

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

1173.

ULCERELE VARICOASE ȘI TRATAMENTUL LOR

TEZA

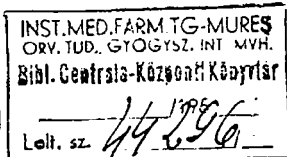
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE -----

DE

KRAUSZ VASILE



23 MAY 2005

1937

TIPOGRAFIA „RECORD” CLUJ, STR. REGINA MARIA No. 9.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. Aleman I.
Bacteriologie	" " Baroni V.
Fiziologia umană	" " Benetato Gr.
Istoria medicinei	" " Bologa V.
Patologia generală și experimentală	" " Bolez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " Buzoianu G.
Istologia și embriologia umană	" " Drăgoiu I.
Semiologia medicală	" " Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " Grigoriu Cr.
" medicală	" " Hațieganu I.
Medicina legală	" " Kernbach M.
Clinica oftalmologică	" " Michail D.
" neurologică	" " Minea I.
Igiena și igiena socială	" " Moldovan I.
Radiologia medicală	" " Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Papilian V.
Clinica chirurgicală	" "
Medicina operatoare	" " Pop A.
Clinica infantilă	" " Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. " Popoviciu Gh.
Balneologia	Prof. " Sturza M.
Clinica dermato-venerică	" " Tătaru C.
Clinica urologică	" " Țeposu E.
Chimia biologică	" " Thomas P.
Clinica psihiatrică	" " Urechia C.
Anatomia patologică	" " Vasillu T.

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : Dl. Prof. Dr. C. Tătaru

Membrii : { D-l. Prof. Dr. V. Bologa
" " " M. Kernbach
" " " I. Aleman
" " " Gr. Benedetto

Supleant : Dl. Doc. Dr. C. Veluda

Introducere.

Cunoașterea și tratamentul ulcerelor varicoase prezintă un interes considerabil, atât din punct de vedere medical, cât și din punct de vedere social.

Fiind o complicație a varicelor membrelor inferioare și survenind la indivizi a căror condițiune socială în majoritatea cazurilor nu permite o îngrijire igienică potrivită, nici un tratament profilactic al dilatațiilor venoase, ulcerele varicoase constituie o infirmitate gravă, care imobilizează bolnavii pentru un timp nelimitat, de cele mai multe ori foarte lung și face înapți de a-și continua ocupațiunea lor obișnuită.

În primul capitol al acestei lucrări voi face studiul patogenetic al acestei afecțiuni.

În al doilea capitol voi face studiul clinic și anatomopatologic ale membrilor atinse. Vom vedea că irigația venoasă insuficientă produce asupra elementelor anatomice, cari constituie membrul inferior varicos, turburări nu numai ale pielii însă și a țesutului celular perivenos și subcutanat, asupra aponevrozelor mușchilor, arterelor și chiar a scheletului. Aceasta micșorează rezistența acestor țesuturi față de factorii etiologici susceptibili de a provoca ulcerul.

În capitolul următor voi descrie diagnosticul diferențial, prognosticul și în fine tratamentul acestei afecțiuni,

Etiologia și patogenia.

Ulcerul varicos se observă deobicei, între 35—60 ani, mai des la oamenii a căror profesiune îi obligă la stațiune verticală și imobilă. Mai departe la acei indivizi, cari trebuie să stea în picioare pe timp îndelungat: bucătări, fochiști, chelneri, hamali, spălătorese etc. Această poziție ușurează formarea varicelor prin staza pe care o favorizează.

Numeroasele sarcini, deasemenea contribuie foarte mult la dezvoltarea varicelor. Apariția varicelor se observă și la începutul gravidității. Se poate ca în aceste cazuri să intervie hidremia sarcinei sau factori endocrinieni. Evoluția varicelor din timpul sarcinei este variabilă. Ele pot dispărea după naștere, sau pot perzista agravându-se în timpul sarcinilor următoare. O oarecare importanță prezintă și ereditatea, astfel se cunosc familii de varicoși. Factorii etiologici cari determină apariția ulcerului pe o gambă varicoasă sunt foarte variabile: ruptura varicelui, flebita varicoasă și periflebita.

Ulcerul care debutează prin ruptura varicelui are evoluția următoare: ruptura se produce în punctul cel mai inferior al varicelui, sau la un punct unde varicozitatea e foarte superficială.

Flebita asociată cu periflebita este o complicație frecventă a varicelui. De multe ori prin sclerozarea trunchiului varicos poate fi socotită ca un eveniment fericit. Deobicei prin reacțiunea inflamatorie pe care o provoacă agravează leziunea existentă și poate forma un punct de plecare a unui ulcer.

Exema uscată, o mică pustulă de impetigo sau ectimă, leziuni ușoare cari se vindecă repede pe un membru sănătos, sunt adeseori originea unui ulcer varicos.

Cea mai mică infecție poate provoca o pierdere de substanță, fără tendință la vindecare mai ales pe un teren rău apărat, cu țesuturi rău irigate și rău inervate cari sunt profund alterate în vitalitatea lor.

Agenții infecțioși cari întrețin starea de inflamație cronică sunt: streptococi, stafilococi și pioceaneu.

Se pare că sifilisul n'ar avea rol important în etiologia acestor ulcere. *Sezari* este de părere că în afară de cazuri excepționale nu se observă de loc ulcere crurale de origine sifilitică.

Condițiunile speciale ale circulației venoase în membrul inferior explică în parte localizarea regională a sindromului ulcerului varicos. În mod normal venele membrelor inferioare sunt prevăzute cu valvule, destinate, să ușureze scurgerea sângelui din membrele inferioare, spre vena cavă inferioară. La aceste valvule se adaugă vis a tergo și contracțiile ritmice ale mușchilor. În urma unor malformațiuni congenitale (lipsa valvulelor), în urma unei flebite supurate sau simple, în fine în urma unor cauze mecanice cum ar fi: stațiunea verticală prelungită și mai ales compresiunea fetusului asupra trunchiurilor venoase în timpul sarcinei, se pot produce dilatări ale acestor vene. Aceste dilatări sunt urmate de o insuficiență a valvulelor. Echilibrul circulator este rupt și se instalează flebectazia.

Lefort și *Schwartz* au demonstrat că micile varice și nu trunchiurile venoase mari sunt acelea cari duc spre ulcerare. Aproape totdeauna turburările circulației venoase sunt întovărășite de turburări nervoase.

Foarte frecvent se constată la nivelul ulcerului turburări sensitive. Se observă adeseori o micșorare a sensibilității dureroase termice și profunde. Alterațiunile sistemului nervos simpatic se manifestă prin turburări trofice. De multe ori afară de turburări venoase și nervoase se mai observă și turburări arteriale. Într'adevăr ulcerul varicos se observă mai des la indivizii atinși de arterioscleroză, la cari aportul sângelui arterial nefiind suficient, turburările nutritive sunt mai pronunțate la nivelul extremităților. De fapt nu se știe dacă al-

terația nervoasă e primitivă sau ea însăși e datorită leziunilor vasculare. Dar după cum spune *Broca*: dela arteră, la venă, dela venă la nerv se pot influența reciproc în funcțiune. Fapt cert însă că vulnerabilitatea extremă a țesuturilor e în efect elementul primordial, iar excoriațiunile ruptura unei varice au numai rol declanșator. Bărbații sunt mai des atinși ca și femeile în raport de 4:3 în aproximație.

Alterațiunile cari conduc la ulcerul crural, pot fi bilaterale, dar e foarte rar că să evolueze în acelaș timp. Mai des e piciorul stâng care e atins prima oară. Astfel Ponteau a observat din 10 cazuri că 7 au fost la stânga. Richeraud explică aceasta prin faptul că partea stângă e totdeauna mai slabă ca partea dreaptă a corpului.



Studiul clinic și anatomo-patologic.

Ulcerul varicos are localizare predilectă în treimea inferioară a gambei pe fața internă. Poate să se localizeze și în alte regiuni; punctele de elecție sunt în domeniul safenei interne. Spre deosebire de gomele sifilitice, cari sunt adeseori multiple și se localizează pe fața externă a gambei.

Ulcerul varicos are o formă neregulată mai mult sau mai puțin ovalară, cu contururi nete, cu margini infiltrate cari însă nu sunt tăiate a pic. Culoarea este roșie, cianotice spre periferie și roșie portocalie spre centru. Suprafața este neregulată, acoperită cu un țesut necrotic gălbui și cruste. Marginile ulcerăției se continuă de regulă cu fondul ulcerului. Marginile pot fi adesea îngroșate și se prezintă calozități. În cazul acesta prin repaus nu diminuează din volumul lor ca în cazul când ar fi edematoase.

Am mai amintit turburările de sensibilitate la nivelul ulcerului, într'adevăr e interesant faptul, că suprafața cărnosă e foarte adesea indolară la percuție, dar dacă apăsăm cu degetul, atunci totdeauna sunt dureroase. În imediata apropiere a ulcerului, sensibilitatea termică e alterată; corpurile reci provoacă senzația unui corp căldușor sau chiar cald. Corpurile calde provoacă senzația de căldură sau durerea arsurilor.

Sensibilitatea dureroasă în jurul ulcerului e mai puțin atinsă, totuși adesea se observă anestezie completă a regiunii. Sensibilitatea tactilă e mai puțin atinsă.

Aceste turburări sensitive pot să precedă adesea apariția ulcerului și pot să persiste și cicatrice.

Experiențele lui Clado și Gilson au arătat că secreția sudorală provocată prin injecțiunile locale de pilocarpină e

totdeauna întârziată sau suprimată, în apropierea ulcerului.

Reflexele cutanate plantare și rotuliene sunt adesea diminuate sau chiar abolite. Temperatura locală de regulă e mărită.

Fondul ulcerației e roșu-viu sau violaceu. Această culoare din urme se accentuează rapid. Fondul e format de muguri cărnoși, a căror suprafață, formează o suprafață mamelonată și care sângerează cu cea mai mare ușurință. De regulă când bolnavul sosește la clinică rău pansat, se observă ulcerul plin cu detritusuri organice cu secreție purulentă. O boală intercurentă poate să mărească această supurație într-o măsură apreciabilă. *Gilson* expune cazul unui bolnav de pneumonie la care în timpul congestiei pulmonare ulcerul varicos pe care-l avea s'a exacerbat, iar după ce i-a trecut pneumonia, ulcerul a mai regresat.

Complicațiunile în ulcer varicos sunt de cele mai multe ori datorite infecțiilor secundare cari însăși pot conduce la leziuni cronice prin repetarea lor. Se observă erizipelul, flegmonul gangrenos și gazos, mai ales la indivizii diabetici, la cari prognosticul e în mod particular sombru. Deasemenea supurațiile bacilului pioceanic au sediul lor predilect în ulcerele varioase.

Maideparte se observă adesea limfagite acute sau subacute. E foarte important să știm complicațiunile acestea, deoarece au o mare repercursiune asupra decursului ulcerului.

Astfel așa numitele calozități. Marginile ulcerului calos sunt infiltrate, îngroșate și îndurate. Acesta e adesea o duritate cartilaginoasă sau chiar lemnoasă. Grosimea marginilor face să se creadă că fondul e dur, ceea ce nu este în realitate. Marginile nu sunt decolate niciodată, nici tăiate a pic, ci se continuă printr'o pantă cu cu fundul ulcerației; aceasta (fondul) e de regulă palid acoperit cu muguri cărnoși și detritusuri cenușii cari se așează pe o bază mai mult sau mai puțin îndurată.

Ulcerul și părțile moi vecine și-au pierdut toată mobilitatea și fac corp cu osul subiacent. Nu e raritate de ob-

servat alterațiuni mai mult sau mai puțin profunde ale tibiei, mai ales când ulcerul se găsește pe fața sa internă. În general însă osul nu e dureros. Puțin cu puțin indurația se întinde și are tendința să câștige părțile mai declive. Piciorul devine cilindric.

Această complicație are efecte dezastruoase asupra evoluției ulcerului varicos, le face aproape incurabile, se produce de regulă o mare pierdere de substanțe.

Se poate însă întâmpla ca leziunile să nu se oprească numai aici și atunci se transformă maideparte la o pseudo elefantiază ulceroasă, cauzate de leziunile locale ale aparatului limfatic și e caracterizat printr'un edem inflamator al pielii pe așesutului celular, a cărui rezultat e o hipertrofie mai mult sau mai puțin considerabilă a părților bolnave. Tot membrul inferior oferă o dispoziție cilindro-conică.

Articulația tibio-tarsiană este înconjurată de o zonă circumferențială ridicată. Tot piciorul prezintă o îngroșare însemnată așa că pare mai scurt ca celălalt normal. Se observă adesea și o falsă anchiloză, bolnavul nefiind capabil pentru nici o mișcare, iar însăși amplitudinea mișcărilor e foarte restrânsă. Edemul care produce în mare parte tumefacția, dă caracterul flegmației albe dureoase. Mâna care apasă asupra pielii percepe o consistență gelatinoasă. O mică lovitură dată în această regiune produce undulațiuni asemănătoare aceloră, cari se produc când atingem o gelatină.

Prinzând pielea între degete, se simte că e foarte îngroșată. Dacă ridicăm pielea, observăm că prezintă grosimea unei coji de portocală.

Edemul se poate întinde pe tot membru, dar la picior și partea inferioară a gambei este mai mult sau mai puțin mascat de indurația dermică, care poate avea o duritate lemnoasă.

Alteori putem găsi chiar n subțiere a piciorului datorit atrofiei musculare.

Elefantiaza ulceroasă se poate complica cu dermatita vegetantă sau papilomatoasă. Ea se localizează cu predilecție în jurul ulcerației.

Anatomia patologică. În ulcerul varicos procesul de granulație e foarte turburat, precum și epidermizarea la suprafață e fragilă. Ulitezele sunt rare. Orice hemoragie e suficientă ca să distrugă această epidermă. În imediata apropiere a ulcerului se găsesc diferitele straturi ale pielii, dar ele sunt profund modificate. Stratul cornos e foarte îngroșat, papilele sunt hipertrofice față de acelea normale. În derma se observă vase dilatate și celule embrionare numeroase.

La nivelul ulcerelor caloase, aspectul marginilor sunt datorite după Unna nu atât țesutului conjunctiv cleros, ci mai mult, că sunt complet invadate de epiteliu cheratinizat. Numai această cheratinizare e rău orientată.

Stratul spinos e foarte gros, trimițând prelungiri în dermă, înconjoară marginile și tapetează atât fața inferioară, cât și superioară. Ele izolează de restul ulcerului. Așa că epidermizarea nu se poate efectua. Scleroza dermei și a țesutului conjunctiv subcutanat invadează de regulă regiunile subiacente. Muschii sunt atinși de miozită interșițială cu degenerescență granulo-grăsoasă.

Oasele sunt atinse de osteo-periostită, bine studiată de Reclus. Inflamația produce de cele mai multe ori o hipertrofie și nu o distrucție osoasă. Articulațiile vecine ulcerului sunt adesea interesate, cari pot să dispară. Așa s'a semnalat dispariția peroneu-tibialei inferioare, astragolo calcaneene.

Arterele de cele mai multe ori sunt ateromatoase. Arterele tibiale: anterioară și posterioară pot să-și dubleze grosimea.

Venele varicoase aderă în acelaș timp de țesutul celular. Fabre a văzut că aceste vene pot fi obliterate sau numai se strâmtează, neputând preciza dacă această stenoză e primitivă și provocatoare de pachidermie sau din contră ea e consecința acesteia.

Ganglionii limfatici sunt înconjurați de o atmosferă celulo-grăsoasă, ceea ce ne face impresia că sunt mai groase, decât sunt în realitate. Suprafața lor e roșie violacee, la secțiune, centrul lor cenușiu sau gălbui. Ei sunt transformați în

țesut fibros și impermeabilitatea lor joacă un rol evident în producția și persistența dermatitei pseudo-elefantiazice.

Leziunile nervilor a fost studiată de Quenu. Ele pot varia prin hipertrofie până la îngroșarea scleroasă a unui țesut veritabil cavernos.

Diagnostic. Ulcerul varicos e de regulă unic și e situat în partea infero-internă a tibiei. El e destul de mare și de formă eliptică. Marginile sale nu sunt decolate, și se continuă cu fondul ulcerației. Apoi se prezintă cu marginile atone, fără tendința la cicatrizare.

Trebue să facem diagnostic diferențial cu scrofulogomele și cu gomele sifilitice cu cari adesea se pot confunda.

Scrofulogomele le putem diferenția însă luând în considerare vârsta, pentru că ele apar mai ales la indivizi sub 20 ani, mai ales în a treia copilărie și adolescență; ele fiind adesea consecința unei infecții tuberculoase de tip bovin. Spre ușurarea diagnosticului diferențial putem să facem și prin punerea în evidență a bacililor Koch din ulcerație, precum și din simptomele generale a unei tuberculoze generalizată.

De sifilis se deosebesc ulcerele varicoase prin aceea că primele se localizează cu predilecție dealungul marginii anteroexterne a gambei, sunt ulcerații multiple cu caracter distructiv al osului. Apoi dacă aplicăm tratamentul specific, leziunile au o tendință vădită spre vindecare, mai departe făcând reacția Wassermann, o găsim pozitivă. Alte boli de cari trebue să diferențiem ulcerul varicos sunt: erizipelul, la care însă găsim o roșeață accentuată în jurul leziunii, iar temperatura se poate ridica până la 40°.

Mai pot veni în considerare și infecțiile banale cu strepto stafilococ, cari însă sunt cu mult mai benigne și au o tendință spre cicatrizare.

Evoluția ulcerului varicos este cronică, neavând tendința la cicatrizare. Pot să stagneze în evoluție, mai ales când bolnavul stă la pat.

Sunt ulcere cari țin ani de-a rândul, fără tendința de cicatrizare. Acest caz survine mai ales atunci când țesuturile din jur sunt infectate secundar și chiar și osul e atins.

Prognosticul: ulcerului varicos e destul de infaust, întrucât chiar dacă se cicatrizează este supusă recidivelor continue.



Tratamentul

Programul terapeutic vizează în depărtarea produselor patologice, combaterea fenomenelor inflamatorii, a stazei venoase și a altor cauze predispozante. Afecțiuni cardio-renală, arterioscleroza, diabet, stimularea procesului de reparațiune în locul țesuturilor distruse.

Tratamentul ulcercului varicos se poate face prin :

1. Tratament medical ; local și general.
2. Intervenție chirurgicală și de mică chirurgie.
3. Tratament fizioterapic.
4. Tratament hidroterapic.
5. Tratament ambulator.

Alegerea tratamentului se face după indicațiile respective.

Tratamentul medical.

Tratamentul medical general : trebuie bazat pe examenul complet a bolnavului, și variază dela caz la caz. Consistă în combaterea perturbațiilor hepatice sau intestinale stările diatezice, turburările de nutriție.

De altă parte dat fiind importanța turburărilor endocrine, trebuie să restabilim, echilibrul rupt, printr'un tratament opoterapic adecvat. Se pare că thiroida și ovarul sunt mai des cauza, dar pentru evitarea unui diagnostic greșit se pare a fi preferabil a face apel la opoterapia pluriglandulară, după formula :

Extract de glandă suprarenală	0,10
Extract de glandă ipofiză	0,05
Extract tiroidian	0,025

Mai adăugăm la femei :

Extract ovarian	0,10
-----------------	------

Două sau trei cașete pentru o zi timp de 10 zile.

Dacă între timp se observă acțiunea dominantă din una din aceste extracte, atunei se modifică formula în acest sens.

Tratamentul medicamentos : acest tratament util, dar de o importanță secundară, tinde ca să redea venelor proprietățile lor vasoconstrictoare. Dintre vasoconstrictoare venoase cele mai uzate sunt : hamamelis virginica și hidrastis canadensis. Ei vor fi prescriși sub formă de extract fluid sau de tinctură în doze de 0,50—5 gr. pe zi în mai multe fracțiuni de timp.

Li se pot adăuga acestora și preparate de congestionante : tinctura de castane de indian 0,50—1 gr., sau tinctură de capsicum anuum (20 picături à 3 gr.).

E interesul să nu abuzăm prea mult de aceste medicamente.

În genere combinația cu extracte pluriglandulare au dat până acum rezultate satisfăcătoare.

În fine e un medicament, citratul de sodiu, a cărui întrebuințare e foarte justificată la varicoși, în baza proprietăților sale fluidificante ale sângelui, facilitând astfel circulația. E un adjuvant util.

Tratament medical local : constă din repaus la pat, cu membrul întins ușor și ridicat, așezat pe o perinuță. Dacă ulcerul este inflammat și supurat, cu secreția abundentă, cu un miros penetrant și edem inflamator, vom adăuga pansamente umede aseptice sau antiseptice.

Printre antisepticele cele mai uzate sunt : apa oxigenată, comprese Burow, carbo dețterjens, acid taninic, precedate zilnic de băi locale de permanganat. Macerația pielii din jur se evită prin aplicarea de pastă zincată. — Când inflamația se micșorează și țesutul necrotic s'a eliminat de pe suprafața ulcerului, dacă ulcerul nu prezintă o tendință spre cicatrizare, se aplică pansamente de pomezii și în urmă se trece la tratamentul ambulator prin pansamente compresive, dintre care excelează bandajul elastic cu clei zincat. Prin combaterea stazei venoase durerile încetează și vindecarea ulcerației este accelerată.

Exema varicoasă cronică din jurul ulcerației se tratează cu pasta de naftalan, sau tumenol de 5%.

În ulcerile atonice, torbide, pentru stimularea procesului granulativ se uzează pasta granugen sau alifie cu pellidool, extract de rhatania 10 %, ori alifia Miculicz, altele badijonări cu insulină, urmate de pansament de pomadă de insulină proaspăt preparată.

Tratamentul medical local duce la cicatrizare după două luni de repaus absolut. Bolnavul trebuie să mai păstreze un repaus relativ, cicatricea fiind foarte fragilă, cu recidive frecvente.

Indicațiile acestui tratament se fac în perioada când ulcerul este inflammat și supurat. În acest caz aplicarea pansamentelor umede și repausul sunt indispensabile.

Tratament fizioterapic: cu mult mai important ca tratamentul medicamentos, are de scop să activeze circulația încetinită și să conserve țesuturilor elasticitatea lor în felul de a preveni turburările circulatorii și trofice.

Cel mai important în acest fel de tratament e: mersul. Natural trebuie supravegheat și rațional practicat. Mersul prin contracțiile musculare în timpul marșului favorizează circulația venoasă, el previne turburările mecanice și trofice.

Mersul trebuie să fie regulat și progresiv. El nu poate fi prescris în caz când durerile sunt mărite și când venele sunt inflamate. Exercițiul nu trebuie prelungit până la oboseală și trebuie dozat de la caz la caz, apoi se va face repaus, cu picioarele întinse.

În perioada prevaricoasă se va prescrie și cineziterapia: adică ușor mesaj dealungul membrului, orice inflamație contraindică acest procedeu.

Tratament hidroterapic: hidroterapia este indicată în toate perioadele de varice.

Sewel a observat că excitantul principal a venelor e frigul în special când e asociat cu fricțiune ușoară. Sub cuvântul frig aplicat aici, înțelegem toate temperaturile sub 33—34°.

De altă parte micile fricțiuni aplicate măresc, tonicitatea normală a fibrelor circulare ale vaselor.

Mijlocul preferit este baia luată dimineața la sculare.

Această baie poate avea 34° până la 37°. Aceste băi pot fi combinate cu băi medicamentoase: baia sulfuroasă, mai ales la reumatismali. Apoi mai sunt băile alcaline, saline, etc. Aceste bai medicamentoase se prescriu însă numai de 2 sau maximum 3 ori pe săptămână de fiecare dată la început 4—5 minute, mai târziu prin gradație putem ajunge și la 40—50 de minute.

Se mai pot aplica și dușuri, locale sau generale; aplicate cu condiția ca temperatura să fie moderată, iar presiunea slabă. Prea calde sau prea reci ar produce o paralizie vasomotoare.

Se poate combina și baia cu dușul luate în aceeași zi.

Tratament chirurgical. Tratamentul chirurgical se aplică atunci când celelalte tratamente au eșuat. Practicat și în antichitate până în veacul lui Augustus, ulcerele varicoase erau excizate, septico-piemică, a fost scos din practică,

Reluarea tratamentului chirurgical se face la sfârșitul secolului XIX-lea.

Dintre numeroasele metode utilizate rând pe rând, majoritatea a fost părăsită, chirurgii de azi practicând numai rezecția varicelor prin safeinectomie totală sau parțială, anastomoza safeno-femurală și incizia circulară a lui Moreschi, simplă sau întovărașită de simpatectomie, perialterială și rezecția nervoasă. Intre aceste intervenții a lui Moreschi, prin incizia circulară a pielii și țesutului celular, până la aponevroză, este cea mai simplă și ușor de executat și dă de multe ori rezultate excelente. Incizia interesează nervii și venele cutanate și subcutanate. Rezultatele bune par datorite probabil simpatectomiei perifemorale și nu secțiunii venoase.

La ulcere foarte întinse se face transplantăția (Braun). Plombarea epitelială, lambouri, bucățele mici se așează pe fondul granulos la distanța de 1 cm. — La aceasta se adaugă un tratament prealabil de câteva zile cu comprese de nitrat de argint, și un tratament ulterior cu pomezi, la intervale de 2 zile.

Ampulația este o indicație excepțională care se face în cazuri de ulcere varicoase foarte întinse și renitente

la toate tratamentele locale și generale, cu dureri mari, cu elefantiază și supurație pronunțată.

Fleboscleroza.

(Tratamentul stazei venoase).

Această metodă care constă în a oblitera venele varicoase subjacente ulcerului pe care-l întrețin, prin injecții flebo-sclerozante. Această metodă a fost descrisă de Siccard în 1920. și de atunci s'a răspândit destul de mult.

Cunoaștem mai multe feluri de substanțe sclerozante:

1. Salicilat de sodiu în soluție de 20—40% care are avantajul de a nu provoca escare, nu este caustic pentru țesutul celular, totuși Sicard și Forstier, sfătuiesc de a nu trece doza de 2—3 gr. Trebuie să dăm mai întâiu doze mici și numai după aceea să urcăm doza când reacția obținută e insuficientă. În practică aceste soluții au 32—30%. Salicilatul e întrebuințat la ulcerosi artritici și reumatismali.

2. Biodura de mercur, e foarte toxică, doza maximă fiind 0,02. Natural că acest preparat este foarte bun în ulcerele sifilitice. Cu biodura de mercur se înregistrează rezultate tot așa de bune ca și cu salicilatul de sodiu.

Soluția întrebuințată e următoarea:

Biodura de mercur	0,01
Iodură de sodiu	0,01
Apă destilată	1 cc.

Pentru o ampulă sterilizată.

3. Chinina posedă ca și salicilatul și biodura de mercur proprietăți sclerozante.

Iată o formulă:

Clorhidrat neutru de chinină	0,40
Uretan	0,20
Apă destilată	3 cc.

Pentru o ampulă sterilizată.

Se poate injecta mai multe ampule în diferite locuri ale corpului.

Acesta e medicamentul preferit la malarici.

4. Citratul de sodiu aproape netoxic, nu este caustic și care pe lângă putere sclerozantă are și o putere anticoagulantă. Se uzează în soluții de 50 %.

Afară de aceste substanțe sclerozante astăzi se uzează cu mult succes ser hipertonic 20%, sau soluție de dextroză 66%.

Oricare ar fi soluția aleasă, tehnica intervenției este aceeași. Nu este necesar să așteptăm epidermizarea ulcerului afară de cazurile cu edeme inflamatorii foarte întinse și în cazurile în care ulcerul este prea infectat. Injecțiile trebuie să fie făcute în țesut relativ sănătos unde nu există nici o ulceratie, excoriație sau infecție. Se începe cu varicele îndepărtate și ne apropiem progresiv de ulcerul în măsură în care se renovează țesuturile.

Când ulcerul este cicatrizat, se tratează varicele care au rămas, până-ce nu mai rămâne nici un varice în teritoriul ulcerului.

Injecțiile trebuie făcute strict intravenoase pe cea mai mică cantitate infiltrată în țesutul subcutanat provoacă dureri foarte prinunțate și produc necroză.

Injecțiile se pot practica de două ori pe săptămână fără inconveniente. Durata cicatrizării ulcerului este mult mai scurtă decât în tratamentul medical clasic (repaus, comprese) fiind de 2—6 săptămâni.

Tratamentul prin fleboscleroză mai prezintă marele avantaj, putând să fie făcut ambulator.

Acest tratament flebosclerozant își are indicațiile și contraindicațiile:

1. Varicele safenei interne sau a branchelor sale, varice tipice prin insuficiență valvulară.

2. Varicele dureros sau care sângerează ușor.

Contraindicații:

1. Existența unei flebite anterioare:

2. Coexistență arteritei obliterante.

Nu trebuie tratați prin substanțe sclerozante, indivizii care au trecut de 60 de ani. Va fi totdeauna bine de a explora cu oscilometru permeabilitatea arterială a membrului înainte de a întreprinde tratamentul.

3. Varicele de sarcină nu vor fi tratate numai după sarcină, dacă ele nu regresează în mod spontan.

4. Varicele cu edem elefantiazic și micile varicozități superficiale.

Tratament ambulator.

Tratamentul ambulator al ulcerului varicos a fost aplicat prima dată în Anglia în 1787 de către Underwood.

În 1797 Bayreton face pansamente cu diachilon. Rezultatele obținute au fost însă mediocre, așa încât această metodă a fost încetel cu încetel părăsită.

Du Play în 1900, recomandă pansamentele lui *Bayrton* la cari însă asociază un repaus complet, pierzând astfel caracterul ambulator.

În 1882 *Unna* propune tratamentul ulcerului varicos prin pansamente cu zinc. După curățirea și săpunarea minuțioasă și degresarea cu o soluție de potasiu, badijonează membrul împrejurul ulcerului, cu :

Oxid de zinc	20 gr.
Gelatină pură	40 gr.
Glicerină	30 gr.
Apă destilată	80 gr.

Apoi face un pansament compresiv cu fășii de tarlatan. Acest tratament avea desavantajul că pansamentul se relaxa în timpul mersului și trebuia des refăcut.

În 1902 *Maury* descrie următoarea tehnică care permite un pansament stabil, solid și care exercită o compresiune elastică totdeauna egală :

după curățirea ulcerului înmoaie fășile în :

Oxid de zinc	20 gr.
Jelatina albă	25 gr.
Glicerină	50 gr.
Apă distilată	90 gr.

Storce apoi aceste fășii și le aplică împrejurul membrului, astfel se obține un pansament uscat de grosime de grosime de jumătate cm., care comprimă în mod egal tot membrul ceace nu provoacă nici o durere, permite mersul,

care poate rămâne 8 zile și chiar mai mult fără să se desfacă și dă o cicatrizare rapidă în mai puțin de 2 luni. De atunci toți uzează în tratamentul ambulator al ulcerului varicos aceeaș tehnică, modificând numai mai mult sau mai puțin combinația substanțelor întrebuințate.

Tratamentul preventiv.

Formarea unui ulcer varicos poate să fie destul de frecvent prevenită. Profilaxia ulcerului este indicată mai ales la indivizii cu dilatații venoase mari, cari sunt constrânși la muncă grea și la cari ulcerul odată apărut va fi greu de tratat, neputând condamna acești bolnavi la un repaus lung, fiind în majoritatea cazurilor lucrători.

Cel mai bun tratament preventiv este desigur repausul în poziție culcată. Totuși el este de cele mai multe ori irealizabil. În acest caz se recomandă o igienă îngrijită, băi, dacă este posibil și totdeauna lenjerie curată.

Precauțiunile vor fi dublate când apare exema varicoasă, sau o piodermită, cari prevestesc apariția ulcerului.

După vindecarea unui ulcer în scop profilactic, se recomandă bandaj cu ciorapi elastic peste zi.

Observațiuni clinice.

Cazul I. B. A. 47 ani, portar. Boale actuală datează din 1933, când bolnavul a suferit o fractură a gambei drepte în regiunea maleolară. A fost internat în clinica chirurgicală unde i s'a aplicat un aparat gipsat. După 6 săptămâni i s'a scos aparatul și a părăsit clinica. Deatunci a observat o tumefiere a întregii gambe drept și trei ulcerații la acelaș nivel. Fiind tratat de un medic particular 5 săptămâni, s'a vindecat complet. Reluând serviciul, leziunile au apărut din nou.

Starea prezentă: local la nivelul celor două treimi inferioare a gambei drepte se observă un placard care înconjoară gamba, având limitele superioare și inferioare neregulate. La acest nivel pielea are o colorație roză cu o nuanță violacee. Pe fața internă a acestui placard la nivelul unirei treimii mijlocii cu treimea inferioară se observă dacă două leziuni ulcerate, una ceva mai mare decât un bob de mazăre, cealaltă cât o piesă de 100 Lei. Leziunea mai mare este constituită dintr'o ulcerație cu un centru bilobat, rezultat din confluența a două ulcerații, cu marginile ușor ridicate din planul pielei și îngroșate, având o colorație roz-violacee mai deschisă decât colorația placardului. Fondul acestei ulcerații are o culoare roșie-vie, este neregulat, fiind constituit din muguri cărnoși cari sângerează la atingere, pe alocurea fiind acoperit de o secreție purulentă, cenușie murdară. Ulcerația mai mică tinde să conflueze cu cea mai mare și prezintă aceleași caractere.

În primele zile tratament medical cu comprese Burow și Pellidol, apoi bandaj cu Zinklein și la nivelul ulcerului pellidol. După o lună se scoate bandajul și se face flebo-

scleroza, cu 20 cmc. ser hipertonic și comprese cu soluție Burow. Bolnavul părăsește clinica după 6 săptămâni complet vindecat.

Cazul II.—V. L. 20 ani, frizer. Boala actuală datează de 9 ani. În urma unei tromboflebite piciorul drept rămâne tumefiat. Înainte cu 9 luni bolnavul observă deasupra maleolei drepte apariția unei ulcerațiuni mici, care avea tendința la progresiune periferică. Intră în clinică 4. V. 1936. Examenul obiectiv: pe gamba dreaptă cam 4 cm. deasupra maleolei interne se observă o ulcerațiune ovalară, sau de 3 cm. lungime și $1\frac{1}{2}$ cm. lățime, cu margini bine delimitate, cu baza anfractuoașă, roșie-vie, acoperită cu o secreție purulentă gălbuie; marginile sunt proeminente de culoare roză-violacee, iar în jur o zonă brună violacee. Pe gamba întreagă se observă vene foarte dilatate. Subiectiv leziunea este dureroasă. Pe gamba stângă se observă vene dilatate și o cicatrice de 1 cm. lățime și 5 cm. lungime, ușor pigmentată și moale. Tratamentul: în primele zile comprese cu apă oxigenată și nitrat de argint $1\frac{1}{4}\%$, în ziua 5-a se aplică pe plagă pellidol cu vaselină 20% și Zinklein. Urmează un tratament cu unguent Mikulitz și Pellidol. În ziua de 6. VI. ulcerațiunea este cicatrizată. Bolnavul părăsește clinica în 22. VI. complet vindecat.

Cazul III. R. V. lucrător 51 ani. De 4 ani gamba stângă e tumefiată. Înainte cu 4 săptămâni s'a înțepat și de atunci are o leziune care n'are tendința la vindecare.

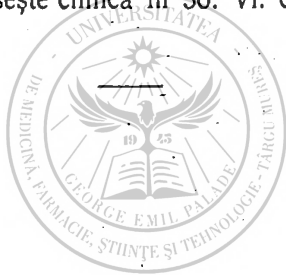
Examenul obiectiv: gamba stângă e în întregime tumefiată, prezentând numeroase varicozități. Pe treimea inferioară pe fața anterointernă a gambei stângi se prezintă o ulcerațiune neregulat rotundă, de mărimea unei monede cu marginile bine delimitate, tăiate a pic, ușor neregulate cu fond anfractuos, acoperit cu o secreție galbenă murdară, dedesubtul căreia apar maguri cărnoși. Ulcerațiunea reaccentuată de un halo eritematos de mărimea unei palme de adult, cu margini șterse.

Tratament: în primele trei zile tratament local cu rivanol și insulină în vaselină. A patra zi se aplică pellidol 20% și Zinklein, care e bine suportat.

Bolnavul părăsește clinica după 18 zile, vindecat.

Cazul IV. M. V. ocupația cantonier la CFR. În antecedente personale scarlatină. Boala actuală datează de aproximativ 20 ani. S'a vindecat în repetate rânduri. De 4 luni din nou s'a exacerbat. Ambele gambe dela treimea inferioară sunt tumefiate, edemațiate. Pielea rosie violacee. Pe fața internă a gambei drepte se prezintă o ulcerație de aproximativ 3 cm. lățime și 6 lungime, cu margini tăiate a pic, acoperită de crustă brună. La ambele gambe se observă venele îngroșate, inflamații varicoase.

Tratament: în primele trei zile comprese cu apă oxigenată și nitrat de argint, $\frac{1}{4}\%$. În ziua 5-a se aplică pe plagă Pellidol, cu vaselină 20% și Zinklein. Peste 4 zile începe să se refacă epitelul ulcerului. Urmează un tratament cu unguent Miculicz și Pallidol. În ziua 10-a VI., ulcerația este cicatrizată, bolnavul părăsește clinica în 30. VI. complet vindecat.



Bibliografie.

- Arochas*: Ulceres variqueux chroniques.
Retsche: Zur ulcus cruris Therapie (Münchener Medic. Wochenschrift 1925).
Glaser: Varicen, Ulcus cruris und ihre Behandlung. (Med. Klin. XIX. 1923).
Cornil: Anatomie pathologique des veines variqueuse (1872).
Delbet et Moqueot: Les varices du membre inférieure.
Deutsch Hugo: Zur Behandlung Ulcus cruris (Wiener Klinik 1930 p. 784).
Duplay: Ulcères variqueux (Progres Medical 1900).
Flygane: Considerations sur les varices et leur traitement (These. Paris 1927).
Fuhs Herbert: Ulcus cruris (Wiener Klin. Woche 1928 p. 1654).
Fournier: Les ulceres variqueux.
Houdard: La cicatrisations de ulceres de jambe (Paris medical, Oct. 1923).
Leriche: Ulcère de jambe (Gazette hebdomadaire).
Louvel: Sur les varices de membres inferieurs et leur traitement medical (Theze, Paris 1925).
Meyer et Weil Spire: Traitement des ulceres variqueux (Journal de Med. et Chirurg.
Pautrier; Schmidt et Ülma-Ulcerre variqueux (Reunioin derm. de Strassbourg, 16 Maiu 1926).
Perutz: Über varicen und ulcus cruris (Wiener Med. Woch. LXXXVI 1926).
Quennu: Etude sur la pathogenie des ulceres variqueux (These de Paris, 1890).
Tripier: Contribution a l'etude des ulceres variqueux.
Rozet: Quelle est l'origine des ulcères variqueux? (Med. Internationale Paris, 1923 p. 185).
Sicard: Traitement des varices par les injections phlebo-sclerozants (Gazette de hopitaux, 1922 n. 97).
Verneuil: Ulceres de jambe (Gazette hebdomedaire, 1855, p. 524. 1861).
-