

*Dpl.*

No. 1368

# Ulcerul varicos



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE .....MARTIE 1939.

DE

KURZBERG FONFEDER GABRIELA.

# Ulcerul varicos



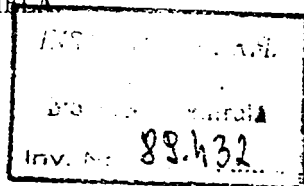
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE .....MARTIE 1939.

DE

KURZBERG FONFEDER GABRIELA

24 MAY 2005



# UNIVERSITATEA DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINĂ

**Decan : D-l Prof. Dr. I. DRAGOIU**

**Profesori :**

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr.	ALEMAN I.
Bacteriologie . . . . .	" "	BARONI V.
Fiziologia umană . . . . .	" "	BENETATO GR.
Istoria medicinei . . . . .	" "	BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	" "	BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	BUZOIANU G. H.
Istologia și embriologia umană . . . . .	" "	DRĂGOIU I.
Semiologia medicală . . . . .	" "	GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	" "	GRIGORIU CR.
Clinica medicală . . . . .	" "	HĂȚEGANU I.
Medicina legală . . . . .	" "	KERNBACH M.
Chimia biologică . . . . .	" "	MANTA I.
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	MICHAEL D.
Clinica neurologică . . . . .	" "	MINEA I.
Igiena și Igiena socială . . . . .	" "	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	" "	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" "	PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală . . . . .	" "	POP A.
Medicina operatoare } . . . . .	" "	POPOVICIU GH.
Clinica infantilă . . . . .	" "	POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	Supl.	" "
Balneologia . . . . .	Prof.	STURZA M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	TĂTARU C.
Clinica urologică . . . . .	" "	ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	URECHIA C.
Anatomia patologică . . . . .	" "	VASILIU T.
Biologia generală . . . . .	" "	RACOVITĂ E.
Chimia . . . . .	" "	SECĂREANU Ș.
Igiena generală . . . . .	" "	ZOLOG M.
Fizica medicală . . . . .	Conf.	BĂRBULESCU N.

## JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte : Prof. Dr. CORIOLAN TĂTARU

Membri : { Prof. Dr. VASILIU T.  
 " " BOLOGA V.  
 " " BENETATO GR.  
 " " POP A.

Supleant : Dl Doc. Dr. GAVRILĂ

## Introducere

Se numește ulcerațiune cutanată, o pierdere de substanță a pielii mai mult sau mai puțin profundă, consecutivă a unui proces morbid.

Ulcerațiunea cutanată, deci nu este decât un simptom care se poate observa în stările morbide cele mai diferite. Astfel sunt ulcerațiunile sifilitice, tuberculoase, diabetice, ulcerațiunile carcinomatoase și sarcomatoase, ulcus-rodens, ulcerul sau mal-ul perforant, s. a.

Însă teza mea va îmbrățișa numai *ulcerul varicos*, sau ulcerul gambei, care după cei mai mulți autori francezi e considerat ca o afecțiune cronică a tegumentelor, având o localizare specială pe gambă și se întinde ca o gangrenă moleculară (Brocq).

Ulcerul varicos survine la indivizii cari prezintă dilatațiuni varicoase.

Cadrul tezei mele fiind limitat numai asupra considerațiilor etiologice, a simptomatologiei și a tratamentului ulcerului varicos, voi dezvolta subiectul în această ordine de idei.

Aici țin să-mi exprim mulțumirile mele Domnului Prof. Dr. C. *Tătaru* pentru frumoasa problemă cu care m'a onorat.

---

# Abstract

The purpose of this study was to determine the effect of a 12-week training program on the physical fitness and performance of young men. The subjects were 20 young men, aged 18-25, who were randomly divided into two groups: a control group and an experimental group. The control group received no training, while the experimental group received a 12-week training program consisting of aerobic and anaerobic exercises. The physical fitness of the subjects was measured at the beginning and at the end of the training program. The performance of the subjects was measured using a series of physical tests. The results of the study showed that the experimental group had significantly higher physical fitness and performance than the control group at the end of the training program.

The physical fitness of the subjects was measured using a series of physical tests. The performance of the subjects was measured using a series of physical tests. The results of the study showed that the experimental group had significantly higher physical fitness and performance than the control group at the end of the training program. The physical fitness of the subjects was measured using a series of physical tests. The performance of the subjects was measured using a series of physical tests. The results of the study showed that the experimental group had significantly higher physical fitness and performance than the control group at the end of the training program.

The physical fitness of the subjects was measured using a series of physical tests. The performance of the subjects was measured using a series of physical tests. The results of the study showed that the experimental group had significantly higher physical fitness and performance than the control group at the end of the training program. The physical fitness of the subjects was measured using a series of physical tests. The performance of the subjects was measured using a series of physical tests. The results of the study showed that the experimental group had significantly higher physical fitness and performance than the control group at the end of the training program.

The physical fitness of the subjects was measured using a series of physical tests. The performance of the subjects was measured using a series of physical tests. The results of the study showed that the experimental group had significantly higher physical fitness and performance than the control group at the end of the training program. The physical fitness of the subjects was measured using a series of physical tests. The performance of the subjects was measured using a series of physical tests. The results of the study showed that the experimental group had significantly higher physical fitness and performance than the control group at the end of the training program.

## Etiologia

Ulcerul varicos se observă de obicei între 35—60, ani, dar și sub această vârstă, mai ales la oamenii, a căror profesiune îi obligă la stațiune verticală îndelungată și oboisitoare, pe timp îndelungat: medici, comercianți, chelneri, bucătari, spălătorese, ș. a. Această poziție ușurează formarea varicelor prin stază, pe care o favorizează.

La femei se observă și la începutul gravidității. Apoi numeroase sarcini contribuie foarte mult la dezvoltarea varicelor. În aceste cazuri se poate că intervine hidremia sarcinii sau factorii endocrinieni. Varicele din timpul sarcinii pot să dispară după naștere, sau pot perzista, agravându-se în timpul sarcinilor următoare.

Ereditatea joacă la fel un rol în apariția varicelor. Se observă că sunt familii întregi cu varice.

Factorii etiologici, cari determină apariția ulcerului pe gamba varicoasă, sunt foarte variabili. Iată teoriile și discuțiile aduse în această chestiune.

1. *Teoriile etiologice vechi.* Cei mai mulți autori incriminează în etiologia ulcerului varicos „*Tulburările trofice*“, dar în totdeauna vin în discuție *ectaziile venoase*. *Homme* întoarce ordinea factorilor și susține că ulcerul poate să se complice cu varicele.

Spre sfârșitul secolului al XIX. dogma originii varicelor a fost bine stabilită, astfel încât *Remy* scrie în tratatul său (1902) următoarele:

„Azi nu e nici o îndoială că ulcerul nu este consecutiv varicelor; personal nu îndrăznesc să susțin opinia veche că ulcerul precedă alterațiunile venoase și să fie cauza lor“.

Urmărind topografia leziunilor în raport cu traectele venelor, *Remy* scrie următoarele: „Ulcerul safenei interne

e cel mai frecvent, apoi urmează ulcerul safenei externe și în sfârșit ulcerul venelor comunicante. Nu există nici o vână sănătoasă în membru, el fiind în stare de cașexie varicoasă“. Alături de autorii cari incriminează în mod direct varicele, sunt alți autori, cari susțin că ulcerul varicos e consecința tulburărilor trofice, cauzate fiind de dilatațiunile varicoase. Se crede astfel că, ulcerul e cauzat de tulburări circulatorii ale limfei (*G. L. Petit*) de prezența edemului, obișnuit în varice (*Cruveilhier*), de alterațiunile pielei (*Lafage, Ricord, Broca, Billroth*), de tulburări trofice (*Quenu*). Acest ultim autor crede că, tulburările trofice sunt consecutive unei nevrite de origină varicoasă, care se trage din nervul sciatic.

*Broca* din contra susține, că leziunile nervoase succed ulcerului. *Ternier* crede la fel că ele sunt secundare și comparabile cu nevritele, cari survin după congelații.

Arterioscleroza a fost invocată de către *Reclus, Quenu, Schreiber, Riedzl* și *Gilson*.

Alți autori caută să explice, de ce ulcerul se localizează la treimea inferioară a gambei: *Wernie* spune că este „*locus minoris resistentiae*“ și *Besnier* califică infirmitatea țesutului acestui regiuni.

2. *Teoriile etiologice actuale.* *M. Favre* insistă asupra unui fapt important, anume asupra subordonației înconstante a ulcerului, față de varice și din această cauză el propune substituirea termenului de „*ulcer varicos*“ cu acela de „*ulcer zis varicos*“. *E. Ramel* într'o lucrare a sa recentă, notează la fel independența ulcerului de alterațiunile venelor mari. Din 153 de cazuri de „complex al varicelor alterate“, *Ramel* n'a observat apariția simultană a ulcerului și a varicelui decât în raport de  $\frac{1}{4}$ .

E drept că, varicele pot să existe fără ulcer și că venele pot să fie indemne, când leziunile ulceroase sunt deja de mult constituite. Aceste documente sunt destule de a afirma că: *varicele nu cauzează ulcerul*. Dar la fel nu se poate trece cu vedere coexistența frecventă a ulcerului și a varicelor. De fapt, un proces foarte general al alterațiunei vasculare este motivul coexistenței între aceste două

manifestațiuni, precum există și alte leziuni, adeseori asociate cu ulcerul gambei, cărora nu li s'a dat până în prezent o atenție cuvenită. De altcum nu se poate considera ulcerul ca o leziune izolată, cauzată de acțiuni pur locale, ci trebuie să facem o legătură între ulcerul gambei și celelalte leziuni viscerale, cari adeseori îl acompaniază. Astfel cheștiunea ulcerului îmbracă o amploară mult mai mare. *Darier* a notat coexistența de tare viscerale la acești bolnavi. *Chaix* semnalează frecvent alterațiuni viscerale multiple: cardio-aortice, vasculare, pulmonare, renale, spleno-hepatice, nervoase. Numeroși bolnavi prezintă afecțiuni ale inimii, fie valvulare, fie cu alte localizări, realizând tipuri diferite de cardiopatii, cu aritmie, hipertensiune, leziuni renale, sau fără acestea.

*Etiologia pur mecanică*: nu poate să ne dea explicațiuni concrete, cu toate acestea nu o putem refuza definitiv, fiindcă condițiunile mecanice ne explică localizarea leziunilor pe membrele inferioare, mai precis pe gambe.

*Teoria endocriniană*. Se susține, că intervin perturbațiuni ale glandelor cu secrețiune internă, a căror acțiune se exercită asupra peretelui venelor, modificând tonicitatea și favorizând acțiunea factorilor mecanici. Se poate susține pe baza acestora, teoria endocriniană a varicelor și a accidentelor varicoase. Ovarul și hipofiza au fost mai ales incriminate că sunt în cauză. Peretele venos cedează sub influența unei tulburări „de echilibru endocrino-neuro-vegetativ”. Inșă insuficiența endocriniană ea însăși are nevoie de o cauză provocatoare, încât această explicație nu satisface dorințele așteptate.

*Teoria inflamatorie* ne prezintă numeroase argumente plauzibile asupra ulcerului gambei și angiodermatitei pigmentate (purpurică) pe care se desvoltă. La mulți bolnavi s'a putut observa, că aceste leziuni apar printr'o flebită consecutivă unei febre tifoide, difterii, a unei scarlatine, sau în urma diferitelor infecțiuni.

*N. Favre* și *A. Jossierand* au notat la bolnavii lor, că ulcerul a fost complicat cu alterațiuni venoase și că venele au fost locul puseurilor manifeste de flebite segmentare,



caracterizate prin roșeață și durere, nu numai a venei însăși, ci și a țesutului care o înconjoară.

*N. Favre* și *A. Josserand* atribue sifilisului un rol mai important în etiologia ulcerului varicos al gambei. Intervenția acestei mari boli generale cu afinitate vasculară, este întemeiată pe motivul existenței frecvente a sifilisului în antecedentele bolnavilor de ulcer, pe natura accidentelor viscerale, concomitente, apoi pe rezultatele furnizate de examinări serologice și pe rezultatele obținute prin terapie antisifilitică prelungită. Istologia ulcerului permite să afirmăm natura inflamatorie a varicelor și a complicațiilor varicoase, dar ea nu ne permite să diferențiem dacă este vorba de o inflamațiune de natură infecțioasă, sau parazitară. Se studiază rolul posibil al acțiunii toxicelor, al intoxicațiilor exogene, al autointoxicațiilor (alcoolism, gută, diabet). Alcoolismul nu pare să fie în cauză, guta se găsește rar.

În ceea ce privește diabetul, *N. Favre* și *A. Josserand* cred ca și *Ramel*, că el nu intervine decât ocazional în evoluția ulcerului gambei. Diabetul este numai o condițiune favorizantă pentru dezvoltarea lui. Mulți autori dau o importanță mare etiologiei microbiene. *Saboureaud* vorbește despre „șancru streptococic cronic“. *E. Glasen* în cursul studiilor sale a găsit în multe ulcere ale gambei, bacilul tuberculos și streptococul și crede că baciii tuberculoși sunt responsabili pentru torpiditatea și rezistența ulcerului gambei, față de tratament. El a găsit focare tuberculoase și infiltrațiuni cronice în ulcere vechi, greu vindecabile, mai ales la marginile tăiate á pic, ale ulceratiunilor. Aceste date n'au fost confirmate, ci din contra, numeroase specii de microbi piogeni au fost puse în evidență de către autori (*Ehrlich*, *Löwenfeld*). Streptococul este evidențiat cel mai frecvent, apoi stafilococul, piocianicul și colibacilul. După aceste lucrări se pare, că ulcerul, vindecându-se, are tendința să devină steril, dar germenii latenți pot supraviețui în el. Pe de altă parte se pare, că există numai o infecțiune la suprafață, fiindcă punctiile repetate au scos din profunzime o serozitate, care în culturi a rămas sterilă. Probabil, că acești microbi piococii, se comportă ca

saprofiti. Proba prin intradermo-reacțiune a lui *Reymond* cu streptococi ne dă frecvent reacțiuni pozitive la bolnavii cu ulcer varicos. Acelaș lucru se remarcă cu levuri și ciuperci, pe cari *Ramel* le-a găsit frecvent pe suprafața ulcerului varicos.

Azi însă este unanim admis, că varicele e adevărata cauză a ulcerului varicos. 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 cava inferioară. La aceste valvule se adaugă și „vis à tergo“ precum și contracțiunile ritmice ale muschilor. În urma unor malformațiuni congenitale (lipsa valvulelor), în urma unor flebite supurate sau simple, 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 ulceratie. Aproape totdeauna tulburările circulației venoase sunt întovărășite de tulburări nervoase. Foarte frecvent se constată la nivelul ulcerului, tulburări senzitive. Se observă adeseori o micșorare a sensibilității dureroase termice și profunde. Alterațiunile sistemului nervos simpatic se manifestă prin tulburări trofice. De multe ori afară de tulburări venoase și nervoase, se mai observă și tulburări arteriale. Într'adevăr, ulcerul varicos se observă mai des la indivizii atinși de arterio-scleroză, la cari aportul sângelui arterial nefiind suficient, tulburările nutritive sunt mai pronunțate, la nivelul extremităților.

---

## Simptomatologia.

După *Ponteau* : „din 10 cazuri de ulcer al gambei, 7 sunt pe membrul stâng“ din cauza, că compresiunea pe vâna iliacă stângă de către sigmoidă, care fiind plină cu materii fecale, produce un deranj în circulația venoasă a membrului inferior stâng, o stază, a cărei consecință sunt varicele. *Rochelaud* explică frecvența ulcerului gambei stângi, prin faptul că partea stângă e mai slabă decât cea dreaptă pe care susține că varicele e la fel mai frecvent pe partea stângă decât pe cea dreaptă. *Bordeau, Dupuis* s. a, susțin ce există o disimetrie între cele două părți, în favoarea părții drepte (d. a. v. a. oplumului, a forței etc.). În evoluția ulcerului varicos deosebim mai multe perioade.

1. *Perioada preparatorie.* În această fază se observă o repartizare inegală de pigmentație, care se acumulează în anumite părți, sub formă de pete mari, rotunde sau diseminate ca niște macule brune asemănătoare cu o erupțiune de lentigo. *Verneuil* a arătat, că aceste placarde sunt adeseori în legătură cu varice profunde și că ele se localizează mai ales deasupra și la nivelul maleolelor. *Hanselme* le-a văzut, sub formă de rețea brună, date de sinuositățile safenei interne, pe treimea inferioară a coapsei. Se observă frecvent și alterațiuni ale unghiilor, unghiile se striează în sensul lungimii lor și prezintă 2—3 dungi transversale. Ea e opacă, surie și devine stratificată și îngroșată, încât iasă din pațul său. Alteori se transformă în formă de ghiare. Această hipertrofie a fanerelor e asociată cu dispariția părului de pe membrul pe care va apare ulcerul. Secrețiunea sudorală e mărită în general în această perioadă, iar mai târziu ea devine mai mică decât normal. Pielea prezintă alterațiuni de dermatită atrofică, ce a fost descrisă bine de

către *A. Broca* și *Hanselme*: Pe partea dorsală a piciorului și a degetului mare, pielea e uscată și lucitoare, roză și aderă de os, ca în sclerodermie. Apariția maculelor purpurice pe gambă e un lucru obișnuit. În această perioadă se poate constata tulburări de sensibilitate termice și tactile, mai ales pe regiunea pigmentată și atinsă de dermatită atrofică. Varicele sunt întotdeauna prezente; dacă nu sunt superficiale, atunci ele sunt profunde. Varicele consecutive sarcinei sunt în pachete alungite, cu pielea nealterată deasupra lor și nu se ulcerează, decât rar. Din contră sunt ale varice, cari se ulcerează. Dacă în această perioadă preparatorie examinăm arterele crurale și poplitee, le vom găsi că ele sunt dure, dar se poate constata des și arterite radiale și temporale (*Jeanselme*). Examinat intern, bolnavul prezintă la inimă: primul zgomot surd, al doilea clanguros; la bază se aude un suflu diastolic, sau un suflu dublu, traducând o insuficiență aortică. Apoi o albuminurie datorită unei nefrite ateromatoase și hemoragii cerebrale la indivizi cu varice au fost semnalate încă și de autorii vechi.

2. *Perioada de ulceratiune*. Poate să survină brusc printr'un traumatism oarecare. Plaga în loc ca să cicatrizeze, se întinde și ia încetul cu încetul, caracterele unei leziuni cronice. Sau câte odată o varice se rupe și sângele revărsat joacă rolul provocator al unui corp străin al tegumentului. Altă dată un furuncul, o pustulă servește ca punctul de plecare al ulceratiunii. În cazuri mai grave, se vede că la un punct al tegumentului crural apare o tumefacție caldă lucitoare și roșie, de aspectul erizipelului, o adevărată dermatită infecțioasă de origine streptococică. Mâncărimea ce o produce, face pe bolnavul să se scarpine, din care rezultă o escorațiune și ulcerul este deja constituit.

Dar debutul cel mai frecvent este eczema varicoasă descrisă de către *Broca*, *Jeanselme* și *Besnier*. Sau o eczemă generalizată, care persistă ca niște placarde pe membrele inferioare; sau ca o eczemă ce debutează pe aceste membre și apoi se generalizează. Însă în orice caz, eczema persistă pe gambe și servește ca punct de plecare pentru

ulcerele varicoase. Dacă eczema este acută, pielea e roșie, caldă, pruriginoasă și umedă, dacă ea e cronică, atunci pielea este uscată, lucitoare, pigmentată și e acoperită de scuame albe, de aspect psoriasiform. La un punct oarecare a suprafeței eczematezate, apare o veziculă sau o veziculo-pustulă, care la grataj se sparge și a cărei bază ușor ulcerată se acoperă cu o crustă, până când ulceratiunea persistă și se întinde sub ea.

În ceea ce privește localizarea mai frecventă a ulcerului varicos, e jumătatea inferioară a gambei, pe fața sa internă, deasupra maleolei, dar îl putem găsi localizat și pe coapsă sau pe picior, însă mai rar. Ulcerul este de obicei unic, dar se poate observa, că apar succesiv mai multe mici ulceratiuni rotunde înconjorate de o zonă inflamatorie, roșie, dureroasă la presiune și care poate fi separate între ele cu zone de piele sănătoasă. Dar după un anumit timp, aceste ulceratiuni se unesc, pentru a forma o plagă mare, cu conturul neregulat, mai mult sau mai puțin polilocic, desvelind originea ei.

Ulcerul varicos odată constituit, are o formă de obicei eliptică, cu axa lui cea mare verticală, sau câte odată e semilunară sau inelară. În această ultimă formă, ulcerul varicos prezintă un prognostic mai înfaust. Dimenziunile leziunii sunt de obicei destul de mari, cu diametre 15—20 cm. chiar mai mari. Fondul este roșu viu sau violacu, cu burgeonări cărnose, al căror ansamblu dă o suprafață mamelonată, care sângerează foarte ușor. O eroziune mai mică prezintă pe suprafață o suculență ușor hemoragică. Plaga netratată și neglijată e acoperită cu puroi și prezintă o fetiditate penetrantă. În acest caz e de ajuns, că printr'o îngrijire cuvenită, secreția purulentă să diminueze și fetiditatea să dispară, însă o boală infecțioasă intercurrentă agravează supurația (leucocitoza este augmentată). Marginile ulcerului se continuă de obicei cu fondul lui. Este rar ca ele să fie decolate, sau tăiate á pic. Ele însă pot fi îngroșate și se prezintă calozități, cari constituie o complicație pe care o vom trata mai jos. Suprafața cu înmuguriri e de obicei indolentă, spontan, la fel e la înțepare, însă la o

presiune este întotdeauna dureroasă. Marginile ulcerului prezintă senzație de căldură atât la atingere cu un corp cald, cât și la cea cu unul rece. Corpurile foarte calde provoacă o durere arzătoare. Sensibilitatea dureroasă e atinsă la fel, se constată o anestezie în jurul ulcerului. Percepția dureroasă e întârziată sau e fals localizată. Sensibilitatea tactilă la fel e alterată până la o anestezie completă. Zona de anestezie termică e ceva mai întinsă, apoi urmează cea dureroasă și în sfârșit anestezia tactilă. Aceste tulburări sensitive pot să precede apariția ulcerului și persistă de cele mai adeseori și pe cicatricea lui.

*Clado* și *Gilsohn* au demonstrat, că secreția sudorală provocată cu injecțiuni locale de pilocarpină este întotdeauna retardată și de multe ori chiar suprimată în vecinătatea ulcerului. Reflexele cutanate, plantare și rotuliene sunt diminuate sau chiar abolite adeseori (*Schreiber* și *Jeanseleme*). Temperatura locală este de obicei foarte ridicată. Dacă ulcerul varicos nu e tratat și e neglijat, atunci marginile devin dure și îngroșate ceea ce autorii francezi vechi au numit „callosité”, care nomenclatură a fost păstrată și până azi. Marginile sunt infiltrate și edemul nu mai păstrează impresiunile digitale, chiar de multe ori edemul prezintă o duritate cartilaginoasă, aproape lemnoasă. Grosimea marginilor dă impresia, că fondul este mai dur decât în realitate. Iar poziția orizontală a membrului influențează puțin tumefacția. Marginile nu sunt nici odată decolate sau tăiate a pic, însă se continuă cu o pantă destul de rapidă cu fondul ulcerului. Raza fondului e îndurată câte odată chiar câțiva centimetri și e constituită dintr'un țesut embrionar.

Ulcerul și părțile moi vecine au pierdut toată mobilitatea și fac un corp comun cu osul subjacent. Nu este rar să se observe alterațiuni și ale tibiei, mai ales când ulcerul se localizează pe fața sa internă, fie că prezintă o îngroșare difuză, care se continuă insesibil cu osul sănătos, fie că prezintă o proeminență, o adevărată exostoză. În general, osul nu e dureros. Incetul cu incetul îndurația se extinde superficial, de obicei și în jos și ocupă părțile declive. Gamba devine cilindrică și dosul piciorului ca și degetele

pot fi cuprinse de indurație. Această dermatită cronică, prezintă d. p. d. v. al evoluției ulcerului un efect dezastroos, ea e torpidă și incurabilă. Ulcerațiunea urmărește rapid indurația în evoluția ei excentrică, și produce o pierdere de substanță întinsă.

Această evoluție progresivă a leziunilor poate să nu se oprească aici și să se ducă la o pseudo-elefantiază ulceroasă cauzate de leziunile locale ale aparatului limfatic și e caracterizată printr'un edem inflamator al pielei și al țesutului celular, al cărui rezultat este o hipertrofie mai mult sau mai puțin considerabilă a părților bolnave. Această hipertrofie atinge însă rar proporțiuni considerabile, cum se observă în elefantiaza adevărată. De obicei partea inferioară a gambei și regiunea maleolară sunt cel mai mult interesate. Dar există pe toată întinderea membrului o împăstare difuză, care îi alterează forma și face să dispară contururile adevărate. Întregul membru inferior dela rădăcina lui până la glesne ne arată o formă cilindro-conică asemănătoare cu un stâlp. La gâtul piciorului se poate constata o diferență de 6—7 cm între circumferința celor două membre

### **Observațiuni Clinice.**

*Cazul I.* S. K. casnică. Neagă boli infecto-contagioase. Boala actuală datează dela prima naștere, acum 22 ani, când bolnava a suferit de o flebită. De atunci boala evoluiază cu perioade de remisiuni De 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ani bolnava a observat o agravare. Localizat în treimea inferioară, pe fața antero-externă a gambei drepte, trecând și pe dosul piciorului, prezintă un placard de mărimea a două palme de copil, la nivelul căreia pielea este difuz eritematoasă, și pe suprafață prezintă 3 ulcerații, a căror mărime variază dela un bob de linte, la o piesă de 50 de bani, având o formă rotundă ovalară. Ulcerațiunile au marginile ușor ridicate deasupra pielei și tăiate á pic, iar fondul este acoperit cu muguri cărnoși. Pe ambele gambe, mai ales la dreapta, prezintă o serie de varicozități,

Se aplică local comprese cu acid tanic 5%. Pe ulcerație se aplică cu pellidol 2%. după care procesul de in-

mugurire fiind prea activ, se creionează cu No. 3 Ag. Primește tot a doua zi 2 cm 3 Campolon i. m. și 5 cm. 3 lapte. Tratamentul se continuă o lună, după care părăsește clinica vindecată.

*Cazul II.* B. A. 47 ani, portar. Boala 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. De atunci a observat o tumefiere a întregii gambe drepte și 3 ulceratii 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 colorație roză cu o nuanță violacee. Pe fața internă a acestui placard, la nivelul unirei treimii mijlocii cu treimea inferioară, se observă 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 ulceratie cu un centru bilobat, rezultat din confluența a două ulceratii, cu marginile ușor ridicate din planul pielei și îngroșate, având o colorație roz-violacee mai deschisă decât colorația placardului. Fondul acestor ulceratii 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. Ulceratia mai mică tinde să conflueze cu cea mai mare și prezintă aceleași caractere. In primele zile, tratamentul medical cu comprese Burow și Pellidol, apoi bandaj cu Zinklein și la nivelul ulcerului Pellidol. După o lună se scoate bandajul și se face fleboscleroza cu 20 cmc. ser hipertonic și comprese cu soluția Burow. Bolnavul părăsește Clinica după 6 săptămâni complet vindecat.

*Cazul III.* V. I. 20 ani, Irizer. Boala actuala datează de 9 ani. In urma unei tromboflebite, piciorul drept rămâne tumefiat. Inainte cu 9 luni bolnavul observă deasupra maleolei drepte, apariția unei ulceratii mici, care avea ten-



dință la progresiunea periferică. Intră în clinică 4 V 1936. Examenul obiectiv : pe gamba dreapta cam 4 cm. deasupra maleolei interne se observă o ulceratiune ovalară de 3 cm. lungime și 1.5 cm lățime, cu margini bine delimitate, cu baza anfractuoaasă, roșie-vie, acoperită cu o secreție purulentă gălbuie ; marginile sunt proeminente, de culoare roză-vioacee, iar în jur o zonă brună-vioacee. Pe gamba întreagă se observe vene foarte dilatate. Subiectiv leziunea este foarte dureroasă. Pe gamba stânga 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  $\text{NO}_3\text{-AG } 1/4\%$ , în ziua 5-a se aplică pe plagă Pellidol în vaselină 2% și Zinklein cu Yereastră în dreptul ulcerului. Urmează un tratament cu unguent Miculitz și Pellidol. În ziua de 6 VI. ulceratiunea este cicatrizată. Bolnavul părăsește clinica în 22 VI. complet vindecat.

*Cazul IV.* R. V. lucrător, 51 ani. De 4 ani gamba stângă e tumefiată. Înainte cu 4 săptămâni s'a început și de atunci are o leziune, care n'are tendință la vindecare. Examenul obiectiv : gamba stângă e în întregime tumefiată, prezentând numeroase varicozități. În treimea inferioară, pe fața antero-internă a gambei stângi, se prezintă o ulceratiune neregulat rotundă, de mărimea unei monede cu marginile bine delimitate, tăiate á pic. ușor neregulate, cu fond anfractuos, acoperit cu o secreție galbenă murdară, dedesuptul căreia apar muguri cărnoși. Ulceratiunea este înconjurată de un halo eritematos de mărimea unei palme de adult cu margini șterse. Tratament : în primele 3 zile tratament local cu Rivanol și insulină în vaselină. A 4-a zi se aplică Pellidol, 2% și Zinklein care e bine suportat. Bolnavul părăsește clinica după 18 zile, vindecat.

*Cazul V.* M. B. Ocupația cantonier la C. F. R., 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 roșie-vioacee. Pe fața internă a gambei drepte se prezintă o ulceratiune de aproximativ 3 cm. lățime și 6 cm. lungime, cu margini tăiate á

pic, acoperite de cruste brune. La ambele gambe se observă venele îngroșate cu inflamații varicoase. **Tratament:** în primele 3 zile comprese cu apă oxigenată și NO<sub>3</sub>-AG 1/4%. În ziua 5-a se aplică pe plagă Pellidol în vaselină 2% și Zinklein cu fereastră. Peste 4 zile începe să se refacă epitelul ulcerului. Urmează un tratament cu unguent Mikulicz și Pellidol. În ziua de 10 VI. ulcerarea este cicatrizată, bolnavul părăsește clinica în 30 VI complet vindecat.

### Statistica (1929—1938).

D U P Ă S E X										
	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
BĂRBAȚI	6	7	5	2	4	8	11	9	10	8
FEMEI	9	6	4	3	2	5	7	8	10	11

După autorii francezi frecvența ulcerului varicos e 10:7 în favoarea femeilor, adică la 10 cazuri de ulcer varicos la bărbați revine 7 cazuri la femei. Dacă studiem mai amănunțit statistica de mai sus a clinicii Dermato-Venerice din Cluj, constatăm aproape acelaș raport. Dela 1929—1938, adică în ultimii 10 ani, au fost internați 70 cazuri de femei cu ulcer varicos și 65 bărbați cu acelaș afecțiune. Dacă facem o privire asupra cazurilor din fiecare an, constatăm că în primii 3 ani (1929—31) găsim mai multe cazuri de ulcer varicos la femei, decât la bărbați, în timp ce între anii 1932—34 raportul e invers. Iar în anii 1935—38 găsim mai multe cazuri de ulcer varicos la bărbați.

D U P Ă V Ă R S T A							
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80
a n i							
	3	20	29	29	29	17	6

După statistica de mai sus, constatăm, că ulcerul varicos e cel mai frecvent între 30—60 ani (câte 29 cazuri pe decenii), adică cele 3 decenii, când activitatea omului e cea mai mare. Cel mai rar găsim între 10—20 de ani (1929—1938 în clinica Dermato-Venerică din Cluj au fost numai 3 cazuri), apoi între 60—70 ani 16 cazuri, între 70—80 ani, 6 cazuri.

### După ocupație

Casnică	61 cazuri
plugar	10 „
lucrător	5 „
ziler	4 „
tâmplar	4 „
mecanic	4 „
servitoare	4 „
cărăuș	2 „
funcționar	2 „ etc.

Dacă aruncăm o privire asupra tabloului de mai sus constatăm, că ulcerul varicos cel mai frecvent e la femei; explicația o găsim în aceea că, femeia pe de o parte prin munca casnică, pe de altă parte prin sarcini repetate, duce o viață într'adevăr grea. După ocupație, mai frecvent găsim la acei indivizi, a căror ocupație necesită stațiunea îndelungată și obositoare, ca de ex. la plugari, lucrători, tâmplari, etc.

### Tratamentul.

Programul terapeutic caută îndepărtarea produselor patologice, combaterea fenomenelor inflamatorii, a stazei venoase, și a altor cauze predispozante: afecțiuni cardio-renale, arterio-sclezoză, diabet, stimularea, procesului de reparațiune în locul țesuturilor distruse. Tratamentul ulcerului varicos se poate face prin:

1. Tratamentul medical: local și general.
2. Tratamentul fizio-terapeutic.

3. Tratamentul hidroterapeutic.

4. Tratamentul chirurgical.

5. Tratamentul ambulator.

Alegerea tratamentului se face după indicațiile respective.

1. *Tratamentul medical.* a) Tratamentul medical local constă din repaus la pat, cu membrul întins și ușor ridicat așezat pe o perinuță. Dacă ulcerul este inflamăat și supurat, cu secreție abundentă și cu un miros penetrant și edem inflamator, vom adauga pansamente umede antiseptice și aseptice. Dintre antiseptice cele mai întrebunțate sunt: apă oxigenată, comprese cu Burow sau acid tanic, precedate de băi locale de permanganat de potasiu. Macerația pielei din jur se evită prin aplicare de pastă zincată. Când inflamația se micșorează și țesutul necrotic s-a eliminat de pe suprafața ulcerului și dacă ulcerul nu prezintă tendință de cicatrizare, se aplică pansamente cu pomezi și în urmă se trece la tratamentul ambulator prin pansamente compresive dintre cari cel mai bun e bandajul elastic cu clei zincat. Prin combaterea stazei venoase, durerile incetează și vindecarea ulcerăției este accelerată. Eczema varicoasă cronică din jurul ulcerăției se tratează cu pastă de naftalan sau tumenol 5%. În ulcerăle atonice, torpide, pentru stimularea proesului granulativ se uzează de pasta Granugen, de alifia cu Ratanhia 10%, ori alifia Mikulicz; alteleori badijonări cu insulină, urmate de pansament de pomadă de insulină proaspăt preparată.

b. Tratamentul medical general e bazat pe examenul complet al bolnavului dela creșteș până la călcălu și variază dela caz la caz. El constă în combaterea afecțiunilor hepatice sau intestinale, a stărilor diatezice și a tulburărilor de nutriție. În cazul, dacă pacientul prezintă și tulburări endocrinene, trebuie să restabilim echilibrul, rupt printr'un tratament opoterapic. Se pare, că hipofiza, tiroida și ovarul sunt mai des în cauză, deci cel mai bun procedeu e de a face apel la opoterapie pluriglandulară.

c. Tratamentul medicamentos are o importanță secundară și tinde să redea venelor proprietățile lor vaso-constiac-

toare. Se va prescrie: hamamelis virginica, sau hidrastis canadensis, fie sub formă de tinctură pro die 0.50—5 gr. Combinația cu extracte pluriglandulare au dat până acum rezultate satisfăcătoare. Intrebuințarea citratului de sodiu e foarte justificată la varicoși, în baza proprietăților sale fluidificante a sângelui, facilitând astfel circulația. E un adjuvant util.

2. *Tratamentul fizio-terapeutic.* Mai important decât cel medicamentos, are de scop să activeze circulația incetinită și să conserve țesuturilor elasticitatea lor. în felul de a preveni turburările circulatorii și trofice. Se dă o importanță, primordială în acest tratament mersului. Se înțelege însă, că trebuie să fie regulat, supravegheat, rațional și practic. Mersul, prin contracțiile musculare favorizează circulația venoasă. Inșă mersul e contraindicat, când venele sunt inflamate.

3. *Tratamentul Hidroterapeutic.* Este indicat în toate perioadele varicelor. Sewel recomandă frigul, edică temperatură sub 33-34<sup>0</sup>, asociată cu fricțiuni ușoare, care mărește tonicitatea normală a fibrelor circulare ale vaselor. Mijlocul cel mai comod e baia matinală, 33-34<sup>0</sup>, combinată cu băi medicamentoase: baia sulfuroasă (mai ales la reumatici), alcalină, salină. Băile medicamentoase vor fi prescrise maximum 2-3 ori pe săptămână la început 4-5 minute, mai târziu prin gradație putem ajunge și la 50 de minute. Se mai pot aplica dușuri locale sau generale cu temperatură moderată și presiune slabă.

4. *Tratamentul chirurgical.* Se aplică atunci când celelalte tratamente au dat eșec. Azi se practică numai rezecția varicelor prin safenectomie totală sau parțială, anastomoză safeno-femurală și incizia circulară, a lui Moreschi, simplă sau întovărășită de simpatectomie periarterială și rezecția nervoasă. Intre acestea, intervenția lui Moreschi prin incizia circulară a pielii și țesutului celular, până la aponevroză, este cea mai simplă și ușor de executată și dă de multe ori rezultate excelente. Incizia interesează nervii și venele cutanate și subcutanate. Braun recomandă transplantării la ulceratele foarte întinse. Amputația se face în cazuri extreme

și foarte rar, când ulcerile varicoase sunt foarte întinse și renitente la toate tratamentele locale și generale, cu dureri mari, cu elefantiază și supurație pronunțată. În caz, când ave $\Xi$  o stază venoasă ce întreține ulcerul varicos, se face fleboscleroză. Această metodă constă în obliterarea venelor prin injecții flebosclerozante. Astfel sunt :

a) salicilatul de sodiu în soluție 20—40<sup>0</sup>/<sub>o</sub>, doză până la 2—3 gr.

b) biiodură de mercur, e foarte toxică, doza maximă 0.02 gr.

c) clorhidrat neutru de chinină 0.40, uretan 0.20, aq. dest. 3 cm<sup>3</sup> pentru o ampulă sterilizată.

d) citratul de sodiu soluția 50<sup>0</sup>/<sub>o</sub> aproape netoxic.

e) ser hipertonic 20<sup>0</sup>/<sub>o</sub>.

f) soluție de dextroză 66<sup>0</sup>/<sub>o</sub>.

Injecțiile se fac de două ori pe săptămână. Să ferim de a da paravenos, fiindcă produce dureri foarte mari și necroză. Durata cicatrizării e cu mult mai scurtă decât la tratamentul medical, 2—6 săptămâni. Tratamentul flebosclerozant poate să fie făcut ambulator.

5. *Tratamentul ambulator.* Folosit azi și e făcut după metoda lui Maury, care permite un pansament stabil, solid și care exercită o compresiune elastică totdeauna egală. După curățirea ulcerului, se înmoaie fâșiile în următorul amestec :

Rp. . Oxid de zinc 20 gr.

gelatină albă 25 gr.

glicerină 50 gr.

apă dest. 90 gr.

Se stoarce apoi fâșiile și ele se aplică împrejurul membrului. Astfel se obține un pansament uscat, de grosime de 1/2 cm., care comprimă în mod egal tot membrul, ceea ce nu provoacă nici o durere, permite în același timp mersul și poate rămâne dela 8 zile până la 2 luni fără să se desfacă și dă o cicatrizare rapidă, cam în timp de 5—6—7 săptămâni.

## Concluzii

1. *Ulcerul varicos e o plagă atonă, neavând nici o tendință spontană la cicatrizare, care se dezvoltă pe un teren varicos, se localizează în special pe gambă și se întinde ca o gangrenă moleculară (Brocq).*

2. *Ulcerul varicos survine la indivizi, cari prezintă dilatațiuni varicoase, fie superficiale, fie profunde.*

3. *Azi e unanim admis, că varicele sunt adevăratele cauze ale ulcerului varicos.*

4. *Ulcerul varicos fiind o complicație a varicelor membrilor inferioare, el survine la indivizi, ale căror condițiuni sociale (chelner, fochist, bucătar, vagabonzi, etc.) în majoritatea cazurilor nu permit o îngrijire igienică potrivită, nici un tratament profilactic al dilatațiilor venoase. Ulcerul varicos constituie o infirmitate gravă, care imobilizează bolnavul pentru un timp nelimitat și face înapt de a-și continua ocupația zilnică.*

5. *Condițiunile speciale ale circulației venoase în membrul inferior, explică în parte localizarea regională a sindromului ulcerului varicos.*

6. *În evoluția ulcerului varicos deosebim o perioadă preparatorie, una ulcerativă, care e urmată de a treia fază de vinacere prin cicatrizare, ori de complicații incurabile.*

7. *Programul terapeutic constă în depărtarea produselor patologice, combaterea fenomenelor inflamatorii, a stazei venoase și a altor cauze predispozante, ca afecțiuni cardio-renale, arterioscleroză, diabet etc.*

8. *Tratamentul ulcerului varicos se poate face prin :*

a) *tratamentul medical : local și general. Trata-*

*mentul local: repaus, comprese. Tratamentul general este bazat pe examenul complet al bolnavului și variază dela caz la caz.*

- b) Tratamentul chirurgical: incizia circulară a lui Moreschi, iar în cazuri întinse, se recurge la transplantății.*
- c) Injecțiile flebosclerozante cu substanțe hipertone sunt de mare folos în terapeutică ulcerului varicos, înlocuind în majoritatea cazurilor tratamentul chirurgical.*
- d) Tratamentul ambulator, prin bandaje elastice de clei zincat și prin injecții febosclerozante trebuie întotdeauna să fie preferat în fața altor metode, ducând la cicatrizarea mai rapidă și în acelaș timp permite bolnavului să-și continue ocupația lui zilnică.*

*Văzută și bună de imprimat .*

*Decan, Președintele tezei,  
ss. Prof. Dr. I. DRĂGOIU 19 25 ss. Prof. Dr. C. TĂTARU*





## Bibliografia.

- Aglavae* : La résection totale des varices superficielles des membres inférieurs. Journal medical français, IX. 1921.
- Aglavae* : Traitement des varices par saphenectomie totale. Bull. Soc. Chir. 13 VI. 1923.
- Bazetis* : Du traitement des varices en particulier par les injections phlebo-sclerosantes. Teza. Paris 1924.
- Bellot* : Cure radicale des varices par injections intravariqueuses de quinine urethane. Arch. de médecine et de pharmacie Napoles 1922. pag. 378.
- Coudray* : Traitement des varices et des hemoroides au moyens des injections sclerosantes. Progrès Medical V. 1924.
- Delbet et Moqueot* : Les varices du membre inférieure.
- Fatin* : Considerations sur le traitement des varices. Teza Paris 1980.
- Forestier* : Le traitement des varices par injections intravariqueses.
- Quiserue* : L'opotherapie dans le traitement medical des varices. Medecine pratique 1923.
- Sicard, Paraf et Lermoyez* : Traitement des varices par injections phlebo-sclerosantes de salicylate de saude. Gezette des hospitaux 1922.
- Sicard, Paraf et Forestier* . Traitement pes varices par injections de carbonate de saude. Journal Medical Francais IX 1921.
-