

Spitalul din Cristur (cond.: E. Nagy) și Spitalul raional din Odorhei (cond.: A. Szilasi)

## OBSERVAȚII ÎN LEGĂTURĂ CU UN CAZ DE GANGRENĂ VENOASĂ

B. Balázs, A. Bodi, E. Várhelyi

Gangrena cauzată de tromboza venoasă este o afecțiune care se întâlnește rar. În cea mai recentă monografie apărută în țara noastră sînt menționate numai 12 cazuri, iar în literatura germană de specialitate se amintesc în total 34 de cazuri în care gangrena a fost cauzată de obturarea extinsă a venelor membrelor fără ca arterele să fie afectate.

*Grégoire* numește acest tablou clinic „phlegmasia coerulea dolens”. *Haimovics* îl descrie sub denumirea de „gangrenă de origine venoasă”, *Backy* și *Ochsner* întrebunțează expresia de tromboflebită complicată cu gangrenă, iar

*Veal* folosește termenul de obturare venoasă acută masivă. Dintre cele 34 de cazuri relatate, 8 au survenit în urma operațiilor, 8 în urma traumatismelor, 5 din cauza nașterii, 5 ca urmare a tumorilor maligne și 8 din cauza altor îmbolnăviri.

*Beat Strassie* deosebește următoarele faze în evoluția acestei afecțiuni:

1. Tromboflebita banală a venelor mari, eventual apariția flegmaziei albe dureroase.

2. „Plegmasia coerulea dolens” manifestată printr-un edem întotdeauna vizibil, care se dezvoltă uneori lent, iar alteori brusc. Pielea membrului e lucitoare, întinsă și cianotică, mai ales în părțile distale. Durerea este de cele mai multe ori intensă și apare atât de brusc încât imită o obturare arterială. Cu toate acestea dezvoltarea gangrenei este precedată uneori numai de o durere discretă. La început temperatura pielii membrului scade numai puțin, la fel ca și sensibilitatea.

Experimental, cauza gangrenei s-a dovedit că este obturarea mecanică masivă a sistemului venos. În cursul experiențelor efectuate pe animale s-a constatat că ligaturarea venei femorale sau a venei cave nu cauzează gangrenă (*Ranvier, Roger, Josue, Leriche, Jung*), și că necroza nu poate fi obținută decât prin ligaturarea tuturor venelor mari și venelor tributare ale membrului inferior, adică numai prin tromboflebită provocată. În acest proces patologic spasmul reflex al arterelor, deși este secundar, constituie totuși un factor important fiind incriminat și pentru durerile care însoțesc tulburările de circulație sanguină.

Pronosticul bolii este destul de sumbru, mai ales atunci când gangrena este deja dezvoltată. Din cele 34 de cazuri amintite mai sus, 15 au avut deznodământ letal, în 16 s-au executat amputări la nivel înalt, iar 3 s-au vindecat fără intervenție chirurgicală. Pronosticul depinde evident de boala de bază, de starea generală a bolnavului și de judiciozitatea tratamentului.

Principiile fundamentale ale tratamentului gangrenei de origine venoasă sînt următoarele:

1. suprimarea spasmului vascular. (Vasodilatația este însă o armă cu două tăișuri, deoarece din cauza obturării venoase staza și edemul pot să se accentueze);

2. tratamentul anticoagulant (are un caracter mai degrabă preventiv);

3. administrarea de antibiotice;

4. tratamentul bolii de bază;

5. ridicarea și imobilizarea membrului bolnav, gimnastică pasivă și apoi activă.

Considerăm că relatarea cazului nostru prezintă interes, deoarece atrage atenția asupra acestui tablou clinic destul de rar.

T. J. femeie, de 59 de ani este internată în secția noastră la data de 1 ianuarie 1959. În antecedente figurează o poliartrită acută la vîrsta de 11 ani și mai tîrziu la 14 ani. (Cu doi ani înainte de internare a fost tratată din cauza unei „afecțiuni cardiace”).

Boală actuală a debutat cu 2 săptămîni în urmă, prin dureri de spate și de cap în prezența febrilității și a unei stări generale alterate. Bolnava are dureri în gamba stîngă și piciorul i s-a umflat puțin. Din cauza suferințelor se prezintă la medicul de circumscripție care stabilește diagnosticul de pneumonie dreaptă administrîndu-i antibiotice. Dat fiind că după cîteva zile gamba stîngă a bolnavei se umflă puternic și starea generală se înrăutățește, medicul curant o trimite la spital cu diagnosticul de bronhopneumonie, tromboflebită și fibrilație auriculară. Examenul medical confirmă diagnosticul. Pulsul neuniform, neregulat are 80 bătăi pe minut. Deficitul de puls 100; tensiunea arterială: 150/90 mmHg. Membrul inferior stîng este umflat mai jos de genunchi, pielea lui este lucitoare și întinsă păstrînd urma degetului. Rezultatele examenelor de laborator: hematii: 4.080.000; leucocite: 11.000; vsh: 28 mm pe oră. În urină nimic patologic. Timpul de coagulare 3 minute, timpul de protrombină 20 sec. Proba de betanafol: pozitivă.

Administram penicilină și streptomycină, antipirelice, cardiotonice și vitamine. Recomandăm repaus sever la pat. Ridicăm și imobilizăm membrul umflat și îi aplicăm comprese călduțe. După o săptămână starea bolnavei se ameliorează considerabil și febrilitatea dispare. Părăsind patul, bolnava devine din nou febrilă, tumefierea piciorului apare într-o măsură mai pronunțată, iar vena safenă mare se palpează deasupra genunchiului ca o proeminență dureroasă consistentă de grosimea degetului subțire.

Instituiim tratament cu trombarină și aureomicină. Tumefierea membrului se accentuează și în gamba stângă apar dureri intense. După 4 zile la degetele I, II, III precum și pe călcii piciorului sting apare o colorație cianotică net delimitată. Tumefierea pină atunci palidă, incoloră a gambei stingi se colorează treptat în roșu. Suprimăm administrarea de trombarină, deoarece timpul de protrombină se prelungește de la 23 la 60 de minute și apare o hematurie microscopică.

În interval de câteva zile pe degete se dezvoltă o cangrenă umedă și de aceea recomandăm amputarea. Amputarea membrului se execută în ziua de 17. I, 1959 la limita treimii mijlocii a fesei. (Chirurg A. Bodi). La operație se constată un infiltrat masiv care înglobează artera și vena femorală. Alături vena femorală cit și venele cutanate sînt trombozate.

Examinînd membrul amputat observăm că artera femorală și ramurile ei mai mari sînt libere, permeabile, în schimb toate venele sînt trombozate. Plaga operatorie se vindecă fără complicații în două săptămîni.

*Discuții.* Tromboza membrului inferioare asociată bronhopneumoniei este destul de frecventă mai ales la persoanele vîrstnice care suferă de varicozități. În cazul descris de noi tromboza a îmbrăcat o formă deosebit de extinsă, complicîndu-se cu necroza degetelor la picioare. Acest caz se deosebește și de sindromul descris de *Beat Strassle*, prin faptul că nu a apărut „phlegmasia coerulea dolens” și că gamba nu a devenit cianotică, ci dimpotrivă hiperemică.

Cangrena umedă a survenit a patra zi după tromboză, cînd aceasta a afectat întreg sistemul venos al membrului. Probabil că în dezvoltarea ei a avut rol și spasmul arterial consecutiv. Colorarea în roșu a pielii gambei se explică prin împiedicarea refluxului de sînge arterial.

*Sosit la redacție: 4 noiembrie 1959.*