

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA
CENTRO AMERICA

Contribución al Tratamiento de las Várices por las
Inyecciones Esclerosantes.

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POR

CESAR AUGUSTO ESPAÑA

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

25 JUL. 1929

JULIO DE 1929.

GUATEMALA, C. A.

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur N° 24.

Las Várices y su tratamiento por las inyecciones esclerosantes de quinina y urea.

CAPITULO I

Historia.

Bajo el título de vena várices (Varis). Sin. Flebec-tacia de Alibert y Briquet, se debe considerar cualquier dilatación anormal de una o más venas en el cuerpo por cualquier causa y en toda localización.

En la literatura corriente se entiende por vena várice la localización en los miembros inferiores, éstas son las que constituyen las várices esenciales o verdaderas y las que se consideran en este estudio.

El profesor H. Roger, de Marseille, estudió por parte del comité Médico de Bouches-du-Rhone en el año 1920, estas diversas tentativas de terapéutica de las várices por las inyecciones esclerosantes locales.

Chasseignac y Pravaz fueron los primeros que hicieron uso del percloruro de hierro en el año 1853, con resultados no satisfactorios, pues se observaron algunas complicaciones, después Valette (1875), los sustituyó por el licor yodotánico con buen resultado en algunos casos, Negretti (1880), usó el cloral, a continuación se ensayaron diversas soluciones fenicadas al 5% por Tavel (1904), la de yodo-yodurada por Schiassi y la de sublimado por Scharff, etc. La era moderna de este procedimiento comienza en el año de 1911, cuando el profesor P. Linser de la clínica Dermatológica de Tuebingen, observó que las venas se esclerosaban gradualmente después de repetido uso de inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio en el tratamiento de la sífilis. Entonces aplicó ese método en el tratamiento de las venas várices y obtuvo buenos resultados. En su clínica se probaron varias soluciones y al fin adoptaron la solución de cloruro de sodio al 20% como la mejor.

El profesor M. Sicard notó el mismo resultado en el tratamiento de la sífilis por el Luargol y adoptó la idea, para las venas várices usando las soluciones de carbonato de soda que usó durante algún tiempo, pero por su acción escarótica fué desechada; inmediatamente lo sustituyó dicho medicamento en colaboración de Paraf y de Forestier por la solución de salicilato de soda que presenta la ventaja de no ser escarótica en presencia del tejido sub-cutáneo como la de carbonato de soda y de ser inyectable a cierta dosis en el torrente circulatorio sin provocar ninguna reacción y con un éxito apreciable en los artríticos, reumáticos y en los encefálicos (Baronneix y Carnot). Esta continúa siendo la solución preferida en su clínica.

Después de estas investigaciones iniciales de numerosos autores se ha comprobado también los efectos esclerosantes de otras sustancias químicas: Montpellier y Lacroix han usado el biyoduro de mercurio (Prensa Médica de 1922). El médico mayor de Genevrier, el mismo año en el Mundo Médico llama la atención sobre las propiedades esclerosantes de la quinina.

Troisier estudia las propiedades esclerosantes del citrato de soda en ocasión de tratar ciertas arteritis.

Los médicos alemanes han usado después de estos trabajos las soluciones trombosantes de sublimado o de agua salada hipertónica que han tenido que abandonarlas para reemplazarlas por las soluciones hipertónicas de glucosa.

El Dr. A. Aimes da su preferencia al clorhidrato de quinina que es para él la sustancia de elección y debe de ensayarse en todos los estados varicosos.

CAPITULO II

Etiología y formas de la ectasia venosa.

La causa de la formación de las várices es muy variada; algunos autores se han ocupado detenidamente de investigar cuál es la verdadera y cuál es la que más influye en su etiología, entre ellos tenemos los trabajos de Quiserne, Joly, Mabille, L. Humbert, Delater, Hüge, Beckett y Overly, etc. El terreno, la distrofia venosa por alteración de las funciones de las glándulas endocríneas, les ha parecido las más fundamentales.

Las várices congénitas son muy raras y reconocen como causa un defecto de conformación, una alteración de la pared de la vena.

La mayor parte de las várices son adquiridas y aparecen entre los 25 y 40 años de edad, siendo más frecuentes en la mujer, así en 625 casos observados hay 149 hombres y el resto de mujeres; el embarazo es una causa predisponente, pero no es solamente la compresión por el útero grávido la que provoca la aparición de las várices, pues se ha observado durante los primeros meses del embarazo que a pesar de no ser el útero muy grande, suficiente para comprimir las iliacas, la manifestación de brotes varicosos aparece algunas veces; se ha creído que se debe a una acción trófica refleja (Lancereaus, Barnes).

En el estado normal ciertas hormonas secretadas por las glándulas endocríneas obran manteniendo la tonicidad de las paredes venosas por intermedio del simpático tanto peri- como endovenoso, ejerciendo su acción sobre las fibras lisas musculares; si estas secreciones faltan o son viciosas resulta un defecto de la tonicidad de la pared de la vena y de sus válvulas y esto constituye la enfermedad varicosa, lo que demuestra que faltando la tonicidad de la vena no puede mantenerse o aumentar la presión intravenosa y favorecer la circulación de la sangre en los miembros inferiores; la circulación se verifica con lentitud contribuyendo a que la sangre se estacione y la vena se dilate poco a poco. La dilatación venosa por compresión u obliteración de los troncos venosos profundos, no constituyen verdaderas várices, ellas se acompañan de hipertensión venosa (Villaret, Saint-Giron, Salas, Grelety-Bviel), la sangre camina con rapidez en su interior, estas dilataciones venosas no deben ser tratadas por las inyecciones esclerosantes, constituyen una de las tantas contraindicaciones de su uso; es difícil obliterarlas por las inyecciones; desempeñan el papel de una verdadera circulación suplementaria debido a la obliteración venosa profunda (Flebitis profunda, Flebitis de las venas iliacas marcadas por la dilatación venosa supra pubiana), o se verifica con dificultad (tumor ovariano, fibroma, ósteo sarcoma, callo óseo, etc.)

Estas dilataciones venosas provocadas por dificultad de la circulación profunda no entra en el grupo de las várices esenciales o verdaderas.

La diátesis varicosa parece ser consecuencia de una deficiencia de algunas glándulas de secreción interna particularmente aquellas que están encargadas de verter en el torrente circulatorio hormonas que obran sobre la pared venosa. Así la herencia se tiene como una de las causas

de las afecciones varicosas y ésta a su vez está bajo la dependencia de las glándulas endocríneas: de donde la herencia varicosa es consecutiva a la herencia glandular, deduciendo por consiguiente que la herencia venosa directa no existe, será secundaria a la transmisión de la tara glandular.

En la mujer se puede invocar las alteraciones del funcionamiento de secreción de los ovarios, sobre todo durante la vida genital de la mujer, como pasa con las várices durante el embarazo; algunos años después de la pubertad principia en los predispuestos, la aparición de los primeros cordones azulados, las primeras reglas marcan el brote inicial de la várice, después a cada período menstrual se asiste a ligeros brotes varicosos, los cordones venosos se van volviendo cada vez más turgentes y más dilatados en los miembros inferiores, las piernas son más pesadas. Muy a menudo esta sensación de pesadez de las piernas y de tensión del lado de las várices sirve de advertencia al enfermo que las reglas se aproximan; después de algunos años de este constante aparecer y desaparecer de brotes congestivos, las venas se dilatan y el estado varicoso se establece. Estos períodos congestivos pueden aparecer durante la menopausia y así pasa por ejemplo en mujeres que han sido sanas durante todos los períodos menstruales, se ve aparecer un conjunto de venas rojas o azuladas en el miembro inferior bastante dilatadas; estos brotes catameniales de la menopausia se acompañan de sensación de hormigueo, la estación de pie es muy cansada y el enfermo se ve obligado a cambiar constantemente de posición, a buscar lugares frescos y dar algunos pasos con lo que siente gran alivio, todos estos trastornos se unen a una parestesia del simpático, cuyo origen debe buscarse en un vicio de la secreción de las hormonas ovarianas.

Estos mismos autores han comprobado también que en las mujeres sometidas a la castración ovariaria han observado estos fenómenos dos o tres meses después de la operación. Durante el embarazo que es muy frecuente observar la aparición o el aumento de las várices lo mismo que meses después del parto desaparecen o disminuyen las várices sobrevenidas durante el período de gestación. Algunos parteros están de acuerdo desde mucho tiempo que las várices no son consecutivas a la compresión de las venas ilíacas por la matriz distendida, aparecen desde el primer mes del embarazo cuando el útero está todavía

pequeño y se ha comprobado que tales várices desaparecen o se debilitan cuando el feto muere in-útero.

Todo esto indica como si el cuerpo amarillo secretara durante el embarazo una hormona particular destinada a favorecer la distensión del músculo uterino y a luchar contra su tonicidad. Estos productos de secreción interna del cuerpo amarillo del embarazo obra directamente sobre la matriz reblandeciendo el músculo uterino para permitir que el huevo se desarrolle.

Sería por contra-golpe que las fibras musculares lisas que forman la armazón de las venas se encontrarían bajo esta misma acción durante toda la duración del cuerpo amarillo. La neutralización momentánea de la secreción hipofisaria permitiría así a la vena distenderse y a la várice constituirse. A la terminación del embarazo, el cuerpo amarillo se atrofia, desaparece, su acción neutralizante sobre la secreción hipofisaria no se ejerce más, las fibras musculares recobran su tonicidad, la involución uterina progresa, las várices disminuyen o desaparecen, pronto la tonicidad muscular vuélvese normal y las várices desaparecen. Estos hechos parecen demostrar que cuando existe un trastorno de la secreción ovariaria, las várices se desarrollan. Las venas son tonificadas por una secreción que hace falta en el momento de las reglas, durante la gestación, en la época que existe el cuerpo amarillo de la menstruación o del embarazo.

En el hombre, el papel de las secreciones internas genitales es más difícil ponerlo de manifiesto y es sin embargo después de la pubertad que las várices principian y no es raro que aparezcan brotes varicosos después de 40 a 50 años de edad.

Al lado de las secreciones genitales internas, parece tener gran influencia, las secreciones hipofisarias en los estados varicosos y existe una clase de várices que ha parecido causada por perturbaciones de las secreciones hipofisarias. Los enfermos que tienen esta clase de várices presentan en efecto: gruesas extremidades, lo mismo que la nariz, mandíbula inferior y lengua ancha y gruesa. Se han observado una quincena de casos parecidos y por esta razón han emitido la hipótesis siguiente: que en ciertos casos los trastornos de la secreción hipofisaria tiene su contra-golpe sobre la tonicidad de las fibras lisas.

Con estos hechos quieren demostrar el papel directo que toman ciertas secreciones internas en las formaciones

de las várices; además se ha demostrado que todo el tejido venoso puede estar afecto de hipotonicidad, de donde la frecuencia en estos enfermos, de varicoceles, hemorroides y a veces de várices esofágicas, lo que demuestra que todo el tejido venoso está afecto y se explica por la falta de hormona tónica y electiva del tejido venoso.

En cuanto a las demás secreciones internas no se ha llegado a ninguna conclusión.

En los enfermos con distrofia venosa es muy evidente que todo aquello que tienda a aumentar la tensión sanguínea venosa como la estación de pie prolongada y el esfuerzo (cocineros, mozos de café, aplanchadores, etc.), llevan una dilatación más rápida de los cordones venosos. El papel del esfuerzo se demuestra como sigue: en el esfuerzo las vísceras abdominales comprimen con fuerza los vasos abdominales, especialmente las venas cuyas paredes son más flexibles que las paredes arteriales, se dejan más fácilmente aplastar, la sangre continúa llegando por el sistema arterial que no es completamente obliterado y resulta un aumento de presión venosa, esta presión es transmitida al sistema venoso de los miembros inferiores tanto más fácil cuanto que la distrofia venosa dilata más la pared venosa y debilita así sus válvulas.

Existen también las várices por compresión después de una flebitis profunda, por aumento de la presión vascular (Hipertensión, Enfisema), por fleboesclerosis, por infecciones (Reumatismo, Fiebre tifoidea y Sífilis), por intoxicación endógenas y exógenas (Cardio-renales, Estreñidos, Alcoholismo), y por último están las várices traumáticas que se han visto aparecer después de las fracturas, de las heridas de guerra, sin que ninguna flebitis profunda pueda ser invocada; se comprende que un choque violento lesione la pared venosa y se pueda producir un estado varicoso local; además esta clase de várices son muy sensibles a las inyecciones esclerosantes y cura muy fácilmente.

CAPITULO III

Anatomía patológica de las venas várices.

Briquet y Reclus distinguen cuatro grados de várices;

- 1, la dilatación simple sin alteración de la pared de la vena;
- 2, la dilatación con espesamiento de la pared vascular;
- 3, la dilatación con alteración irregular de la pared, ya

sea alteración con espesamiento o adelgazamiento según el punto; 4, la extensión de la dilatación a las arborizaciones vasculares superficiales.

El punto capital de la anatomía patológica de las várices es la alteración parietal de la vena; primero la vena se dilata y su pared sufre una alteración que consiste ya en un espesamiento o adelgazamiento de su pared, formando en su trayecto pequeñas dilataciones.

Las venas safenas son las más afectas y entre ellas tenemos generalmente la safena interna que es la primera, la safena interna es alargada, flexosa, dilatada, presenta boseladuras recubiertas por una piel delgada y pigmentada, el tejido celular flojo que rodea a la vena se espesa y se vuelve a veces fibroso. El examen microscópico de las venas enfermas muestran alteraciones diferentes según la antigüedad de la lesión. Al principio el espesamiento de la pared viene de una multiplicación de las fibras musculares lisas y de una esclerosis interfascicular de la capa media de la vena (Cornil, Thierfelder).

Después la esclerosis progresa y las fibras musculares y las elásticas terminan por desaparecer, la esclerosis aparece, la pared venosa está entonces formada solo por tejido conjuntivo, la ectacia venosa se establece definitivamente.

Las válvulas se atrofian y se vuelven insuficientes.

La piel de los varicosos es seca, escamosa, pigmentada en unas partes, blanquecina y lisa en otras, ya eczematosa, ya con formación de úlceras por trastornos tróficos de la piel, el tejido celular sub-cutáneo es delgado, fibroso o edematizado, los músculos, las arterias, los nervios y los huesos se alteran cuando las lesiones son antiguas.

CAPITULO IV

Algunos datos sobre la fisiología de la vena.

Normalmente la circulación de la sangre venosa se efectúa en sentido contrario al de la sangre arterial, es decir, de abajo arriba.

Bajo el punto de vista especial de las inyecciones esclerosantes se puede esquematizar la circulación venosa del miembro inferior, en superficial y profunda. La primera se verifica por las safenas, interna y externa unidas por pequeñas venas colaterales, caminando ya directamente debajo de la piel o en el tejido celular sub-cutáneo, estas

venas no tienen más que como punto de apoyo su propia pared, lo que no pasa con las venas profundas, pues éstas, están constituidas por una red venosa más resistente y mantenida por el conjunto de músculos de la pierna que se contraen, se ponen rígidos y se relajan sucesivamente obrando sobre la pared de las venas profundas que las comprimen o las dilatan, desempeñando el verdadero papel de un corazón periférico.

La sangre venosa regresa al corazón por el sistema de venas profundas, la sangre superficial es vertida por una parte, por la safena interna en la vena femoral y la safena externa la lleva a la vena poplítea contribuyendo como principal factor la disposición de las válvulas en el interior de dichas venas y por las contracciones y relajamientos frecuentes de los músculos de la pierna. Cuando se trata de venas patológicas varicosas cuyas válvulas son insuficientes y su pared está dilatada, solo queda la acción de la masa muscular que ayuda por contracciones frecuentes a que se verifique la circulación venosa de los miembros inferiores, para que la sangre regrese al corazón. En estas venas varicosas la circulación venosa ya no se efectúa como en el estado normal, si no que en sentido contrario, de arriba abajo, lo que se ha demostrado por varias experiencias. Para demostrar que las venas varicosas vierten su sangre de la periferia hacia la profundidad, es suficiente como lo ha hecho en varias experiencias Delbet. Pone una ligadura elástica arriba de la rodilla de un sujeto varicoso, se le hace dar algunos pasos, las venas turgescen se vacían de su sangre, que es evidentemente aspirada hacia la circulación profunda. Otra experiencia que se hace con el mismo objeto es la siguiente: es suficiente de ejercer una presión digital a nivel de la desembocadura de la safena interna en el triángulo de Scarpa, estando el enfermo acostado, después, cuando el enfermo se pone de pie se suprime la presión y se verá que la vena se llena de arriba abajo (Delbet).

También se puede comprobar por los medios siguientes: se da un ligero golpe en la vena varicosa, se ve la onda transmitirse de arriba abajo (Tredelenbourg), o bien se hace toser al enfermo y se comprobará el mismo fenómeno.

El calibre de la vena es regulado por la musculatura lisa que forma la armazón de la vena, la función de estos músculos es regida por el gran simpático y es por este medio que la vena aumenta o disminuye de calibre. Todo

excitante del simpático lleva como consecuencia la disminución de su calibre, se pueden citar entre estos excitantes los siguientes: excitantes físicos normales, el frío y el calor; es muy conocido que las venas en general y las várices en particular son más visibles durante el verano que durante el invierno, con el frío las várices disminuyen de calibre y los trastornos que ellas ocasionan se atenúan. El papel de los excitantes mecánicos se pone de manifiesto así: después de una picadura de una vena varicosa se retrae, por supuesto que esta retracción es pasajera, momentos después viene el fenómeno contrario, la vena se dilata.

Ahora las inyecciones esclerosantes nos ponen de manifiesto el papel de los excitantes químicos sobre el simpático de la vena, determinando una vaso-constricción de todo el sistema venoso superficial del lado inyectado, al mismo tiempo viene una erección de los pilo-motores traduciéndose por lo que se llama "Carne de gallina" y la palidez de los tegumentos vecinos a la picadura, al mismo tiempo los enfermos sienten calambres en las piernas, cuando son intensos pueden aparecer algunos sudores profusos y una sensación especial de agonía, después de este malestar queda como traza de la destrucción del simpático venoso, una cadena morena que marca el trayecto de la vena, notándose esta misma perturbación del mecanismo regulador del pigmento cutáneo sobre los trayectos venosos afectos anteriormente de flebitis varicosa espontánea, esta cadena pigmentaria se ve a veces a nivel de las antiguas várices voluminosas cuyas paredes distendidas han terminado por destruir y disociar el simpático peri- y endovenoso.

Por último, hay otros excitantes que hoy se les atribuye el principal papel, como excitantes generales del simpático venoso, éstos son las hormonas secretadas por algunas de las glándulas endocríneas. Si estos productos de secreción hacen falta o la función está alterada, la distrofia venosa pronto se establece, viniendo como consecuencia los estados varicosos. El estudio detenido de todos estos excitantes y principalmente las hormonas secretadas por ciertas glándulas internas, llamados excitantes biológicos, conducen a la investigación de su etiología.

Consecuencias fisiológicas.

Las venas superficiales situadas en el tejido celular sub-cutáneo, tienen muy pocos medios de sostén.

Las venas profundas al contrario tienen gran número de puntos de sostén, dados por la masa muscular que las rodea; no pueden desde luego volverse varicosas, pues las venas mantenidas así y comprimidas por los músculos no pueden dilatarse; sin embargo se han observado estas dilataciones en ciertos puntos de su trayecto, debido a que los medios de fijeza están constituidos por tejido celular flojo, la protección muscular hace falta y la vena en estas condiciones se dilata; se han presentado casos de ciática en los congestivos y debidas a las várices de las venas que rodean el nervio ciático. El Dr. Aimes cita 14 casos de ciática en su estadística.

Las venas profundas forman una vasta red de vasos voluminosos con grandes anastomosis en todo su trayecto y gracias a su calibre regresan más o menos toda la sangre de las partes superficiales de la pierna a las profundas. Las válvulas las mantienen al abrigo de los golpes de la presión venidas del tórax y del abdomen, los músculos las sostienen y por sus contracciones empujan la sangre que llenan estas vastas redes venosas en el período de reposo. Estos movimientos sucesivos de contracción y de relajamiento de los músculos del miembro inferior ayudados por la serie de válvulas distribuidas regularmente en el interior de las venas y por sus fibras lisas de su armazón, aseguran con la aspiración del corazón izquierdo y la aspiración torácica, la circulación venosa en los miembros inferiores.

En los individuos normales la sangre circula parte en las vías superficiales por las safenas y la mayor parte en las vías profundas; las válvulas osteales impiden el reflujó de la sangre de la vena femoral a la safena y además regularizan la presión en las venas; esta presión debe ser inferior en la femoral para permitir el derrame de la sangre y si esta presión es elevada, la válvula se cierra.

CAPITULO V

Anatomía patológica de las várices sometidas a las inyecciones esclerosantes.

En cuanto a los trastornos patológicos de las venas sometidas al método esclerosante es como sigue: Estos estudios tienen una interesante conclusión práctica, explica claramente la ausencia de las embolias en dicho tratamiento. El proceso de obliteración de la vena sometida a la inyección esclerosante es muy especial y diferente al proceso de las flebitis; el primero es de origen químico, localizado, limitado y hiere las venas superficiales; el segundo es de origen infeccioso, difuso, ilimitado y hiere las venas profundas y por esta diferencia la han querido individualizar, dándole el nombre de venitis por oposición al de flebitis.

La obliteración por las inyecciones esclerosantes se obtiene como lo han demostrado los exámenes histológicos, por irritación del endotelio de la vena. El endotelio irritado reacciona, se congestiona, se hipertrofia en una primera fase, en un segundo tiempo, la fibrina de la sangre se deposita al nivel del endotelio lesionado y se adhiere fuertemente por una ancha superficie y el coágulo de fibrina así adherido está al abrigo de un desprendimiento de su punto de inserción en la pared y dar origen a una embolia, el coágulo se organiza perfectamente y luego viene la esclerosis, el tejido cicatrizal venoso se reabsorbe progresivamente hasta que desaparece casi por completo.

Algunos autores han designado con el nombre impropio de inyecciones coagulantes a las esclerosantes; este título no corresponde a las propiedades de estos medicamentos, pues se ha demostrado con experiencias que las soluciones de dichos medicamentos puestas en contacto in vitro con la sangre, la vuelve incoagulable. Es suficiente de aspirar algunos c. c. de sangre en la jeringa que contiene la solución esclerosante y se comprobará que el coágulo no se forma.

M. M. Ombredanne y Delageniere han tomado quirúrgicamente un fragmento de un grueso cordón venoso inducido por una inyección de quinina y de uretano, quince días después de puesta la inyección. A la abertura de la pieza han notado un gran coágulo rojo, adherente sobre toda la parte que ha sido lesionada por la inyección; este coágulo presenta en su parte superior fibras conjuntivas

que le atraviesan en sentido horizontal, siendo por consiguiente el principio de su organización; después de separar el coágulo se observa que el endotelio venoso ha perdido su aspecto liso y unido que le caracteriza en toda la superficie de adherencia y particularmente al nivel de las válvulas o en su vecindad, presentándose rugoso y áspero; el líquido inyectado sufre un ligero paro, lo que le permite obrar más enérgicamente sobre el endotelio venoso; resulta que al nivel de las válvulas insuficientes, el endotelio fuertemente lesionado, se cubre de fibrina que se organiza con rapidez, la estrechez natural a este nivel se encuentra exagerada y contribuye a detener los coágulos que se desprenden por lo que se explica la ausencia de embolias.

Tal es el proceso de la venitis experimental. En la flebitis de las venas profundas, cuyo tipo es la "Flegmatia alba dolens", la inflamación se extiende poco a poco hasta alcanzar la casi totalidad del miembro afecto; a veces se puede extender al miembro del lado opuesto por intermedio de las venas iliacas (flebitis en herradura de caballo). En todo caso el conjunto del vaso del miembro toma parte en esta inflamación. En la flebitis infecciosa el coágulo es a menudo libre, flota en la masa sanguínea, se adhiere a la pared por una pequeña superficie por lo que es fácil que se desprenda. En la venitis no se observa fiebre desde el momento que no hay infección, no hay edema porque solo las superficiales son obliteradas, no teniendo dificultad la circulación venosa profunda, no se observan dolores vivos y continuos, tan especiales en la sintomatología de la flebitis infecciosa, porque son respetados los vasos de los nervios y los vaso-vasorum por las soluciones esclerosantes.

Complicaciones de las várices.

Entre ellas tenemos: 1.º, las complicaciones mecánicas: a) ruptura externa manifestada por una abundante hemorragia a consecuencia de la distrofia venosa y en ciertos casos de la hipertensión, esta ruptura se hace al nivel de una dilatación azulada y superficial, se puede producir espontáneamente, sin ningún esfuerzo, durante la noche, cuando el enfermo está en reposo y en decúbito dorsal, como ha pasado en varios casos.

b) Ruptura interna que se conoce con el nombre de "golpe de látigo" (dos casos). El sujeto siente de mo-

mento un vivo dolor brusco, el miembro se vuelve impotente, a la palpación se comprueba la formación de una masa dura, apareciendo más tarde una equimosis.

c) Dilatación considerable del cayado de la safena interna.

2.º Infecciosas: Flebitis y peri-flebitis varicosa, limitadas a segmentos cortos de dichas venas, consistiendo al principio en una inflamación y terminando a veces en una esclerosis venosa, las flebitis supuradas son excepcionales.

3.º Trastornos tróficos: La sangre en las venas varicosas en el miembro inferior circula en sentido contrario, de arriba abajo, se estaciona en las dilataciones venosas, no puede ser totalmente renovada por la sangre arterial, porque no puede franquear los capilares cuya presión es inferior a la presión venosa, la nutrición de estos tejidos se hace defectuosa y los trastornos tróficos aparecen, en los casos avanzados, cuando las lesiones de las arterias y la de los nervios se une a los antes citados, éstos tienen que ser de mayor gravedad.

El eczema varicoso se presenta en una proporción del 61% de los estados varicosos, bajo sus tres formas de: eczema seco de escamas furfuráceas, de grandes escamas y el eczema agudo que evoluciona por brotes.

La úlcera varicosa que es muy frecuente en los estados varicosos avanzados, ya sea uni o bilateral. El edema crónico que también es de los casos avanzados, siendo más marcados por la tarde después de los trabajos del día.

Por último se han observado seis casos de várices complicados de elefantiasis varicosa, en algunos de ellos han dado buen resultado las inyecciones esclerosantes.

CAPITULO VI

Indicaciones del método esclerosante.

1.º—El tratamiento por medio de las inyecciones esclerosantes, tienen su principal indicación en los casos de várices esenciales o verdaderas de los miembros inferiores con insuficiencia valvular.

2.º—En las várices congénitas o que aparecen en la juventud.

3.º—En las várices traumáticas que son muy sensibles a las soluciones esclerosantes.

4.º—También están recomendadas en las várices de las piernas complicadas con úlcera, cuando ésta vaya acompañada de venas dilatadas, los resultados obtenidos por las inyecciones intravenosas de soluciones obliterantes son satisfactorias.

5.º—En las várices complicadas de hemorragias, puesta la inyección esclerosante en este momento, obra como hemostático inmediato y sus resultados ulteriores son como en las demás várices, es decir obliterantes.

6.º—En las várices que persisten algún tiempo largo después de los partos.

7.º—En las várices complicadas de toda clase de eczemas.

8.º—Las várices consecutivas a la profesión (cocineros, cantineros, mozos de café, tipógrafos, aplanchadoras, lavanderas, etc.)

Contra-indicaciones del método.

Es de muchísima importancia conocer en clínica los casos en que no debe el médico bajo ningún concepto, someter a estos enfermos al tratamiento esclerosante, para no exponerse a ningún accidente grave que puede conducir al paciente a la muerte.

Todo médico que quiera tratar un varicoso por medio de las inyecciones esclerosantes, debe antes someter a su enfermo a un examen clínico minucioso y completo; gracias a los exámenes practicados así, se han podido evitar toda clase de accidentes desagradables.

El método de las inyecciones esclerosantes no es aplicable a todos los varicosos de los miembros inferiores, lo que se debe tener muy presente.

Entre estos casos de contra indicación están por ejemplo: los enfermos de edad avanzada, los pletóricos, los hipertensos, los cardíopatas de toda clase y principalmente los mal compensados, los cardiorenales, durante el embarazo, en los enfermos antiguamente afectos a la flebitis profunda, ya sea reciente o antigua; un síntoma que debe investigarse y que demuestra que hubo una flebitis profunda, es la dilatación de la red venosa supra-pubiana, dilatación que debe ser respetada; en las várices compresivas por tumores abdominales, se debe de obrar sobre la causa, en toda clase de arteritis.

El examen de la orina debe de practicarse sistemáticamente y debe tratarse con mucha prudencia aquellos enfermos que a pesar de tener su estado general bueno, tienen en su orina albúmina o glucosa.

En enfermos varicosos que se quejan de dolores en los miembros inferiores, debe examinarse bien la articulación, los huesos, los músculos y las arterias porque a veces van acompañadas las várices de una artritis o una arteritis y en este caso no tiene efecto el tratamiento.

No debe tratarse las várices colaterales formadas por grandes dilataciones al nivel de la raíz de los miembros, abdomen o de las mamas y que son consecutivas a la obliteración de las redes venosas profundas por una flebitis antigua, ya de la femoral, pelviana o de otro origen.

CAPITULO VII

Tratamiento de las várices por las inyecciones esclerosantes.

Durante los últimos tres años se ha usado el tratamiento por las inyecciones esclerosantes de preferencia al operatorio en el tratamiento de las várices.

Examinado el enfermo y reconocido que es el caso indicado para ser tratado por las inyecciones esclerosantes, se procede a la inyección.

La técnica de las inyecciones obliterantes es muy sencilla y no requiere ningún material especial.

Indicaciones de la técnica:

Posición del paciente.—Para la inyección se puede poner al enfermo en tres posiciones diferentes; de pie sobre la mesa, sentado o recostado, el vendaje para la turgescencia de la vena ha sido completamente abandonado, porque a la vez es inútil y perjudicial de servirse de una ligadura constrictora.

La posición de pie y sentada tienen la ventaja de facilitar la punción de la vena, pero es necesario de continuar en esta misma posición durante toda la inyección, lo que es contrario a la técnica, porque se debe procurar que la masa muscular esté en completo relajamiento. La posición en decúbito es la más aceptada por la mayoría de los que se han interesado por este tratamiento, por ser la que más se presta para la técnica; en esta posición la vena está un poco vacía de sangre, el líquido inyectado entra más fácil-

mente en contacto con el endotelio y se encuentra en una concentración mayor, los músculos en relajación completa, la corriente sanguínea se verifica con más lentitud y favorece que el contacto del líquido sea más prolongado, suficiente para que ejerza su acción irritante sobre el endotelio y que la venitis se pueda organizar en toda forma para la obliteración completa de la vena.

Se ha construido una mesa especial para este tratamiento (Vachero), que facilita al paciente pasar con rapidez de la posición sentada a la de decúbito, de tal modo que se hace la punción de la vena en la primera posición y la inyección en la segunda. La región que se debe elegir para la inyección es variable y según el criterio del operador; unos recomiendan comenzar de arriba abajo y otros de abajo arriba, no hay por consiguiente ninguna regla a este respecto, lo más corriente es inyectar primero las venas más dilatadas.

Método operatorio.—Consiste en una inyección intravenosa que se practica con una aguja de bisel corto y de un diámetro de 0'5 a 0'6 mm., se dan algunas pinceladas de tintura de yodo en la región que se va a inyectar; después de perforar la piel y la pared de la vena, empújese la aguja 1 ó 2 mm. más para convencerse que la aguja está en la luz de la vena, pues la causticidad del líquido exige que antes de proceder a la inyección se tenga la certeza absoluta de que la inyección se haga en la vena; hecho esto, se empuja el líquido lentamente, el único dolor que debe sentir la enferma es la penetración de la aguja en el tejido sub-cutáneo; este dolor desaparece con rapidez y el resto de la inyección debe ser completamente indolora; cuando el enfermo experimenta una sensación de quemadura y de dolor vivo en la región inyectada, quiere decir, que el líquido no está entrando totalmente en la vena; parte de esta solución cae en el tejido peri-venoso; esto se debe evitar por la acción escarótica de la mayor parte de las substancias que se inyectan con este objeto.

Terminada la inyección puede dejarse la aguja en su sitio por un momento o retirarse bruscamente y aplicar una torunda de algodón absorbente en el punto inyectado para evitar el reflujó del líquido fuera de la vena.

Conducta del tratamiento.—Cada vórices tiene su reacción propia ante las soluciones esclerosantes y por consiguiente es el médico quien debe de graduar en cada caso la concentración de la substancia cáustica y utilizar la solu-

ción más fuerte o más débil que sea eficaz; algunas venas reaccionan con soluciones débiles y otras con fuertes, el mismo que una requiere más aplicaciones que otras, es la "susceptibilidad venosa". Las inyecciones se practican generalmente dos veces por semana, con intervalo de tres días para dejar a la inyección que haga su efecto. Si después de la inyección existe dolor en el trayecto de la vena inyectada y aun más si hay reacción local indica que la irritación del endotelio se ha efectuado y que el proceso de la venitis está en evolución; cuando esta reacción comienza debe suspenderse las inyecciones en estas regiones.

En cuanto al número total de las inyecciones y de la cantidad de solución necesaria para el tratamiento completo de un varicoso es muy variable, depende de muchas causas; la antigüedad de la lesión, la extensión, la clase de vórices y la susceptibilidad especial que las caracteriza.

Después de las inyecciones esclerosantes de quinina y urea, no se han observado fenómenos generales, salvo en enfermos con tendencia a la lipotimia, consistiendo en palidez, sudores fríos que pasan rápidamente; cuando se ponen dosis fuertes de quinina puede aparecer zumbido de oídos. Los fenómenos locales consisten en una vaso-constricción, en las venas superficiales; cuando se inyecta en la vena una substancia esclerosante, el vaso disminuye de calibre y se manifiesta exteriormente por palidez de los tegumentos, y por algunas palpitations musculares; algunas horas después de la inyección puede aparecer a veces equimosis a nivel del punto inyectado; son sin importancia, traducen la extravasación de cierta cantidad de sangre que se ha escapado por el agujero que deja la picadura de la vena, estas equimosis desaparecen después de varios días.

En la tarde o al día siguiente de la inyección, el enfermo experimenta una sensación de calor local, los tegumentos de la zona inyectada se inflaman ligeramente con enrojecimiento de la piel; la palpación es dolorosa, la venitis está constituida; esta reacción no se produce siempre, pero se le advierte al enfermo en caso que le aparezca para que no lo extrañe.

Se han visto gran número de enfermos que han curado de sus vórices sin reacción local aparente; diez minutos después de la inyección el enfermo puede dedicarse a sus ocupaciones, este método es ambulatorio. La reacción local constituye un buen síntoma favorable para la obliteración de la vena, es la expresión de una buena irritación, es la

venitis obliterante de Sicard que es lo que se persigue con las substancias esclerosantes. El proceso de esta venitis es completamente diferente al proceso de la flebitis.

Desde que la inflamación aparece, se aplica en esta zona empastada compresas calientes de agua salada (una cucharada de sal de cocina en un litro de agua hervida), reposo; estos fenómenos duran de tres a seis días, después se atenúan y desaparecen casi por completo.

A la segunda aplicación se nota que después de este primer período, las dilataciones venosas han disminuido y ha quedado en su lugar un cordón duro y ligeramente doloroso, este segmento duro que corresponde a la vena obliterada ya no hace saliente bajo los tegumentos; esta esclerosis se extiende en un segmento de vena de 6 a 8 cm. de log., poco a poco estos cordones duros van desapareciendo y al cabo de tres meses no existen y ha quedado en su lugar una ligera línea pigmentada. Después de las primeras inyecciones los enfermos se sienten mejor y los síntomas de que se quejaban han desaparecido.

Puede aparecer un ligero edema por la supresión de la circulación superficial, pero es muy pasajero e indica que la obliteración de la vena se ha efectuado.

Duración del tratamiento.—Generalmente son suficientes de 2 a 6 aplicaciones con la solución de quinina y urea, cada aplicación se hace de 4 a 6 c. c. de solución de quinina al 5 % y urea al 2'50 en diversos puntos de la vena varicosa.

Accidentes provocados por las inyecciones.

Los accidentes son muy raros y deben evitarse con una técnica correcta.

Entre los principales accidentes tenemos los siguientes:

1.º El hematoma, es debido a una falta de técnica, ya sea por el uso de una gruesa aguja o porque no se hizo la compresión después de la inyección; en este caso hay reflujo de una mezcla del líquido inyectado y de sangre que se escapa por el orificio de la punción de la vena que no se ha cerrado por la compresión, inmediatamente viene la formación de una equimosis simple o acompañada de inflamación que desaparece poco tiempo después; la esclerosis es lenta o no se forma, cuando la cantidad del líquido escapado por el orificio de la vena ha sido bastante.

2.º Por falta de técnica también puede pasar que la totalidad del líquido inyectado pase al tejido peri-venoso,

dando origen a una inflamación local, acompañada a veces de escarificación de la piel; en este caso conviene suspender inmediatamente la inyección e inyectar a continuación algunos c. c. de suero fisiológico, para diluir el líquido inyectado y volver su acción menos irritante; cuando la substancia es cáustica puede provocar la escara, lo que no pasa con las soluciones de quinina y urea.

La venitis puede propagarse cuando la cantidad de la solución es grande y su concentración fuerte.

Las recidivas.—En una proporción de 4 % de los enfermos tratados se observan que éstos vuelven a consultar respecto a la misma enfermedad. La mejoría que han notado desde el principio de su tratamiento estos enfermos persiste, pero pasa que nuevas várices aparecen; éstas no se consideran como recidivas si no como várices nuevas desde el momento que al examen se comprueba que estas dilataciones son flexibles, suaves, su coloración es azulada; la enfermedad venosa en estos casos ha continuado su evolución con sus nuevos brotes; el tratamiento esclerosante ha suprimido las dilataciones existentes y ha sido impotente para evitar la formación de nuevas dilataciones; el tratamiento esclerosante es sintomático y no causal, lo mismo pasa con el tratamiento quirúrgico; pero el tratamiento esclerosante tiene la ventaja a este punto de vista y es por su acción esclerosante que extiende a todo el sistema venoso superficial, volviendo lo menos apto para las dilataciones secundarias. Hay recidivas verdaderas en una proporción de 1 %, las venas inyectadas se dilatan de nuevo, en este caso se distingue una cadena pigmentada y la vena es dura. Estos casos de recidiva se explica por la insuficiente obliteración de la vena inyectada y parte de la luz de la vena es conservada lo que da lugar a que la vena siga dilatándose.

En los enfermos que se ha provocado una esclerosis verdadera jamás hay recidivas.

Estudio comparativo y dosis a inyectar de las diferentes substancias esclerosantes.

El carbonato de soda solo tiene interés histórico, es un medicamento esclerosante activo, pero abandonado, porque es muy escarótico, es suficiente una gota que pase al tejido subcutáneo para determinar una escara.

Montpellier y Lacroix han usado el Biyoduro de mercurio en la forma siguiente; usan la solución al 1% o

2%, esta solución contiene también el 1% de yoduro de sodio, se inyecta un c. c. de esta solución y se puede a veces poner 2 c. c. en una misma sesión, se debe usar con prudencia para no producir fenómenos de intolerancia.

La quinina es entre las sustancias esclerosantes la que menos contraindicaciones tiene y cuyos resultados en el tratamiento de las várices es excelente. Fué preconizada por Genevriér, Belot, después Aimes, Le Blaye.

Se usa la solución de quinina al 5% y de urea 2'50%, la cantidad de solución que se emplea es de 6 a 8 c. c. en varios puntos de una misma vena separados por unos 8 c. m. de distancia.

Esta solución tiene la gran ventaja sobre la de salicilato de soda que es anestésica y hace las punciones indoloras, aún cuando se escape parte de la solución inyectada en la vena por el orificio hecho por la aguja, no es peligrosa como la anterior y no provoca dolores vivos ni calambres. En cambio puede ayudar a la esclerosis del tejido peri-venoso y favorecer así la estrechez de la vena y evitar que se dilate más, no provoca escara como las demás soluciones si se inyecta a la dosis indicada y conforme a la técnica. A veces produce durante algunos segundos una ligera sensación de quemadura, seguida inmediatamente de anestesia, lo que es una gran ventaja para las inyecciones sub-mucosas (Hemorroides) o sub-cutáneas (Várices).

No debe de inyectarse más de 1 c. c. de solución en un mismo punto, la primera sesión es generalmente de 2 a 4 c. c. de solución en varios puntos de la vena escalonados a 5 o 10 c. m. de distancia. En las demás aplicaciones se puede aumentar la cantidad de la solución hasta 8 c. c. sin haber observado un solo accidente.

La curación completa se obtiene generalmente después de 2 a 6 aplicaciones; el tratamiento es puramente ambulatorio.

Los resultados son excelentes y a veces brillantes y rápidos, en vista de esto, algunos autores dejan la solución de quinina para uso en sus consultas externas y portadores de voluminosas várices, las soluciones de quinina no exponen a la venitis progresiva como pasa con otras soluciones.

El salicilato de soda es empleado desde el año de 1922; su acción irritante para que sea activa se necesita de soluciones concentradas, de lo contrario es demasiado débil.

Si por falta de técnica o por que no fué posible obstruir completamente el orificio de la vena hecho por la aguja, se escapa algo de la solución inyectada, provoca dolores vivos, calambres que a veces se extienden a todo el miembro y su acción irritante se efectúa en los tejidos peri-venosos. Si no se hace una investigación clínica completa del origen de las várices, como pasa con los que padecen de una lesión ya sea de los riñones o del corazón y parte de este medicamento inyectado pasa al torrente circulatorio, puede con mucha facilidad provocar un choc.

Se recomienda usar las soluciones al 20, 30, 40 y 50%; se principia generalmente por 2 c. c. de solución, conviene siempre tantear la susceptibilidad venosa de cada sujeto, la reacción que provoque será el verdadero guía para el operador, de aumentar o disminuir la cantidad de solución y su concentración; se recomienda no pasar de 6 a 8 c. c. de las soluciones citadas anteriormente.

Las pequeñas dosis de solución de salicilato de soda termina por endurecer la pared venosa sin lograr la obliteración de la vena y estas venas ofrecen después gran resistencia a los líquidos esclerosantes aun a concentraciones mayores. El número de inyecciones depende de la extensión, número, dilatación, antigüedad, de la uni o bilateralidad de las várices, se calcula que un tratamiento compuesto de cinco a seis inyecciones es suficiente, su duración es de dos o tres meses.

Además de estas sustancias esclerosantes, se han ensayado otros medicamentos para esclerosar la vena; tenemos por ejemplo el citrato de soda usado por (Troisier), el cloruro de sodio muy concentrado, al 20% usado en varios hospitales de Estados Unidos lo mismo que la glucosa al 50% con resultados no satisfactorios.

En la actualidad existe gran número de sustancias químicas que tienen la propiedad obliterante de las venas pero únicamente se usan tres con las que se han obtenido buenos resultados.

En los casos que he tenido ocasión de tratar en el Hospital General he usado la solución de quinina al 5% y de urea al 2'50% con resultados excelentes, pues de los casos tratados hasta la fecha con este medicamento se ha logrado la obliteración completa de las venas várices y de sus complicaciones.

Tratamiento de las complicaciones de várices.

Entre las principales complicaciones observadas en los estados varicosos tenemos los siguientes: Hemorragias, se han observado gran número de casos varicosos complicados de hemorragias, además del tratamiento de urgencia, que consiste en reposo, los miembros inferiores elevados, con una curación ligeramente compresiva, el tratamiento esclerosante da en estos casos un efecto notable, suprime inmediatamente la hemorragia; se inyecta en el punto hemorrágico o en su vecindad, de 2 a 3 c. c. de solución de quinina y urea en las proporciones ya indicadas; en todos los casos que se ha aplicado este tratamiento ha dado buenos resultados.

En el eczema varicoso, el tratamiento esclerosante es posible y no es raro que encontremos arriba de la zona afectada una serie de venas dilatadas; en estos casos se asocia a la fibrosis curativa los tratamientos clásicos locales y cuando la esclerosis venosa es obtenida, se observa lo más a menudo una regresión progresiva del eczema.

El tratamiento de la úlcera varicosa por las sustancias esclerosantes ha dado magníficos resultados, sobre todo cuando esta úlcera está acompañada de dilataciones venosas visibles y cuando su verdadero origen es varicoso; en las demás clases de úlceras no da resultados, al tratamiento de la vena se debe unir el tratamiento local.

Cuando existe edema en la pierna es imposible inyectar las venas, en este caso el enfermo será sometido a reposo absoluto en la cama, las piernas elevadas, masajes hechos de abajo arriba, algunas venas se vuelven visibles o perceptibles al tacto y las inyecciones esclerosantes se pueden entonces aplicar; en las primeras inyecciones el enfermo mejora y si se le somete a un tratamiento espaciado puede llegar a curar por completo.

Resultados generales obtenidos por este tratamiento.

La mayoría de los casos tratados por las inyecciones obliterantes proporcionan los resultados más favorables, se curan aún los casos más avanzados al cabo de tres meses, la obliteración de la vena es permanente y se convierte en un cordón duro.

Se observa una recurrencia en un 15% de los casos tratados, no en las venas obliteradas si no en las varico-

sidades que aparecen después de las inyecciones, puesto que se ha comprobado que el estado varicoso es una diátesis y el tratamiento puramente sintomático, por consiguiente no debe extrañarse por la aparición de nuevos brotes varicosos; en tales casos algunas inyecciones complementarias, pueden producir nuevos resultados favorables.

El tratamiento de las várices por las inyecciones esclerosantes, no solo hace desaparecer las salientes deformantes, si no que evita los trastornos funcionales, calambres, sensación de pesadez, hormigueos, calor y los dolores.

El tratamiento con inyecciones comparado con el tratamiento operatorio.

El tratamiento más antiguo es el quirúrgico, todavía usado por muchos cirujanos. Este método ha sido ineficaz en gran número de casos continuando con una mortalidad bastante alta, hospitalización y molestias post-operatorias y por eso ha sido abandonado por los mejores cirujanos. La operación de Schede fué la más usada por muchos años y la más radical, las cicatrices que deja son muy extensas y poco estéticas, bien practicada ha dado buenos resultados. La operación de Babcock modificada por Mayo es satisfactoria en muchos casos pero no cuida de las venas colaterales, el porcentaje de las recidivas es alto. Roberto Miller ha demostrado cómo las venas se forman y sus puntas que han sido cortadas forman anastomosis a través de la cicatriz dando origen a nuevas várices.

La operación no debe de intentarse cuando hay infección externa de la pierna, por ejemplo, cuando hay úlcera de grandes dimensiones.

Debido a la extensa resección en la operación de Schede, la infección de la herida es muy frecuente y a veces se encontraba necrosis de toda la región operada. Es claro que un método que evite las complicaciones y dé mejores resultados funcionales, al mismo tiempo que es más estético y no requiere una larga hospitalización, constituye un gran avance en la terapéutica de las várices. Este es el método de las inyecciones esclerosantes.

Se ha publicado un cuadro comparativo de los resultados obtenidos por medio de las operaciones de gran número de Cirujanos del American College y Surgeons y es como sigue:

	Nº de casos	%	Nº de Cirujanos
1º—Número de casos de várices operados...	6771	.....	119
2º—Muertos por embolismo después de la operación.....	35	0'53	119
3º—Muertos por otras causas después de la operación.....	28	0'41	119
4º—Núm. de muertos post-operatorios.....	63	0'94	119
5º—Núm. de casos de embolismo post-operatorios sin ocasionar la muerte.....	37	0'54	119
6º—Término medio de días en el Hospital..	15 días	.....	111
7º—Término medio de días después de la operación, en que el paciente regresa a su trabajo.....	34/8 días	.....	90
8º—Porcentaje de recidivas en un año.....	.....	5%	29
9º—Porcentaje de recidivas durante 5 años	19/2%	.....	22

Se consideran 5,300 casos tratados por el método de las inyecciones esclerosantes, entre ellos solo hubo únicamente 4 casos de embolia pulmonar fatal o sea una mortalidad de 0'00754%. En este artículo se considera la muerte causada por la septicemia general, envenenamiento por el fluido inyectado, extensión de la trombosis provocada intencionalmente. Este último no habría ocurrido si no hubiera habido una infección secundaria con intervención quirúrgica.

Sumario: La mortalidad por embolismo pulmonar después del tratamiento operatorio es de 0'53%. Comparado con 0'00754%, después del tratamiento por las inyecciones. El número de embolismo pulmonar sin fatalidad son insignificantes después del método de inyecciones, comparada con la frecuente aparición después del método operatorio.

El método operatorio nos da un 0'41% de muertos por otras causas como la Pnemonía. Rarísimo en el método de inyección.

Casi todas las operaciones para la escisión de venas requieren anestesia general. El método por inyecciones requiere únicamente unas tabletas analgésicas preliminares.

El tratamiento operatorio requiere un término medio de 15 días en cama post-operatorio. El de inyecciones no se necesita estar en Hospital.

Los casos operados pierden como 34/8 días de trabajo. Los casos inyectados pueden continuar su trabajo.

Hay muchas más recidivas siguiendo el sistema operatorio; las recidivas después de las inyecciones técnicamente perfectas son rarísimas.

- 1.º—Las inyecciones intravenosas de quinina y urea en la vena varicosa provoca una reacción química local hipertrófica al principio y atrófica después (Venitis) obliterando y atrofiando a la vez los vasos superficiales dilatados.
- 2.º—Producen la obliteración de las várices con ligero dolor, hacen desaparecer el vaso dilatado, disminuyen o desaparecen los trastornos funcionales ocasionados por los estados varicosos.
- 3.º—La solución empleada es la de quinina y urea al 5% y 2'50 respectivamente.
- 4.º—No he observado ningún accidente después de la aplicación de una serie de inyecciones con estas substancias.
- 5.º—El tratamiento es completamente ambulatorio, es indicado en las várices verdaderas de los miembros inferiores con insuficiencia valvular de las venas.
- 6.º—Es igualmente aplicable en todas las complicaciones varicosas citadas anteriormente.
- 7.º—La quinina y urea no expone a la venitis progresiva como pasa con otras substancias esclerosantes.
- 8.º—El método por la inyección tiene la ventaja que un nuevo grupo de várices se puede tratar sin necesidad de otra hospitalización y nuevos gastos para el paciente.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

C. M. GUZMÁN.

Imprimase.

JUAN J. ORTEGA.

Observación Número 1.

J. J., de 60 años de edad, originaria de Amatitlán y residente en Guatemala, soltera, oficio cocinera, ingresa el 22 de Enero de 1929, al Primer Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

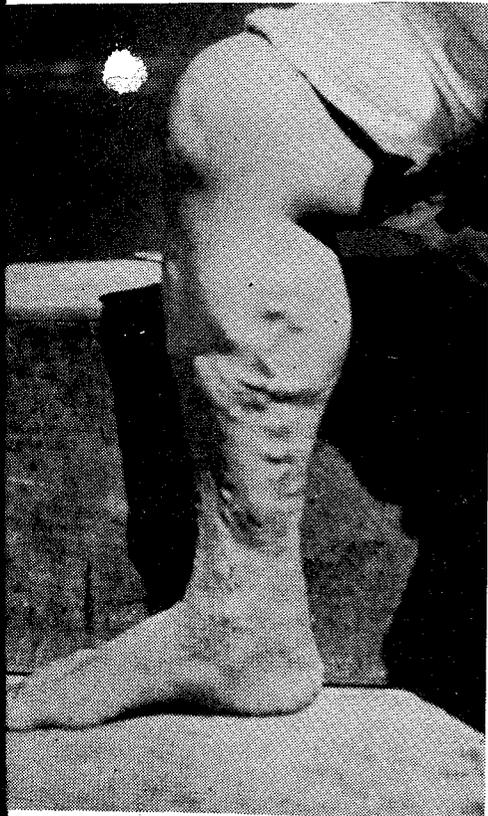


Fig. No. 1.

Tomada antes del tratamiento, 23 de Enero de 1929.

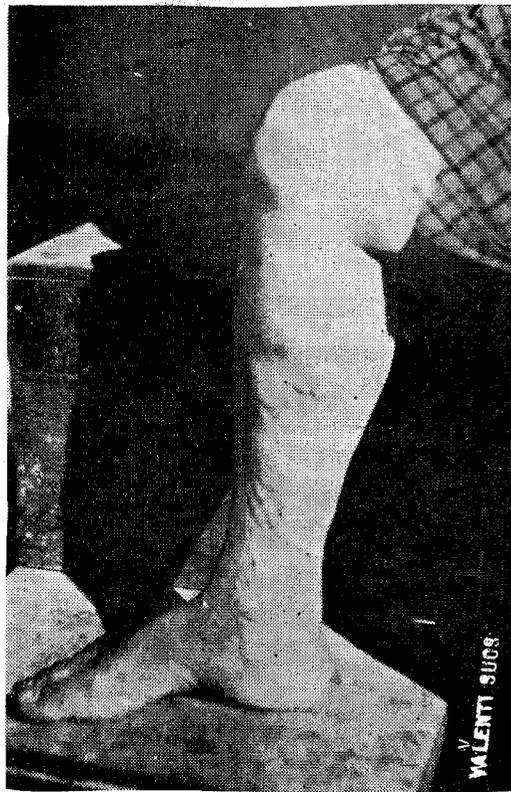


Fig. No. 2.

Tomada después del tratamiento, 16 de Febrero de 1929.

Antecedentes personales: Paludismo, Sarampión, regló a los 12 años, normales, hijos, 6, suspensión de reglas a los 45 años.

Historia: Refiere que a los 2 años de haberse suspendido las reglas, comenzó a notar que las venas de la pierna derecha se le dilataban progresivamente y a los pocos días sintió un ligero hormigueo que le aumentó poco a poco, acompañado de cansancio, picazón, dolores en ambas piernas, no puede permanecer mucho de pie, estas molestias disminuyen cuando camina.

Examen local de la enferma: Las venas superficiales de la pierna derecha presentan dilataciones en toda su extensión desde la parte baja del muslo hasta el tobillo, siendo más marcadas en su cara interna, como puede verse en la figura N.º 1., estas dilataciones se dejan deprimir fácilmente y vuelven a su volumen cuando se deja de presionarlas, la palpación es algo dolorosa, hay ligero edema, cuando está en la estación de pie, la enferma se queja de hormigueo en la pierna derecha, lo mismo que siente picazón, dolor, cansancio y pesadez.

El examen del resto de los órganos: Normales.

Diagnóstico: Varicés esenciales de la pierna derecha, aparecidas durante el período de la menopausia.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: El 23 de Enero de 1929, se le aplicaron dos inyecciones de 3 c. c. cada una, de una solución de Clorhidrato neutro de quinina al 5 % y de urea al 2'50 %, en dos puntos distintos de la vena varicosa de la pierna derecha.

Segunda aplicación, el 26 de Enero, cantidad, 6 c. c. de solución en tres puntos diversos.

Tercera aplicación, el 30 de Enero, cantidad. 8 c. c. de solución, en cuatro puntos distintos.

Cuarta aplicación, el 2 de Febrero, cantidad, 8 c. c. de solución, en cuatro puntos distintos.

Quinta aplicación, el 6 de Febrero, cantidad, 10 c. c. de solución en cuatro puntos distintos.

Resultados: En la segunda inyección se observó que los trastornos que presentaba la enferma estaban disminuidos, las dilataciones varicosas iban desapareciendo poco a poco, los hormigueos, dolores, cansancio y piquetazos los dejó de sentir por completo, las venitis locales hipertróficas provocadas por las inyecciones esclerosantes cada día más atrofiadas hasta que desaparecen casi por completo como puede comprobarse en la figura N.º 2 de esta tesis.

Terminación: Sale curada el 16 de Febrero de 1929.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

L. ESTRADA G.

Observación Número 2.

J. P., de 56 años de edad, originaria de Mixco y residente en Guatemala, soltera, oficio lavandera, ingresa el 16 de Abril de 1929, al Primer Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.



Fig. No. 3.

Tomada antes del tratamiento, 20 de Abril de 1929.

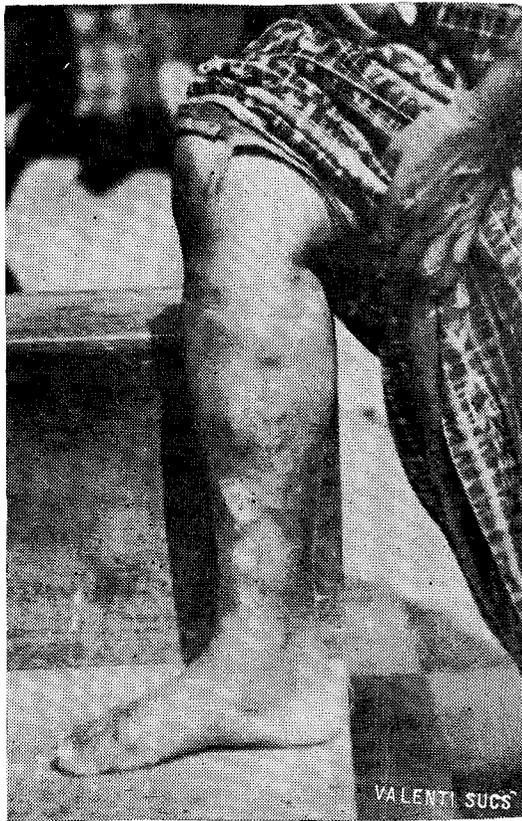


Fig. No. 4.

Tomada después del tratamiento, 4 de Mayo de 1929.

Antecedentes personales: Fiebre tifoidea, regló a los 14 años, normales.

Historia: Refiere que hace un año le apareció una mancha negra, grande en la pierna derecha, que le duró algunos días y después le desapareció, la pierna la sentía dormida, pesada, hormigueo, dificultad para andar; en el mes de Septiembre del mismo año, se le reventó, saliéndole más o menos según la enferma, un litro de sangre, después de que la sangre dejó de salir, le quedó una pequeña heridita, sin dolor

que le iba creciendo rápidamente hasta que se convirtió en una verdadera úlcera de grandes dimensiones.

Examen local de la enferma: En la cara antero-interna de la pierna derecha encontramos una ulceración, de forma irregular, situada en la unión del tercio medio con el inferior de una circunferencia de 8 cm. de bordes cortados, irregulares, con pérdida de la piel y la mayor parte del tejido sub-cutáneo como aparece en la figura 3, de bordes blancos, poco dolorosa, comezón, infectada y con secreción serosa-quinolenta.

Examen del resto de los órganos: Normales.

Diagnóstico: Úlcera varicosa.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Primera aplicación el 20 de Abril de 1929, cantidad 6 c. c. de solución de quinina y urea al mismo título, en dos puntos distintos.

Segunda aplicación, el 24 del mismo mes, cantidad 6 c. c. de solución en dos puntos distintos.

Tercera aplicación, el 27 de Abril, cantidad 6 c. c. de solución, en tres puntos distintos.

Resultados: A la segunda inyección, la obliteración de las venas que rodeaban la ulceración, era completa, los trastornos que la enferma presentaba habían desaparecido y la úlcera estaba cicatrizada perfectamente después de la tercera aplicación, como se puede ver en la figura 4 tomada un día antes de darle su alta y 8 días después de observar la cicatrización de la úlcera para ver si no se reproducía.

Terminación: Sale curada el 4 de Mayo de 1929, de dicho Servicio como se demuestra en la figura 4 de esta tesis.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

L. ESTRADA G.

Observación Número 3.

F. R., de 30 años de edad, originario de San Raymundo y residente en Guatemala, de oficio cantinero, ingresa a la Consulta Gratuita del Hospital General, el 6 de Febrero de 1929.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes colaterales: Hay dos hermanas que padecen de varicés.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Historia: El enfermo refiere que hace un año comenzó a notar que las venas de la pierna derecha y la parte inferior del muslo se le iban dilatando progresivamente, acompañada de picazones, hormigueo, calambres por la noche, cuando permanece algún tiempo de pie, estos síntomas se manifiestan más.

Examen local del enfermo: A la inspección se comprueba, que desde la parte media del muslo por su cara posterior, principian las dilataciones venosas bajo la forma de un cordón que se extiende desde esta región hasta el tobillo, son flexibles y se deja deprimir con facilidad, no son dolorosas, el enfermo acusa adormecimiento en toda la pierna, calambres, pesadez, no puede permanecer mucho tiempo de pie.

Examen de los demás órganos: Normales.

Diagnóstico: Varicés esenciales de la pierna y parte del muslo.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Primera aplicación, el 6 de Febrero de 1929, cantidad 6 c. c. de solución de quinina y urea al mismo título que las anteriores, en dos puntos distintos de la vena.

Segunda aplicación, el 9 de Febrero, cantidad 6 c. c. de solución, en dos puntos distintos.

A este enfermo se le hicieron 8 aplicaciones de inyecciones esclerosantes durante todo su tratamiento, con la misma solución, igual concentración y con intervalos iguales.

Resultados: A la segunda inyección se dió cuenta el enfermo que los síntomas que presentaba a un principio iban desapareciendo poco a poco, a la quinta aplicación todos estos trastornos no existían, ya podía dedicarse a sus ocupaciones sin tener ninguna molestia, a la 7.^a aplicación todas las venas inyectadas estaban completamente obliteradas; la venitis local provocada por estas inyecciones se encontraba perfectamente formada en todas aquellas regiones donde se inyectaron estas soluciones.

Se suspendió el tratamiento en este tiempo y se le indicó al enfermo que regresara dentro de dos meses, al cabo de este tiempo volvió y se pudo comprobar que la venitis local hipertrófica que habían dejado las inyecciones, ya habían desaparecido y que en su lugar se notaba la atrofia de los cordones endurecidos por estas soluciones, el sujeto estaba completamente curado de sus varicosidades.

Terminación: Se le da su alta al mes de su tratamiento.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Bº Vº

C. M. GUZMÁN.

Observación Número 4.

E. R., de 28 años de edad, originaria y residente en Coatepeque, soltera, oficio planchadora, ingresa al Primer Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital General, el 24 de Enero de 1929.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Regló a los 14 años, irregulares.

Historia: Refiere la enferma que hace 8 años le principiaron dolores en ambas pantorrillas, últimamente le salieron unas manchas rojas en algunas partes de las piernas, sintiendo al mismo tiempo calambres por la noche, piquetes, ardor y cuando está de pie siente toda la pierna dormida y pesada.

Examen local de la enferma: Se nota que las venas superficiales de las dos piernas están dilatadas, en el trayecto de una de las venas internas de la pierna izquierda, a nivel de su tercio medio, se encuentra una pequeña úlcera en vía de cicatrización, la palpación es algo dolorosa, no hay edema, la enferma acusa calambres nocturnos, tensión en toda la pierna, dormida, no puede permanecer mucho de pie.

Examen del resto de los órganos: Normales.

Diagnóstico: Varicés en ambas piernas, complicada de una pequeña úlcera en la pierna izquierda.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Primera aplicación el 25 de Enero de 1929, cantidad 6 c. c. de solución de quinina y urea en dos puntos distintos, pierna izquierda.

Esta enferma dilató un mes en tratamiento durante el cual se le hicieron 8 aplicaciones, cuatro en cada pierna de 6 y 8 c. c. de solución en diversos puntos. Se le suspendió el tratamiento el 10 de Febrero de 1929.

Resultados: Después de la segunda aplicación, los trastornos que la enferma presentaba, comenzaron a desaparecer, la pequeña úlcera de la pierna izquierda había cicatrizado. A la cuarta aplicación las dilataciones venosas habían disminuido, el proceso de la venitis estaba formado y los síntomas de que la enferma se quejaba desde un principio, ya no los tenía, se le indicó que dentro de dos meses regresara para volverla a examinar.

Terminación: Sale curada el día 20 de Febrero de 1929.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

R. MAURICIO.

Observación Número 5.

M. L., de 38 años de edad, originaria de la Antigua y residente en Guatemala, soltera, oficio cocinera, ingresa a la Consulta Gratuita del Hospital General el 23 de Enero de 1929.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Regló a los 14 años, normales, hijos 6, abortos uno.

Historia: La enferma refiere que hace 10 años viene padeciendo de dolores en la planta del pie izquierdo con hormigueo, adormecimiento de la pierna, calambres por la noche.

Examen local de la enferma: Al examen encontramos que en la región poplítea izquierda, las venas superficiales de esta región están dilatadas y se extiende desde este punto hasta la parte inferior de la pierna, hay dolores espontáneos sobre todo cuando la enferma permanece de pie, usa hormigueos, siente la pierna dormida, pesada, tensa y calambres por la noche.

Examen del resto de los órganos: Normales.

Diagnóstico: Varicés de la región poplítea y pierna izquierda.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Primera aplicación, el 23 de Enero de 1929, cantidad 5 c. c. de solución en dos diferentes puntos.

Segunda aplicación el 26 de Enero, cantidad 6 c. c. de solución en dos puntos.

Tercera y cuarta aplicación respectivamente el 29 de Enero y 2 de Febrero, cantidad 6 c. c. de solución en cada una, puestas en varios puntos de las venas dilatadas.

Resultados: A la segunda aplicación la enferma se siente mejor, el proceso de venitis local hipertrófica provocado por las soluciones esclerosantes está formado, la obliteración de las venas dilatadas es completa al final de la cuarta inyección y todos los síntomas de que se quejaba han desaparecido por completo.

Se suspende el tratamiento el 2 de Febrero del mismo año.

Terminación: Sale curada y se le da su alta el 4 de Febrero de 1929.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

C. M. GUZMÁN.

Observación Número 6.

F. C., de 28 años de edad, originaria de la Antigua y residente en Guatemala, soltera, oficio costurera, ingresa el 28 de Enero de 1929.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Regló a los 14 años, normales, un aborto de dos meses, mareos, fué operada de extirpación de los ovarios.

Historia: Refiere que a la edad de 20 años comenzó a notar que las venas de ambas piernas se le iban dilatando progresivamente, esta dilatación le principió arriba de la rodilla, a los cuatro años después, tenía completamente cubiertas ambas extremidades por anchas dilataciones azuladas que se extendían desde la parte media del muslo hasta la cara dorsal de los pies, últimamente los síntomas eran demasiado molestos, consistiendo en hormigueos, calambres, las piernas muy pesadas, tensas, dificultad para la marcha, no puede permanecer de pie ni dedicarse a sus oficios con libertad.

Examen local de la enferma: Al examen se comprueba que ambas extremidades están cubiertas por gran número de venas dilatadas, dispuestas bajo la forma de una extensa red azulada, que principia desde la parte media del muslo hasta la región dorsal de los pies, sinuosas, flexibles, no hay dolor, la enferma acusa que las piernas se le duermen, siente calambres, pesadez, dificultad para la marcha y para sus ocupaciones, ligero edema, las piernas están aumentadas de volumen.

Examen del resto de los órganos: Normales.

Diagnóstico: Varicés de ambas piernas.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Primera aplicación el 30 de Enero de 1929, cantidad 6 c. c. de solución en dos puntos.

El tratamiento de esta enferma ha sido demasiado largo debido a la gran extensión de las venas dilatadas, sus aplicaciones se han hecho cada cuatro días, la obliteración de las venas se ha conseguido con lentitud, las dilataciones de unas venas han desaparecido, otras han disminuido, los síntomas que la enferma acusaba han desaparecido por completo, la estación de pie ya no le es molesta, ligereza para los movimientos y puede dedicarse a sus ocupaciones.

Terminación: A esta enferma se le hacen todavía sus aplicaciones en aquellas venas que aun no se han obliterado.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

C. M. GUZMÁN.

Observación Número 7.

A. M., de 52 años de edad, natural y residente en Guatemala, casada, oficios domésticos, ingresa a la Consulta Gratuita del Hospital General, el 13 de Febrero de 1929.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Regló a los 14 años de edad, normales, hijos cuatro, menopausia a los 45 años de edad, hemorroides.

Historia: Refiere que hace como diez años le comenzaron aparecer en la pierna izquierda pequeñas dilataciones venosas, al principio sin ninguna molestia, últimamente estas dilataciones han aumentado, sintiendo hormigueos, calambres por la noche, piquetazos, comezón frecuente, con descamación de la piel sobre todo en su tercio inferior, cuando está de pie siente que la pierna se le duerme, muy pesada, tiene dificultad para la marcha.

Examen local de la enferma: Las venas de la pierna izquierda están dilatadas, principian desde la parte inferior del muslo y terminan cerca del tobillo, sinuosas, flexibles se dejan deprimir, hay ligero edema, en la cara interna y en su tercio inferior se encuentra un punto negro como de 5 mm. de diámetro de coloración negra, tiene todo el aspecto de una parte de tejido necrosado, no es doloroso, es el principio de una úlcera varicosa por falta de irrigación sanguínea en estos tejidos, además se observa que la piel se descama con facilidad, bajo la forma de pequeñas escamas, comezón muy frecuente.

Diagnóstico: Varicés de la pierna izquierda complicado de eczema de pequeña escamas.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Primera aplicación el 14 de Febrero de 1929, cantidad 5 c. c. de solución, en tres puntos distintos, pierna izquierda.

Las siguientes aplicaciones se practicaron con intervalo de cuatro días cada una, cantidad 6 c. c. de solución en diversos puntos de las venas dilatadas sumaron un total de 8 aplicaciones.

Resultados: Después de la segunda aplicación los trastornos que la enferma presentaba fueron desapareciendo conforme a las inyecciones, a la sexta aplicación la enferma se sentía bien de sus piernas y a la octava la obliteración de las venas era total, el proceso de la venitis local provocada estaba completamente formado.

Terminación: Sale curada y se le da su alta el día 16 de Marzo de 1929.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

C. M. GUZMÁN.

Observación Número 8.

V. R., de 30 años de edad, originaria de Santa Rosa y residente en Guatemala, soltera, de oficio cocinera, ingresa al Primer Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital General el 22 de Febrero de 1929.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Regló a los 11 años de edad, normales, hijos 6.

Historia: La enferma refiere que hace tres años le comenzaron a salir en la pierna izquierda algunas dilataciones venosas que le aumentan cuando está de pie, después le aparecieron en la pierna derecha, acompañadas de comezón, siente los pies dormidos, ardor en las plantas de los pies y enfriamiento, no puede permanecer mucho de pie.

Examen local de la enferma: Al examen se comprueba que en la región poplítea y cara posterior de ambas piernas las venas están dilatadas, de coloración azuladas, sinuosas, flexibles, cuando está de pie se vuelven más turgentes, se queja de adormecimiento, comezón, enfriamiento y ligero ardor en las plantas de los pies.

Examen del resto de los órganos: Normales.

Diagnóstico: Varicés de ambas piernas.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Primera aplicación el 22 de Febrero de 1929, cantidad 6 c. c. de solución de quinina y urea en tres puntos distintos.

A esta enferma solo se practicaron tres aplicaciones durante todo el tratamiento, las que fueron suficientes para la obliteración de estas dilataciones.

Resultados: A la tercera aplicación la obliteración de las venas dilatadas era completa por el proceso de la formación de la venitis local, las dilataciones menos marcadas y los síntomas que presentaba la enferma habían desaparecido.

Terminación: Sale curada y se le da su alta el 4 de Marzo de 1929.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

R. MAURICIO.

Observación Número 9.

T. B., de 25 años de edad, originaria y residente en Guatemala, soltera, oficio cocinera, ingresa al Primer Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General el 12 de Abril de 1929.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Regló a los 15 años de edad, normales, hijos tres.

Historia: Refiere que hace como un año le aparecieron pequeñas venas azuladas, primero en la pierna derecha y después en la izquierda, únicamente se quejaba de sensación de pesadez y hormigueo, adormecimiento cuando se le aproximaban sus reglas y durante su período.

Examen local de la enferma: Al examinar ambas piernas observamos que las venas del segmento inferior de los muslos y la totalidad de las dos piernas están dilatadas, siendo más marcadas en la pierna derecha y se presentan bajo la forma de gruesos cordones aglomerados, de coloración azulada, flexibles y se dejan deprimir volviendo a su volumen inmediatamente después de suspender la presión que se ejercería en la vena, hay ligero edema, la pierna está aumentada de volumen.

Examen del resto de los órganos: Normales.

Diagnóstico: Gruesas várices de ambas piernas.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Primera aplicación el 14 de Abril de 1929, cantidad 6 c. c. de solución en tres puntos distintos.

A esta enferma se han hecho 8 aplicaciones de 6 c. c. de solución cada una y en diversos puntos de las venas dilatadas con las cuales se ha obtenido la obliteración de las grandes dilataciones que presentaba, mediante la formación rápida del proceso de venitis local, estas dilataciones han desaparecido casi por completo en las regiones en donde se pusieron las primeras inyecciones, los síntomas que acusaba han cedido al tratamiento, el volumen de ambas piernas ha disminuido.

Terminación: Esta enferma todavía tiene algunas pequeñas dilataciones donde se le aplicarán las últimas inyecciones para que el tratamiento se termine y la curación sea completa.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

L. ESTRADA G.

Observación Número 10.

N. A., de 30 años de edad, originaria de Cubulco y residente en Guatemala, soltera, de oficio cocinera, ingresa al Primer Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General, el 4 de Junio de 1929.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Regló a los 14 años de edad, irregulares, mareos.

Historia: Refiere que hace 9 años comenzó a notar que las venas de la pierna derecha se le iban dilatando poco a poco, al año le salió una úlcera en la parte media de la misma pierna, después de varios

años comenzó a sentir los mismos fenómenos en la pierna izquierda. El 4 de Junio se le rompió una vena saliéndole según la enferma como dos litros de sangre, quedándole después una pequeña herida que se le estaba convirtiendo en una úlcera como la de la pierna derecha.

Examen local de la enferma: En la pierna derecha encontramos una gran úlcera que ocupa casi todo el tercio medio de la pierna con pérdida de substancia, la pierna en total está aumentada de volumen, más o menos tiene el doble de la pierna izquierda, las venas son imposibles de encontrarlas, es una de las tantas complicaciones de las várices (Elefantiasis varicosa).

En la pierna izquierda encontramos las venas dilatadas y en la parte media e interna una pequeña úlcera de 2 cm. de diámetro por uno de profundidad, es la pequeña abertura que quedó después de rota la vena y que se está convirtiendo en una verdadera úlcera, tiene ligero dolor, siente las piernas pesadas, calambres, la marcha es difícil, hay adormecimiento de las piernas.

Examen del resto de los órganos: La enferma tiene una ligera anemia consecutiva a la pérdida de sangre debida a la rotura de la vena de la pierna izquierda, el resto de los órganos están normales.

Diagnóstico: Úlceras varicosas en ambas piernas.

Pronóstico: En cuanto al de la pierna izquierda es benigno, pierna derecha reservado.

Tratamiento: En las venas de la pierna izquierda se le practicaron dos inyecciones de quinina y urea, las que fueron suficientes para la obliteración de las venas dilatadas y la úlcera cicatrizó pocos días después de la segunda aplicación.

En cuanto a la pierna derecha el tratamiento daría buenos resultados, pero el aumento de volumen de la pierna dificulta por completo encontrar las venas dilatadas para poderlas inyectar y por esta razón no se le pudo hacer su tratamiento en esta pierna.

Terminación: La enferma está curada de la pierna izquierda y continúa en el hospital para el tratamiento de la otra.

CÉSAR A. ESPAÑA.

Vº Bº

L. ESTRADA G.

BIBLIOGRAFIA

J. A. Sicard.—“El tratamiento de las várices por las inyecciones intravenosas de carbonato de soda” (Marseille Medical, 23 Enero de 1920).

H. Roger (de Marseille).—“Algunas palabras de historia a propósito de las inyecciones intravaricosas” (Marseille Medical, Enero de 1920).

P. Delbet.—“Patología de las várices de los miembros inferiores” (Congreso interno de Medicina de París, 1909).

Las várices por *P. Lecene*.

Las várices por *E. Forgue*.

Sicard y Paraf.—Bol. de las Soc. med. de los Hospitales, 18 de Noviembre 1920, N.º 34.

Sicard, Paraf y Forestier.—“Patología de las venas” 1921.

Montpellier, 16 de Febrero de 1923.

Montpellier y Lacroix.—“Fibrosis curativa de las várices por el biyoduro de mercurio” (Prensa Médica, Marzo de 1924).

Sicard y Gaugier.—“El tratamiento de las várices por el método esclerosante” (Prensa Médica, Junio de 1926).

Le Blaye y E. A. Vandier.—“El clorhidrato doble de quinina y urea; sus aplicaciones en la cura de las várices”. (Boletín Médico, Marzo 1927.)

Las várices y su tratamiento por el *Dr. A. Aimes*.

Linser.—“Tratamiento de las várices por las inyecciones ‘intravaricosas’” (Munch. med. Wochensch., N.º 16, 1924).

El tratamiento de las várices, por el *Dr. Nile*.

El tratamiento por las inyecciones esclerosantes por el *Dr. Rochard*, de Niza.

The Journal of the American Medical Association (Mayo, Julio y Noviembre de 1928, Marzo y Abril de 1929).

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	La retina.
<i>Anatomía Patológica</i>	De la disentería.
<i>Botánica Médica</i>	Boldo.
<i>Bacteriología</i>	Bacilo de Hansen.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Examen externo del ojo.
<i>Clínica Médica</i>	Exploración del riñón.
<i>Fisiología</i>	Del cuerpo tiroides.
<i>Farmacia</i>	Jarabes.
<i>Física Médica</i>	Laringoscopios.
<i>Ginecología</i>	Fibro mioma del útero.
<i>Higiene</i>	Profilaxia de la disentería.
<i>Histología</i>	De la célula hepática.
<i>Medicina Legal</i>	Quemaduras por los ácidos.
<i>Medicina Operatoria</i>	Resección del codo.
<i>Obstetricia</i>	Gestación.
<i>Patología General</i>	Escaras.
<i>Patología Externa</i>	Fracturas del omoplato.
<i>Patología Interna</i>	Flebitis.
<i>Química Médica Inorgánica</i>	Bromuros.
<i>Química Médica Orgánica</i>	Urea.
<i>Terapéutica</i>	Tiocol.
<i>Toxicología</i>	Botulismo.
<i>Zoología Médica</i>	Glossina palpalis.