia valvular venosa. Gerdy invoca a estatura elevada de certos varicosos, onde o sangue tem maior distancia a vencer.

O lado esquerdo é geralmente o mais attingido pelas ulceras. Boyer em uma estatistica de 227 casos verificou 193 á esquerda; Parent-Duchâtelet observou em 510, 270 á esquerda. As causas determinantes d'essa localisação esquerda das ulceras são interpretadas de varios modos: Pouteau attribue-a á compressão dos troncos venosos principaes d'esse lado, pelo S. iliaco; Richerand liga esta localisação á uma fraqueza congenita de todo o lado esquerdo; Boyer, em fim, acha que a posição do individuo collocando geralmente a perna esquerda para a frente, emquanto o corpo repousa na direita, expõe mais aquella aos traumatismos.

A razão, a nosso ver, acha-se com os dois primeiros.

*b*) Pathogenia — Ella, por emquanto reduz-se á influencia das lesões dos nervos, arterias, veias e bem assim á influencia do sangue alterado, digo melhor, empobrecido pela falta de oxigenação.

As lesões dos nervos têm sido collocadas na pathogenia das ulceras varicosas, podemos dizer, de um modo preponderante.

O professor Terrier emittio esta theoria, sendo suas ideias defendidas em these, por seu discipulo Séjournet. Delbet não discorda que haja lesões trophicas em muitos casos de ulceras varicosas, porém diz que a sensibilidade thermica é a unica mais ou menos abolida n'essas condições. Elle tem observado casos em que esta falta de sensibilidade não existe; sendo sua opinião que os nervos não tem papel preponderante nesta pathogenia.

Forgue diz depois de algumas observações: «Finalmente são venulas varicosas do tronco nervoso que

propagam e dirigem este trabalho de inflammação fibrosa: a *periphlebite* acarreta a *perinevrite.*

Pensamos tambem que as lesões dos nervos existam por contacto: isto é, transmittidas pelas veias.

A lesão arterial incriminada na pathogenia da ulcera varicosa é o atheroma. Os autores divergem a este respeito: Schreider e Gilson dão-lhe uma grande importancia emquanto o professor Delbet acha que elle goza apenas de um papel secundario, podendo mesmo deixar de existir.

Em apoio á sua opinião elle invoca as observações que tem colhido, e mostra que a par de grande numero de varicosos sem atheroma, existem atheromatosos sem varizes, e que, emquanto aquelles apresentam ulceras, estes que as vezes soffrem profundamente das arterias não apresentam ulceras, não sendo portanto a ulcera uma funcção do atheroma.

Os autores estão de accordo sobre o papel das veias na pathogenia das ulceras varicosas. Forgue diz referindo-se ás alterações vasculares: «as do systema venoso têm uma influencia innegavel, reconhecida ha muito tempo e consagrada pela expressão de *ulcera varicosa.*

A insufficiencia valvular da saphena interna, para Delbet, deve desempenhar um papel de primeira ordem na producção das ulceras varicosas. Elle diz, a proposito, que, após ter chegado á esta convicção, examinou muitos doentes portadores de ulceras, jamais tendo ideia de haver encontrado a saphena intacta.

A insufficiencia valvular da saphena interna age de dois modos, segundo elle, na pathogenia das ulceras varicosas.

Iº O excesso de pressão que se produz no vaso pela posição vertical, ou esforço do doente, se transmitte aos capillares pelas venulas. Esta pressão, a cada momento, torna-se egual ou superior, na veia, á que existe nos ramusculos arteriaes. É devido a isto que

a circulação capillar nos dominios tributarios da saphena interna, isto é, na pelle e no tecido cellular da face interna da perna, não se póde mais fazer, e a nutrição d'estes tecidos é, portanto, perturbada profundamente.

II O sangue que reflue para a saphena, a cada esforço, em vez de seguir uma direcção centripeta toma um rumo centrifugo como o demonstrou Trendelenburg. A sua marcha é pois, de cima para baixo: da virilha para o pé. É em seu trajecto invertido que elle, em chegando á perna, encontra as anastomoses entre o systema venoso superficial e o profundo. As valvulas em geral, n'estas anastomoses, são, como o demonstrou o professor Dentu, dispostas de tal forma que permittem a passagem do sangue das veias superficiaes para as profundas.

O sangue possuindo uma grande tensão na saphena e seus ramos, vai, então, lançar-se nas veias tibiaes e peroneiras, e d'ahi é reconduzido á veia femural; porém, ao nivel da emboccadura da saphena interna, uma parte reflue para esta e percorre o mesmo circuito. Dá-se uma especie de circulo venoso, no qual o sangue, impossibilitado de soffrer a hematose, perde cada vez mais as suas propriedades vivificadoras: d'ahi resulta uma nova causa de perturbação nutritiva.

# CAPITULO III

## Anatomia das veias saphenas sob o ponto de vista descriptivo e medico cirurgico.

As veias da perna importantes sobretudo, pelo desenvolvimento de varizes, dividem-se em superficiaes e profundas. Estas, devido ao fim do nosso trabalho, não nos interessam, e por isso é que vamos tratar tão sómente das superficiaes principaes: veia saphena interna e saphena externa.

Verneuil opinava que as varizes profundas precediam sempre as superficiaes, e que estas não podiam existir sem aquellas. Concluia em vista do exposto que qualquer tratamento cirurgico sobre as varizes superficiaes, jamais produziria o effeito desejado. Este modo de ver do illustre cirurgião francez, foi contrariado por estudos posteriores; e hoje sabe-se que tanto as veias profundas como as superficiaes pódem ser atacadas de varizes, independentemente, sendo a saphena interna a que com mais frequencia apresenta lesões varicosas.

A saphena externa tambem está sujeita ás varizes, porém com menos frequencia do que a interna.

Uma das causas a que se attribuem estas lesões, é a constricção que soffre aquella quando passa pelo desdobramento da aponevrose tibial, ao nivel do concavo popliteo.

Vamos encetar o nosso estudo anatonico das saphenas pelo da interna.

## Veia saphena interna

A veia saphena interna ou grande saphena é um ramo affluente da veia femural. Ella, antes de ir ter a esta ultima, percorre um trajecto de 80$^{cm}$ (mais ou menos) a partir de sua origem na extremidade interna da arcada dorsal do pé. O seu calibre aqui é de 4—5$^{mm}$ e, á medida que ella approxima-se de seu termo, augmenta, medindo então 6—7$^{mm}$ em sua emboccadura na femural.

O trajecto da saphena interna representa um grande arco cuja concavidade, pouco pronunciada, olha para deante e para fóra, e comprehende trez porções: uma pediosa, uma tibial e e uma femural.

A porção pediosa, horizontal, tambem chamada veia dorsal interna de Cruveilhier ou marginal interna de Lejars, percorre o lado superior interno da borda metatarsica, a parte correspondente do tarso e chega adeante do malleolo interno que a recebe em uma depressão; n'este ponto é accessivel á sangria.

A porção tibial, em continuação á precedente, se reflecte de baixo para cima, cruza a face interna do tibia, colloca-se atraz da tuberosidade interna d'este osso, abraça-o e o condylo interno do femur, entre este condylo e o bordo anterior do musculo costureiro. A porção femural continúa a precedente e segue o seu curso tornando-se anterior; sobe parallelamente aos vasos profundos, toma o bordo anterior do costureiro e, cruzando este musculo e o medio adductor, vai ao triangulo crural, lançando-se na veia crural (parede anterior e interna) abaixo da arcada d'este nome, ás vezes a 2$^{cm}$, e, descrevendo uma alça de concavidade inferior, perfura o fascia crebiforme. Esta porção recurvada é a crossa da saphena. É ordinariamente tumefacta, apresentando-se como um verdadeiro *tumor*, bem isolado, molle, fluctuante, reductivel, e, em um exame muito superficial, póde se impor como uma hernia crural; mas a compressão exercida abaixo d'elle, o

desfaz. O *tumor* reduzido não se reproduz quando applica-se o dêdo abaixo do orificio aponevrotico e faz-se o individuo tossir. A sensação experimentada pelo dêdo, não é, aliás, a de uma hernia; além disso faz-se uma ligeira percussão sobre o vaso, a qual produz uma oscillação na columna liquida, visivel atravéz da pelle e que se propaga á distancia.

A saphena interna está situada na espessura da camada cellulo-adiposa sub-cutanea (Sappey.)

Occupa uma especie de canal constituido pelas aponevroses tibial e femural em baixo ou atraz, o fascia superficialis em cima ou adiante e, aos lados, tractus cellulares que unem estes planos; assim lhe é facultada uma certa mobilidade.

Acompanham-n'a o grupo principal de lymphaticos superficiaes e o nervo saphena interno, desde o joelho até o malleolo interno, tambem relacionando-se com ella, em baixo.

Poirier assignala as seguintes relações profundas: a face interna do tibia, o bordo interno do triceps sural, o condylo interno do femur, os tendões da aponevrose pé de pato, o costureiro e medio adductor.

Continúa elle: a veia é acompanhada de ganglios lymphaticos na região inguino crural; perfura o fascia crebiformis na extremidade inferior da fossa oval ou ileo-pectinea, abraçando em sua crossa o corno inferior da dobra falciforme tendinosa, que limita esta fossa fóra e embaixo.

A saphena interna, em sua porção tibial, é acompanhada muitas vezes por um canal collateral, volumoso e superficial. Está ás vezes situado atraz d'ella e recebe as perfurantes musculares e as anastomoses da saphena externa. A anastomose ascendente d'esta, que acompanha a interna na coxa, póde prolongar-se até perto da emboccadura da grande saphena (Poirier.)

Os ramos collateraes da saphena são numerosos e, dentre elles, citaremos os seguintes: 1º os ramos su-

perficiaes da região plantar interna que vão se abrir na porção pediosa; 2º a maior parte das veias que contribuem para a rêde dorsal do pé; 3º a maior parte das veias superficiaes da perna, a nutritiva do tibia e calcaneana interna; 4º todas as veias sub-cutaneas da coxa das quaes as posteriores, reunindo-se muitas vezes em um tronco commum parallelo ao da saphena, vão ter variavelmente á esta: é a saphena posterior ou accessoria de Cruveilhier: 5º as veias pudendas externas divididas em superficiaes e profundas, que muitas vezes (principalmente as ultimas) lançam-se directamente na femural; 6º a veia dorsal superficial do penis e a dorsal superficial do clitoris, menor e mais curta do que aquella; 7º as veias tegumentosas ou sub-cutaneas abdominaes ou epigastricas superficiaes em numero de duas: um tronco simples ou duplo satellite da arteria sub-cutanea abdominal, e um tronco commum, das veias accessorias, que se lança na extremidade da saphena interna.

A saphena possue anastomoses com a saphena externa e as veias profundas. Ella communica com aquella no pé e na perna, ora por uma rêde sub-cutanea, ora por uns ramos directos, geralmente valvulados, que unem os dois troncos aos canaes collateraes. Existe na coxa, entre as duas saphenas, a anastomose superior ou ascendente.

As anastomoses com as veias profundas, têm uma grande importancia para a comprehensão da circulação venosa do membro inferior.

Fazem-se no pé: com as veias pediosas; com a arcada dorsal profunda pela perfurante posterior do primeiro espaço; com a veia plantar interna por varios ramos, dos quaes o maior e mais constante acha-se adeante do malleolo e leva o sangue da planta do pé para a saphena; — na coxa: com a femural ou um dos seus ramos por uma só perfurante (Poirier.)

As valvulas da saphena interna são em media, em numero de doze pares, além da valvula ostial.

Estes doze pares acham-se divididos proporcionalmente pelos seus tres segmentos (4 por cada um.)

O territorio da saphena interna é vasto: abrange metade interna do dorso e da planta do pé, superficialmente; uma parte da circulação profunda deste segmento, pelas anastomoses com as veias plantares internas; a face antero interna da perna; toda a região superficial da coxa; os envolucros dos orgãos genitaes externos, e a região sub-umbelical superficial do abdomem.

### Veia saphena externa

A veia saphena externa, primeiramente sub-cutanea, colloca-se ao nivel dos jumellos em um desdobramento da aponevrose tibial e insinua-se no concavo popliteu em seguida, por sua parte inferior.

Pode ser a séde de varizes, mas não com tanta frequencia quanto a saphena interna; e tem-se-as attribuido, como para esta, á compressão exercida sobre aquelle vaso pela aponevrose tibial, quando é attravessada por elle, o que não está ainda bem demonstrado.

A saphena externa é menos volumosa e longa (55$^{cm}$) do que a interna (80$^{cm}$) e a sua origem está na extremiuade externa da arcada dorsal do pé. Alguns autores dão-lhe outra origem, profunda, representada pelas grandes anastomoses da porção pediosa com a veia plantar externa.

A veia saphena externa divide-se em duas porções: pediosa e tibial. A porção pediosa, horizontal, designada tambem, sob o nome de veia dorsal externa de Cruveilhier e marginal externa de Léjars, desde sua origem, segue de deante para atraz, percorrendo o bordo externo do pé, parallelamente, e contorna o apice do malleolo peroneal. A segunda porção ou tibial, obliqua, percorre o lado externo do tendão de Achylles; torna-se mediana e vertical depois de cruzal-o e vai collocar-se entre os corpos carnudos dos gemeos e no concavo popliteu. Ella é ordinariamente muito flexuosa e longa n'este

ponto, provavelmente para adaptar-se aos movimentos artículares do joelho.

Sappey diz que ella termina na parte media da veia popliteia; Poirier localisa esta terminação, por dois ramos, na parte superior desta veia, face posterior.

A saphena externa, no pé e na metade inferior da perna, caminha entre a camada cellulo-adiposa sub-cutanea. Torna-se sub-aponevrotica em seu percurso entre os gemeos e fica em relação: com uma arteria longa e delgada que vai até a origem do tendão de Achylles; com o nervo sapheno externo; com dois ou tres troncos lympathicos que, acompanahando-a até o concavo popliteu, vão se lançar nos ganglios desta região (Sappey); com os nervos cutaneos. O nervo sciatico popliteu-interno lhe é contiguo e interno em sua emboccadura.

A veia saphena externa recebe os seguintes ramos collateraes: uma parte das veias plantares; a veia calcaneana externa; as veias da rêde superficial da face posterior da perna e do concavo popliteu; a veia sub-cutanea posterior da coxa ou femuro-poplitéa de alguns autores.

O professor Poirier, ao tratar d'esta parte das veias plantares e da sub-cutanea posterior, exprime-se do seguinte modo: «quanto á esta parte das veias plantares, algumas são delgadas e numerosas e provêm da rêde plantar superficial; as outras, em numero de duas ou tres entre as quaes nota-se a que passa atraz da apophyse do quinto metatarso, são anastomoses da veia plantar externa profunda, e as suas valvulas dirigem o sangue para a saphena» — a veia sub-cutanea posterior da coxa (femuro-poplitéa de alguns autores) desce da parte inferior da coxa sobre a linha mediana.

Póde ser substituida por uma veia profunda, sub-aponevrotica.

A saphena externa apresenta anastomoses que a communicam com a veia saphena interna e as veias

profundas. Citaremos entre as primeiras os seguintes ramos: o anastomotico superior ou ascendente, quasi constante, volumoso, originando-se pouco antes da emboccadura da saphena externa, sobe pela face posterior da coxa serpeando o semi-membranoso, dirige-se para deante e vai reunir-se á saphena interna, onde desembocca de um modo variavel.

As anastomoses que communicam a saphena externa com as veias profundas, são as seguintes: as existentes entre ella e as pediosas e plantares; as veias peroneiras; e as sapheno-suraes.

As valvulas da saphena externa são em numero de doze, das quaes duas ou tres para a sua porção pediosa e as restantes para a porção tibial.

O territorio é vasto e comprehende: a parte externa do dorso do pé; a parte externa da região superficial da planta do mesmo; por suas anastomoses com as veias plantares uma parte dos planos profundos; a região superficial e posterior da perna; o concavo popliteu; e a parte inferior da coxa.

# CAPITULO IV

## Operação de Madelung

A extirpação da saphena interna, afóra os casos em que o membro inferior acha-se edemaciado, é uma das mais simples intervenções cirurgicas. Foi praticada com muito bons resultados pelo cirurgião allemão Madelung em varios doentes que, em bôa hora, lhe foram confiados.

O notavel cirurgião, cujo nome ficou ligado a este methodo operatorio, tornou conhecidos os successos obtidos por tal meio, em um trabalho publicado em 1902.

**Instrumental** — O arsenal cirurgico necessario á execução d'esta operação é o seguinte:

Um bisturi;
Um par de thesouras rectas;
Um par de thesouras curvas;
Uma pinça dente de rato;
Uma dita de dissecação;
Uma tenta-canula;
Meia duzia, no minimo, de pinças de Péan;
Uma agulha de Reverdin;
Uma dita de Cooper;
Um par de affastadores.

**Accessorios** — Fios de séda, de catgut, material ordinario de curativo e gotteira.

*Cuidados preliminares:* O doente deve ser preparado para uma bôa anesthesia e severa asepsia do

campo operatorio. Para isso, tomará na vespera um banho geral e um purgativo. O membro será depilado assim como as regiões circumvizinhas que mostrarem carecer d'este cuidado.

Deverão, outrosim, soffrer rigorosa antisepsia mechanica e chimica, assim como a ulcera si existir; n'este caso ella deverá ser tambem isolada por uma compressa no acto da intervenção, si a bôa pratica o exigir. Estes cuidados terminados, envolver-se-á o membro em um apparelho que será retirado no momento da operação, o qual lhe garantirá a asepsia indispensavel.

A *anesthesia* deve ser geral: pelo ether ou chloroformio.

O *manual operatorio* consta de trez tempos: Incisão, ligadura e resecção da veia e sutura dos tegumentos.

*Primeiro tempo.* — Faz-se uma incisão a um dêdo transverso para dentro do meio da arcada crural e a trez dedos abaixo desta, a qual incisão desce por um trajecto ligeiramente concavo para fóra, passando adeante da borda posterior do condylo interno do femur; desce, rectilineamente, ao longo da borda interna da perna e vai se terminar acima do malleolo interno.

*Segundo tempo.* — A incisão estando terminada, affastam-se os labios da ferida, liga-se a porção superior da veia, o que será facilitado tornando-a turgida por uma ligeira compressão na raiz da coxa; secciona-se-a ao nivel de sua crossa, e começa-se a sua ablação de cima para baixo, pinçando-se, ligando-se e seccionando-se, á medida que se os encontra, todos os seus ramos affluentes tão longe quanto possivel de sua embocadura. Passa-se por ultimo, na parte inferior da perna ou ao nivel do malleolo interno, uma ligadura no inicio da veia e se a secciona, estando assim concluida a sua estirpação.

Os pacotes varicosos existentes ao longo da veia podem ser estirpados na mesma occasião.

*Terceiro tempo.* — **Sutura dos tegumentos.** Esta póde ser feita por meio de catgut ou sêda, por pontos separados; envolve-se o membro, em seguida, em um curativo aseptico e colloca-se-o em uma gotteira.

*Cuidados consecutivos.* — Tratar os accidentes da anesthesia, se houver; fazer o doente guardar o mais absoluto repouso; levantar o curativo, com a maxima asepsia, ao cabo de sete dias e retirar os pontos de sutura.

Não permittir que o paciente caminhe antes de 15 dias, no caso de cicatrização.

# CAPITULO V

## Observações

### I

**Varizes da perna**

*Clinica do Prof. Wallau.* — J. Z. R., preto, solteiro, 30 annos de idade, d'este Estado, maritimo, baixou ao Hospital, em 11 de Agosto de 1904, para a 4.ª secção. Apresentava a perna esquerda bem varicosa, dolorosa, accusando grande sensação de peso n'esse membro.

Operado a 29 de Setembro, teve alta curado em 5 de Novembro do mesmo anno.

### II

**Varizes da perna**

*Clinica do Prof. Wallau.* — A. S., preto, solteiro, d'este Estado, 27 annos de idade, jornaleiro. Baixou á mesma secção, em 19 de Maio de 1905, nas mesmas condições do doente acima. Operado a 14 de Junho, obteve alta curado a 23 d'esse mesmo mez e anno.

### III

**Ulcera e varizes da perna**

*Clinica do Prof. Wallau.* — J. D. S., branco, casado, d'este Estado, 39 annos de idade, jornaleiro. Entrou para a 4ª secção, em 31 de Agosto de 1906.

Apresentava a perna esquerda bem varicosa e uma ulcera de dimensões regulares.

Operado a 26 de Setembro, teve alta curado a 17 de Outubro d'esse anno.

IV

**Varizes da perna**

*Clinica do Prof. Wallau.* — C. B., branco, solteiro, d'este Estado, 33 annos. Baixou á 4ª secção em 1906, apresentando grande numero de nodulos varicosos na perna direita. Operado a 17 de Setembro de 1906, obteve alta curado a 25 do mesmo mez e anno.

V

**Varizes da perna**

*Clinica do Prof. Wallau.* — L. F., branco, casado, 51 annos, da Italia, agricultor. Entrou para a 4ª secção, com grandes varizes na perna erquerda, a 23 de Junho de 1906, sendo operado nesse mesmo dia, obtendo alta curado a 27 do mesmo mez e anno.

VI

**Varizes das pernas**

*Clinica do Prof. Wallau.* — A. J. G., 37 annos, branco, viuvo, papelleiro. Entrou para o Hospital no dia 9 de março de 1906, apresentando varizes volumosas em ambas as pernas; foi operado em 14 de abril do mesmo anno, tendo alta curado poucos dias depois.

VII

**Varizes da perna**

*Clinica do Prof. Wallau.* — L., 28 annos, branco, solteiro, professor. Entrou para o Hospital em 29 de Dezembro de 1905, apresentando varizes volumosas e accusando dôres na perna esquerda; foi operado no dia 4 de Janeiro de 1906, obtendo alta curado a 29 do mesmo mez e anno.

VIII

**Varizes da perna**

*Clinica do Prof. Wallau.* — V. S., 58 annos, branco, solteiro, jornaleiro. Apresentava varizes volumosas na perna esquerda; foi operado em 28 de Setembro de 1906,

obtendo alta curado em 27 do mez seguinte. Tivemos a felicicidade de encontrar este doente 32 mezes depois da intervenção, em perfeitas condições, vendo-se apenas a linha cicatricial, e sómente um dos ramos da saphena, ainda varicoso. Este doente relatou-nos que soffreu 20 annos, de ulcera, n'essa perna, a qual cicatrizava com o repouso, voltando novamente; quando foi operado ella estava cicatrizada, e d'ahi ao tempo em que o vimos, não mais voltou.

IX

**Ulcera varicosa**

*Clinica do Prof. Wallau.* — O doente anterior no dia em que soffreu a extirpação da saphena esquerda, fez a ligadura da saphena interna direita, em virtude de varizes das quaes ella era portadora, obtendo resultados insignificantes. Voltou ao Hospital no dia 27 de Julho de 1908, apresentando alem de varizes, n'essa perna, uma ulcera de dimensões regulares, assestada na parte infero-interna.

Foi operado em 24 de Agosto seguinte e teve alta curado no dia 10 do mez seguinte.

Dez mezes após o vimos em perfeitas condições, havendo desapparecido os nodulos varicosos dos ramos do tronco extirpado.

X

**Vasta e antiga ulcera varicosa da perna**

*Clinica dos profs Sarmento Leite e Mariante.*— F. D., 70 annos, branco, solteiro, pintor. Soffreu durante 15 annos de uma ulcera varicosa, rebelde a todos os meios de tratamento, empregados. O membro inferior direito, além de volumosos nodulos varicosos, apresentava uma ulcera de $5^{cm} \times 7^{cm}$, mais ou menos de extensão, na face interna da perna, parte inferior. Foi operado em Agosto de 1904, tendo alta curado um mez depois.

Em Setembro 1909 vimol-o nas melhores condicções possiveis.

XI

**Ulcera varicosa da perna**

*Clinica do Prof. L. Masson, doente operado pelo professor Mariante.* J. P., 62 annos, branco, portador durante 8 annos de enormes botões varicosos na perna direita bem como de uma ulcera na parte inferior da face interna da mesma. Operado em 8 de Março de 1908, em poucos dias teve alta curado. Dezenove mezes mais tarde vimol-o nas melhores condições possiveis.

XII

**Ulcera varicosa da perna**

*Observação do Prof. Legueu.* — F., 30 annos de idade, jornaleiro. Varicoso durante 12 annos, portador de uma ulcera datando dos 4 annos, situada na face interna da perna direita e de grande dimensões. Empregou sempre, varios meios de tratamento, voltando a ulcera quando elle retomava as occupações. Foi operado em 7 de Junho de 1901. Teve alta curado um mez depois. O ponto cicatricial, d'ahi a dois mezes, era perfeito.

XIII

**Varizes da perna**

*Clinica do Prof. Mariante.* — F. P., 43 annos, branco, casado, da Italia, negociante. Ha 15 annos soffre de varizes do membro inferior direito, as quaes ultimamente tem-no encommodado bastante, obrigando-o ao uso de meia elastica, para bem poder andar em suas occupações. Ha um anno mais ou menos já não colhe resultado com a meia elastica; o edema, as dôres, o augmento dos nodulos fazem-no procurar o cirurgião. Além dos pequenos nodulos na perna e côxa ao longo da grande saphena, apresenta ao nivel da parte externa do joelho um *tumor* do volume de um ôvo, tenso, de côr azulada, pelle excessivamente delgada, cuja ruptura é receiada pelo doente. Operado a 25 de Junho de 1907 obteve alta curado no mez seguinte conservando-se em excellentes condições até bem pouco tempo, em que seguio para Europa em viagem de recreio.

# CAPITULO VI

## Conclusões

Vimos, na pathogenia das varizes, o papel importantissimo desempenhado pela insufficiencia valvular, permittindo a dilatação venosa pelo augmento da tensão sanguinea, no vaso, devido á falta de obstaculo á retrogradação do sangue, na saphena, determinada pela acção da gravidade.

Vimos mais, que, attendendo a esta insufficiencia, o trajecto do sangue é invertido, isto é, que descreve uma especie de *circulus venosus*, tornando-se assim um elemento alterado pela falta da hematose; d'ahi a ausencia de suas qualidades vivificadoras; d'ahi uma das complicações varicosas mais temiveis, pelo facto de serem os tecidos do membro, mal nutridos, tornando-se este um ponto de menor resistencia. Esta complicação é a ulcera varicosa «um dos males mais penosos dos que affligem a humanidade», no dizer de Boyer.

Era necessario, pois, um methodo operatorio que, pela sua acção conjuncta, preenchesse duas indicações; a cura das varizes; a cura das ulceras varicosas. Este methodo, como vimos no capitulo IV, é o da extirpação da saphena interna ou «operação de Madelung», que, no dizer do professor Legueu e de muitos outros, é o tratamento, senão radical, ao menos o mais efficaz. Esse professor ainda vai além, dizendo o seguinte: a resecção é de qualquer modo, verdadeiramente radical,

tanto quanto o póde ser uma operação de varizes: supprime tudo o que existe de superficial, nas dilatações venosas, deixando apenas as varizes profundas, o que, aliás, é bastante.

Quaes são os resultados d'esta operação?

Primeiramente a estase venosa é supprimida, ficando o systema venoso do membro inferior, livre do peso que ella determina; além disso a circulação do membro, longe de ser obstruida, faz-se com facilidade pela corrente profunda, desapparecendo assim o *circulus venosus* o que já é uma grande conquista.

Os resultados não limitam-se sómente a isto: o estado dos nervos alterados do membro, tambem é modificado; e a ulcera gosando da influencia de uma circulação nova, adquire uma notavel actividade cicatricial e evolúe rapidamente para a cura, ficando geralmente ao abrigo das reincidencias. A dôr e o edema do membro desapparecem rapidamente.

Resumindo, ao finalizar este modesto trabalho, seja-nos licito concluir da consulta feita aos diversos autores e das nossas observações que a operação de Madelung é o melhor tratamento para as varizes superficiaes e as ulceras consecutivas.

1º — porque supprime o vaso varicoso, evitando assim o apparecimento da ulcera ou produzindo a sua cicatrização quando ella existe;

2º — porque faz diminuir ou desapparecer os nodulos varicosos dos ramos proximos ao tronco principal dispensando assim a extirpação d'estes.

3º — porque a ulcera não reincide e quando isto se dê só tem lugar mui tardiamente.

# PROPOSIÇÕES

## Historia natural medica

I

Os mammiferos se distinguem dos outros animaes pela presença das mammas.

II

Estas são orgãos glandulares destinados á secreção do leite.

III

Seu numero e posição variam nas differentes classes de mammiferos.

---

## Chimica medica

I

O iodoformo tem por formula C H $I^3$.

II

Se apresenta em laminas hexagonaes de côr amarello-citrina.

III

Bastante soluvel no ether, pouco no alcool, quasi insoluvel na agua.

---

## Anatomia descriptiva

I

As veias dividem-se em superficiaes e profundas.

II

Estas se distinguem em solitarias e sattellites.

III

Estas acompanham sempre arterias.

---

## Histologia

I

Os epithelios são os elementos mais espalhados na economia animal.

II

Podem ser simples ou estratificados.

III

Estes comprehendem duas variedades: pavimentoso estratificado e cylindrico vibratil estratificado.

---

## Physiologia

I

O larynge é o orgão essencial á producção do som vocal.

II

Este se produz ao nivel da glotte pela vibração das cordas vocaes inferiores.

III

Trez são as condições necessarias á phonação: tensão d'essas cordas, estreitamente da glotte e pressão da corrente de ar expirado.

---

## Bacteriologia

I

O bacillo do tetano foi descoberto por Nicolaier em 1884.

II

Elle é anaerobio.

III

Graças a seus espóros é mui resistente.

---

## Materia medica, pharmacologia e arte de formular

I

As pomadas são medicamentos destinados ao uso externo.

II

N'ellas ha a considerar o vehiculo, a substancia activa e o *modus operandi.*

III

Este comprehende: a mistura, a fusão e a reacção chimica.

---

## Clinica propedeutica

I

A percurssão constitue um dos meios mais importantes do diagnostico.

II

Póde ser immediata ou mediata.

III

Esta póde ser feita pelo plessimetro ou pelo plessigrapho.

---

## Clinica dermatologica e syphiligraphica

I

A blenorrhagia é produzida pelo gonococco de Neisser.

II

E' commum a ambos os sexos.

III

Suas consequencias são geralmente mais graves no sexo feminino.

---

## Anatomia e physiologia pathologicas.

I

As pneumokonioses são as inflammações chronicas do pulmão produzidas pela inhalação habitual de poeiras.

II

Comprehendem: a anthracose, a siderose, a chalicose e a aluminose.

III

De todas a primeira é a mais frequente e a mais bem estudada.

---

## Pathologia medica.

I

A varicella é uma febre eruptiva contagiosa e epidemica.

II

Apresenta trez periodos: incubação, invasão e erupção.

III

Este se faz por intervallos.

---

## Pathologia cirurgica.

I

Os symptomas das fracturas, muito variados, podem ser divididos em physicos e racionaes.

II

Aquelles comprehendem: a deformação, o edema, a mobilidade anormal, a crepitação e a ecchymose.

III

Os segundos são: a dôr, a impotencia funccional e os commemorativos: mas de todos o mais importante é a dôr.

---

## Clinica cirurgica (2ª cadeira).

I

As adenopathias do pescoço são de uma grande frequencia.

II

São devidas geralmente á tuberculose.

III

Excepcionalmente encontram-se adenites chronicas simplesmente inflammatorias.

---

## Clinica ophtalmologica.

I

Keratite é a inflammação da cornea.

II

Póde ser aguda ou chronica.

III

Relativamente á séde, póde ser superficial, interstitial ou profunda.

---

## Operações e apparelhos.

I

As amputações dos membros pódem ser feitas na contiguidade ou na continuidade.

II

Estas são as amputações propriamente ditas.

III

Diversos são os methodos para obter o retalho.

---

## Anatomia medico-cirurgica.

I

A prostata occupa a excavação pelvia.

II

E' envolvida pela capsula de Retzius que forma com o pubis a loja prostatica.

III

Póde ser explorada atravez do recto de que é separada pela aponevrose prostato-peritoneal.

---

## Therapeutica.

I

A ipecacuanha é um excellente vomitivo.

II

Conforme o modo de administração pôde ter effeito purgativo.

III

No primeiro caso as dózes variam conforme a idade, de 0,15 a 2,0 de pó.

---

## Clinica cirurgica (1.ª cadeira).

I

A occlusão intestinal é produzida por diversas causas.

II

O tratamento cirurgico comprehende a enterostomia e a laparotomia.

III

A primeira é puramente palliativa, a segunda é curativa, quando seguida de exito.

---

## Clinica medica (2.ª cadeira).

I

A febre typhoide é uma molestia infecciosa.

II

Um dos symptomas iniciaes é a epistaxis.

III

Entretanto póde faltar.

---

## Clinica pediatrica.

I

O mal de Pott póde se apresentar na região cervical, na dorsal e na lombar.

II

E' mais frequente entre dois e dez annos.

III

Elle se caracterisa por perturbações funccionaes e por signaes physicos.

---

## Obstetricia.

I

O aborto é a expulsão espontanea ou accidenta de um feto não viavel.

II

Póde ter lugar desde o principio da gravidez até o fim do sexto mez.

III

Seu prognostico, relativamente ao feto, é sempre fatal.

---

## Hygiene.

I

A gymnastica racional é um dos melhores exercicios physicos.

II

Divide-se, visando seu modo de execução, em activa e passiva.

III

Esta póde ser feita por outrem ou pelo proprio individuo.

---

## Medicina legal e toxicologia.

I

O Codigo Penal da Republica assim define o infanticidio: matar infante nos sete primeiros dias de seu nascimento.

II

O infanticidio póde dar-se por omissão ou por commissão.

III

Funda-se sua demonstração medico-legal nos exames dos habitos externo e interno.

---

## Clinica medica (1ª cadeira).

I

A hemoptise, de origem tuberculosa, é uma das mais frequentes.

II

Póde ser observada em todos os periodos d'essa molestia.

III

Assim é chamada: premunitoria, concomitante e ultima.

---

## Clinica obstetrica e gynecologica.

I

A ascite é rara nos tumores do utero.

II

E' frequente nos tumores solidos do ovario.

III

E' de regra nos tumores papillomatosos d'esse orgão.

## Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.

I

A mania é um syndroma caracterisado por uma superexcitação geral e permanente das faculdades intellectuaes e moraes.

II

Póde se manifestar quer no curso de uma affecção mental quer no estado de isolamento.

III

N'este ultimo caso constitue uma psychose autonoma.

---

**Visto.**

Secretaria da Faculdade Livre de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre, 13 de Outubro de 1909.

*O Secretario,*

*F. Carvalho Freitas.*

# ERRATA

| Pag. | Linha | Em logar de: | Leia-se: |
|---|---|---|---|
| 3 | 23 | Pathologia | Pathogenia |
| 7 | 28 | complexa | completa |
| 8 | 23 | a influencia | á influencia |
| 8 | 33 | Restou-nos | Restam-nos |
| 12 | 17 | | e ao modo differente pelo qual se terminam as veias espermaticas |
| 15 | 32 | e a veia insufficiente | e tornam-se insufficientes |
| 21 | 32 | | É ordinariamente, nos individuos varicosos, |
| 24 | 18 | attravessada | atravessada |
| 31 | Obs. VII | | Ulcera e varizes da perna |
| 37 | 14 | iodoformo | iodoformio |
| 39 | 9 | percurssão | percussão |
| 42 | 29 | accidenta | accidental |

Além destes, ha outros erros de pouca importancia, facilmente corrigiveis pela intelligencia do ledor.