

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1490

TRATAMENTUL HORMONAL AL ULCERELOR VARICOASE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE OCT. 1939.

DE

BĂLINT ȘTEFAN

Fost extern titular al Clinicilor Universitare din Cluj.

CLUJ
TIPOGRAFIA „STUDIO” ȘTR. I. G. DUCA No. 8.
1939.

No.

TRATAMENTUL HORMONAL AL ULCERELOR VARICOASE



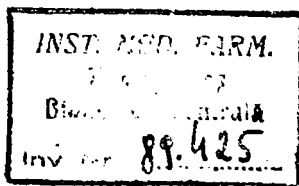
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE OCT. 1939.

DE

BĂLINT ȘTEFAN

Fost extern titular al Clinicilor Universitare din Cluj.

23 MAY 2005



CLUJ

TIPOGRAFIA „STUDIO” STR. I. G. DUCA No. 8.

1939.

UNIVERSITATEA REGELE F. I. DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Dl. Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Profesori:

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr. Aleman I.
Microbiologie	Baroni V.
Fiziologia umană	Benetato G.
Istoria medicinei	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	Drăgoiu I.
Semiologie medicală	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	Grigoriu Gr.
Clinica medicală	Hațieganu I.
Medicina legală	Kernbach M.
Chimia biologică	Manta I.
Clinica oftalmologică	Michail D.
„ neurologică	Minea I.
Igienă și igienă socială	Moldovan I.
Radiologia medicală	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	Papilian V.
Clinica chirurgicală	Pop A.
Medicina operatoare }	
Clinica infantilă	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	Popoviciu Gh.
Biologia generală	Racoviță E.
Chimia medicală	Secăreanu Șt.
Balneologie	Sturza M.
Clinica dermato-venerică	Tătaru C.
„ urologică	Țeposu E.
Clinica psihiatrică	Urechia C.
Anatomia patologică	Vasilii T.
Igienă generală	M. Zolog
Fizica medicală	Conf. Bărbulescu N.
Clinica bolilor infecțioase	„ Gavrilă I.

- JURIUL DE PROMOTIE:

Președinte: Dl. Prof. Dr. C. Tătaru
 Dl. Prof. Dr. V. Bologa
 Membrii: { „ „ „ G. Benetato
 „ „ „ Gr. Grigoriu
 „ „ „ Gh. Popoviciu
 Supleant: Dl. Doc. Dr. I. Gavrilă

INTRODUCERE.

Tratamentul ulcerelor varicoase cu hormoni este o achiziție nouă a medicinei. El se bazează pe administrarea de hormoni foliculari (Progynon, Foliculin-Menformon, Perlatan, Unden, etc.). În literatura mondială găsim numai câteva observațiuni descrise în limbile, germană și franceză la cari se mai adaugă cercetările personale ale Clinicii Dermatologice din Cluj, fapt ce trebuie remarcat dovedind activitatea superioară a acestei clinici, astfel că toate tratamentele moderne, sunt încercate și puse în lumina cercetărilor minuțioase.

În prima parte a lucrării mele am să trec în revistă pe scurt studiul clinic al ulcerelor varicoase cu tratamentele mai des folosite, trecând apoi în a doua parte la subiectul propriuzis al tezei, la tratamentul hormonal al acestei afecțiuni descriind și observațiile clinice atât cele din literatura mondială cât și cazurile Clinicii Dermatologice din Cluj.

Țin să aduc mulțumirile mele cele mai sincere și omagiile respectuoase Domnului Prof. Dr. C. Tătaru, cine m-a onorat cu un subiect atât de frumos. La fel țin să-mi exprim mulțumirile Domnului Șef de lucrări Dr. Leonida Pop pentru îndrumările prețioase date în adunarea bibliografiei acestui subiect.

PARTEA I.

Studiu clinic.

Definiție și descriere. Ulcerul clural sau mai corect zis ulcerul varicos este un proces cronic ulcerativ localizat pe gambă, mai în totdeauna pe un teren varicos. El se întâlnește mai frecvent la oameni între vârsta de 40—50 ani, mai deseori la femei ca la bărbați raportul fiind 10—7 survine însă și la vârste mai tinere 15—17—19 ani (M. Favre și A. Joserand). Localizarea cea mai frecventă este pe fața antero-internă a treime inferioare a gâmbei. Se prezintă în regulă generală ca o ulcerățiune unică ovalară, cu marginile dure edemațiate tăiate à pic rareori decolate, cu fondul neregulat boselat de mici ridicături mai mult sau mai puțin moale ușor sângerânde găsind și regiuni sfacelate. Secretă un lichid seros, tulbure, uneori hemoragic care apoi în cazurile neglijate devine purulent degajând un miros pătrunzător. În jurul ulcerului pielea este decolorată, brună colorație care în unele cazuri este net violaceu fiind acoperită cu mici scuame, ușor detașabile mai groase însă cum par la prima vedere asemănând mult cu cele psoriazice (Cazenave și Schedel). Toate aceste leziuni periulcroase au fost descrise în mod încorect sub numele de eczemă varicoasă leziunea nefiind în realitate decât o parakeratoză psoriaziformă și o dermatită artificială iritativă mai frecvent infecțioasă. Afară de aceste leziuni pielea mai prezintă și turburări funcționale traduse prin turburări de sensibilitate la înțepare, atingere și căldură, reproducând seria disesteziei, paresteziei și hipoesteziei, alteori însă cu dureri intense, senzațiuni penibile de tensiune, de hiperestezie astfel că apăsarea plapomei este suportată cu greu (ulcer iritabile).

La distanțe găsim turburări trofice traduse prin căderea firelor de păr, angioame circumscrise, îngroșarea unghiilor precum și căderea lor spontană, consecutive alterațiilor vasculare-nervoase.

Evoluția ulcerelor crurale sau varicoase cum am amintit deja este cronică, fără tendință la cicatrizare. Nu arareori însă un repaus este în stare să ducă lung timp la o vindecare, lăsând o cicatrice stelată cu o piele cu totul modificată: neavând fire de păr, glande sebacee nici papile numai câteva glande sudoripare ca o traducere că la acest nivel nu este o regenerare a părții distruse, ci o alunecare a pielei sănătoase din jurul ulcerului. Deseori însă ulcerul recidivează fie la locul ei vechiu fie în jurul acestuia. În cazuri extreme cu prelungire de mai mulți ani ulcerelor pot să ducă la o hipertrofie a țesuturilor cu aspect de elefantiază.

Etologia și patogenia ulcerului varicos. După cum am amintit ulcerul varicos este mai frecvent la femei decât la bărbați și ca factori favorizanți amintim unele ocupațiuni, cari se fac mai frecvent în stațiune verticală prelungită (chirurgi, bucătari, spălătorese și altele) apoi graviditatea, tumori abdominale și nu în ultimul loc ereditatea:

Factorii etiologici determinând apariția ulcerului sunt grupate în teoriile etiologice vechi și cele actuale.

Teoriile etiologice vechi: cu rol preponderent în producerea ulcerelor varicoase au fost considerate totdeauna turburările trofice produse de ectaziile venoase. S'au găsit însă autori (Homme) cari au susținut că modul de producere se face invers, ulcerul precedând varicelui.

Astfel găsim bine descrise ulcerelor varicoase la Remy, apoi alții ca J. L. Petit găsind opinia că ulcerul e cauzat de turburările circulatorii ale limfei, apoi Cruveilhier cu teoria lui asupra edemului obicinuit în varice ca factor cauzator al ulcerelor, alții ca Lafage, Ricord, Broca, Billroth privind alterațiunile pielei, iar Quenu considerând turburările trofice produse de nevrita varicoasă ca factori primordiali în producerea ulcerelor varicoase. Această

ultimă teorie a fost atacată însă de Broca și Ternier considerând leziunile de nevrite, secundare ulcerelor.

Verneuil încearcă să dea explicația apariției ulcerelor la treimea inferioară a gambei considerând această regiune ca un „locus minoris resistentiae.“

Teoriile etiologice actuale: reiau discuția legăturii ulcerelor cu varicele (M. Favre), iar Ramel din peste 100 de cazuri n'a observat decât în $\frac{1}{4}$ apariția simultană a ulcerului cu varicele. Darier și Chaix semnalând leziuni viscerale importante în cazuri de ulcere varicoase fără varice, problema ulcerelor varicoase este cu totul neclarificată.

O etiologie nouă este cea mecanică care eu toate că nu dă o explicație completă, totuși iluminează câteva probleme inexplicabile până astăzi.

Teoria endocrineană la fel nouă, ca și știința care se ocupă cu rolul glandelor endocrine are la bază concepția, că tonusul vascular mai ales venos este sub influența glandelor endocrine (ovar + hipofiză), iar în caz de ulcere varicoase ar fi vorba de o perturbație în sensul unei insuficiențe a echilibrului endocrino-neuro-vegetativ cauzând dilatația pereților vasculari.

Teoria inflamatorie se bazează pe istologia leziunilor inflamatorii ce se pot constata atât la ulcerule simple cât și la varicele, complicând ulcerule. Argumentul adus a fost că ulcerule se dezvoltă mai deseori după o flebită tifică, difterică, scarlatinoasă sau înfârșit diverse alte infecțiuni.

Unii autori (Favre și Joserand) dau importanță mare sifilisului în producerea ulcerului varicos, găsind adeseori în antecedentele bolnavilor accidente luetice pe lângă că sifilisul, după cum se știe are un angiotropism evident.

Diabetul joacă mai mult un rol favorizant decât cauzator în producerea ulcerelor varicoase.

Ceeace privește microbismul ulcerelor varicoase el diferă după autori, unii găsind streptococi, alții bacili tuberculoși cu streptococi (Glaser) teorii neconfirmate ulterior din contră au fost puși în evidență o mulțumire de microbi piogeni. (Ehrlich și Löwenfeld). Relativ la patogenia ulce-

relor varicoase la Forgue găsim noțiunile descrise în modul următor: prima chestiune ce se pune este că adeseori întâlnim indivizi cu varice ampulare și totuși în toată viața lor sunt scutiți de ulcer. După Quenu în afară de varice intervin și alți factori cari la rândul lor pot fi de două feluri: vasculare și nervoase-trofice. Primul factor este reprezentat prin staza venoasă, iar alți autori au demonstrat importanța factorului arterial reprezentat printr'un aterom arterial (Schreider și Gilson).

Al doilea factor este cel nervos-trofic decurgând din faptul că nutriția țesuturilor nu este legată numai de irigație sanghină ci și de excitațiile nervoase trofice. Proba acestor fapte se poate dovedi fie prin observațiile clinice (turburările de sensibilitate) fie prin observațiile anatomice constatând de cele mai multe ori progresarea sclerozei venoase în țesuturile din jur (periflebite) cari apoi în ultimul loc dau naștere la inflamația fibroasă a cordoanelor nervoase (perinevrite).

Rezumând teoriile divergente, azi unanim este primită teoria care explică producerea ulcerelor crurale ca datorite varicelor. Din fiziologie se știe că aceste vase venoase lipsind de automatismul lor activ, pe care găsim la vasele arteriale, circulația este ajutată de mai mulți factori, ca aspirația de către vidul toracic nu în ultimul loc de ari-culele respective, de contracțiuni musculare ca factor extra-vascular apoi „vis à tergo“, rezultată din forța activă a capilarelor ajutat de valvulele venoase. Aceste valvule apoi prin cauze multiple fie infecțioase, fie mecanice mai întâiu se slăbesc, apoi devin insuficiente instalându-se flebectazia. Nutriția tuturor țesuturilor perivascularare inclusiv a celor nervoase devine mai slabă predispunându-le astfel ca la mici traumatisme neînsemnate să se producă ulcerelor varicoase. Afară de turburările nervoase și venoase suferă și sistemul arterial, indivizii, prezintă de obicei arterio-scleroză leziuni la nivelul inimii astfel că nutriția la nivelul membrelor inferioare este și mai evident turburată.

Simptomatologia ulcerului varicos: într'un număr foarte mare de cazuri ulcerul varicos apare pe un tegument alterat,

modificat în sensul că devine mai fragil, astfel că traumatisme neînsemnate pot da naștere la ulcere. Chaix în teza sa a studiat foarte bine leziunea inițială de debut al ulcerelor și dă numele de angio-dermită pigmentată purpurică a leziunilor inițiale din piele, considerând această leziune ca o leziune pre-erozivă a ulcerelor. În cazuri rare Darier a constatat la debutul ulcerelor varicoase un infiltrat hemoragic numular, un aspect adevărat al infarctului cutanat.

Totalizând se poate spune că în evoluția ulcerului varicos se poate deosebi o fază sau perioadă preparatorie și o fază sau perioadă ulcerativă cu simptomatologiile caracteristice.

Ceeace privește localizările mai frecvente afară de locul menționat mai înainte trebuie să notăm că este mai frecvent pe piciorul stâng, aducând în legătură cu compresiunile ce se produc pe vâna iliacă stângă de către sigma de cele mai multe ori plină. Ponteau dă și raportul fiind 7 din 10 cazuri observate de acest autor. Alții autori dau alte explicații frecvenței mai mare a ulcerelor pe partea stângă prin faptul că piciorul stâng este incomparabil mai slab decât cel drept (Rochelaud).

Diagnosticul ulcerelor varicoase: După Darier punctul delicat nu este de a recunoaște sindromul ulceros ci a determina care parte revine predispoziției generale și locale și care altor infecții specifice sau banale. Diagnosticul astfel se împune în cele mai multe cazuri. O importanță deosebită are însă faptul de a distinge ulcerele necomPLICATE de cele complicate.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu piodermitele ulcerose (ectime) ulceratiuni tuberculoase, sifilitice, canceroase și sporotrihotice. Față de cazurile deja formate unde diagnosticul diferențial se face mai ușor cazurile de leziuni preulcerose (angiodermita purpurică) sunt mai cu greu diferențiate și vine în discuție eritemul indurat, eritrocianoza piciorului, boala lui Schamberg etc.

Tratamentul ulcerelor varicoase: programul terapeutic are scopuri multiple: îndepărtarea produselor patologice,

combaterea fenomenelor inflamatorii și a stazei venoase și cauzele predispozante: afecțiuni cardiorenale, arterioscleroză, diabet, stimularea procesului de reparațiune a țesuturilor bolnave. Tratamentul se împarte în tratament medical care la rândul lui este local și general, fizioterapeutic, hidroterapeutic, chirurgical și ambulator bine cunoscute din tratatele de specialitate dermatologică.

Trecând pe scurt în revistă aceste diferite tratamente ceeace privește tratamentul medical local el constă în repaus în pat cu membrul bolnav ușor ridicat, pentru a favoriza circulația venoasă, pentru combaterea fenomenelor inflamatorii de la nivelul ulcerului în cele mai multe cazuri inflammat vom aplica pansamente umede antiseptice (apă oxigenată Burov, acid tanic și Zephirol $1/2-1/4$ 0/0). După trecerea fenomenelor inflamatorii urmează aplicarea pansamentelor cu pomezi care ajută și favorizează granulația (Mikuliez, Granugen, Pastă cu inulină etc.), iar la urmă vom trece la pansamente compresive (Zinckleim).

Tratamentul general constă în combaterea afecțiunilor hepatice sau renale, a celor intestinale, a stărilor diatezice și turburilor de nutriție (diabet). În caz dacă sunt semne evidente a unei turburări endocrine vom restabili acest echilibru prin administrarea a diferitelor hormoni mai ales de tiroidă hipofiză și ovar (opoterapie și pluriglandulară). Ca medicamente adjuvante vom administra diferite substanțe care influențează circulația de ex.: de hamamelis virginica sau hidrasetis canadensis, citratul de sodiu, acetilcolină etc.

Tratamentul fizioterapeutic și cel hidroterapeutic sunt la fel utile în cazuri bine individualizate.

Tratamentul chirurgical constă în safenectomie totală sau parțială, anastomoză safeno-femorală, simpatectomie periarterială, incizia circulară a lui Moreschi, iar în cazuri extreme cu ulcere renitente cu elefantiază poate să vie în discuție și amputația membrului. Însă din toate metodele chirurgicale cel mai puțin traumatizant și totuși în cele mai multe cazuri dând rezultate optime este fleboscleroza prin injectarea directă în venele bolnave a diferitelor solu-

țiuni hipertonică: ser fiziologic peste 10⁰/₀, sol. Glucoză 10—20⁰/₀, Varicosmon, etc.

Tratamentul ambulator făcut după metoda lui Maury imbibând feșele în lichidul următor: oxid de zinc 20 gr., gelatină albă 25 gr., glicerină 50 gr., apă destilată 90 gr. aplicat fiind produce o compresiune egală pe tot membrul, permițând mersul și favorizând astfel cicatrizarea în timp de 5—6—7 săptămâni.



PARTEA II.

Tratamentul endocrinian al ulcerelor varicoase. După ce am descris pe scurt studiul clinic și tratamentele mai des folosite în ulcerile varicoase urmează să trec la subiectul propriu-zis al tezei și anume la tratamentul endocrinian în deosebi cel folicular al acestei afecțiuni.

II. Teitge bazându-se pe frumoasele rezultate terapeutice obținute în endarterită obliterantă cu foliculină administrează acest hormon și la ulcerile varicoase cari deosemena pot fi condiționate de o irigație insuficientă a pielii. Alte motive care au servit ca bază la acest tratament au fost concepțiile că ulcerile varicoase survin mai frecvent la indivizii înaintați în vârstă, cari prezentau deja o hipofuncțiune a organelor genitale.

Din observațiile clinice s'a putut trage concluzia că ulcerul clural sau varicos se poate foarte bine trata cu hormoni sexuali atât la bărbați cât și femei, fără deosebire de proveniență a acestor hormoni, fie dela bărbați fie dela femei, ele acționând la fel datorită compoziției chimice foarte apropiată.

Observându-se ulcerul crural sau varicos mai frecvent la femei în menopausă cu hipofuncțiune ovariană, administrarea de hormoni foliculari pare a fi mai temeinică.

Au venit apoi experiențele foarte interesante ale lui I. N. Esiaschwili arătând influența hormonilor sexuali asupra glandelor suprarenale fapt observat în graviditate când se observă o hipertrofie a cortexului suprarenal precum și după extirparea ovarelor apoi hipertrofia corticală evidentă în pubertate precoce precum și în virilism.

În ulcerul varicos ca și în endarterita obliterantă predomină turburările circulatorii, cari ar putea fi provocate

și printr'o acțiune vaso-constrictoare a adrenalinei, secretată de glandele suprarenale hipertrofiate. Această acțiune vaso-constrictoare poate fi împiedecată de foliculină comportându-se ca un atagonist al adrenalinei. De altfel prin acest mecanism se explică raritatea endarteritei obliterante la femei.

Modul de administrare. Ceeace privește dozajul obișnuit Teitge recomandă să se administreze 10.000 I. E. foliculină intramuscular, zilnic sau tot a doua zi, respectiv hormoni testiculari 5 mgr. până la ameliorare. După obținerea rezultatului dorit pentru câteva vreme să se administreze tot la 10 zile câte o injecție de foliculină. Numai în anumite cazuri doza trebuie crescută până la 50.000 I. E. foliculină.

Indicație la acest tratament constituie toate cazurile de ulcere crurale sau varicoase fiind el însăși un tratament adjuvant de prima calitate, iar contraindicații vor constitui cazurile cunoscute din ginecologie ca de ex.: tot intervalul sarcinei precum și hipermenoreea etc.

CAZURI CLINICE.

Literatură străină.

Răsfoind literatura generală asupra cazurile de ulcere varicoase în med. Klinik No. 35/1937 găsim publicate de H. Teitge câteva cazuri interesante tratate cu hormoni foliculari:

Observația I. Bolnava HRSB₄ de 69 ani suferindă de ulcer al gambei stângi cu secreție abundantă și depozit unuros. Prezenta o insuficiență mitrală cu inimă dilatată, ușor edem al ambelor gambe. În urma unui tratament de 5 săptămâni cu pansamente umede și cu pastă de oleu de pește-zincată-suprafața plăgei ce-i drept a devenit curată însă nu s'a micșorat în mod suficient, iar granulațiile erau atone. Pacienta a primit pe lângă tratamentul de până acum 4 zile de rând câte 10.000 I. E. Progynon pe cale intramusculară. Subiectiv bolnava relatează o senzație de căldură crescândă la piciorul stâng. Aspectul ulcerului s'a schimbat în mod fulgerător și au apărut granulațiuni proaspete foarte abundente. Pacientei s'a injectat de acum înainte la fiecare a treia zi câte 50.000 I. E. Progynon. La 10 zile în urma începerii tratamentului cu Progynon s'a observat o progresare a creșterii epitelului cu 1,5 cm dela periferie spre centru; în a 7-a zi au rămas deschise numai câteva mici locuri, iar în a 35-a zi ulcerul s'a vindecat complet.

Dg.: ulcer crural stâng.

Observația II. Bolnava E. A. de 70 ani care suferea de varice de 40 ani și adeseori de ulcere ale gambei de 20 de ani, de 7 ani avea la ambele gambe ulcere crurale de mărimea unui palme. Ambele ulcere prezentau un depozit

foarte unsuros, erau lipsite de orice granulație și erau foarte fetide. În urma compreselor cu rivanol aplicate mai multe zile de rând ulcerele abia s'au ameliorat, granulațiile mai ales au rămas atone. Tabloul morbid s'a modificat în mod fulgerător în urma începerii terapiei cu Progynon. Pacienta a primit 4 zile de rând câte 10.000 I. E. Progynon și spunea după aceasta că picioarele pe cari din cauza senzației de frig de multă vreme le simțea moarte au devenit calde. Ulcerele prezentau granulații roșii proaspete, iar depozitul unsuros și fetid a dispărut aproape în întregime. Pacienta a primit acum injecții de Progynon de câte 50.000 I. E. la intervale de câte 2 zile. La 14 zile după începerea tratamentului de Progynon ulcerul dela nivelul gambei stângi s'a vindecat până la mărimea unei piese de 20 lei, la ulcerul dela nivelul gambei drepte a crescut un strat nou de epiteliu pe o rază de 1—2 cm. lățime dela periferia ulcerului spre centru. După instituirea tratamentului cu Progynon, ulcerul gambei stângi s'a vindecat în a 10-a zi, iar ulcerul gambei drepte în a 36-a zi. Pacienta care de 7 ani prezenta la gambe neîntrerupt ulcere deschise, și care în ultimul timp numai poate alerga din cauza durerilor a fost eliberată fără a acuza dureri și vindecată.

Dg. ulcere varicoase bilaterale.

Observația III. Bolnava D. W. de 75 ani care de 8 ani suferea de varice. La gamba stângă a apărut înainte cu 6 luni un ulcer crural care s'a vindecat în urma unui tratament spitalicesc de 9 săptămâni cu pansamente de pastă zincată, dar care s'a redeschis la mărimea sa veche la scurtă vreme după îndepărtarea pansamentului. Prezenta un ulcer crural stâng cu secreție abundentă având mărimea unei palme. Pe lângă odihnă la pat pacienta primea la două zile câte 10.000 I. E. Progynon. La 3 zile după începerea acestui tratament s'a început procesul de vindecare într'un mod surprinzător de rapid. Secreția a cedat, suprafața a devenit curată s'au produs granulații roșii proaspete și la margine s'a început epitalizarea. A 7-a zi dela începutul tratamentului cu Progynon ulcerul era numai de mărimea

unei piese de 100 lei și era acoperit cu granulațiuni proăspete. Prin mijlocul ulcerului s'a format o punte epitelială, drept consecință a rapidității procesului de vindecare. Vechea senzație de frig dela piciorul stâng a dispărut. A 20-a zi ulcerul a fost complet vindecat.

Dg. ulcer crural stâng.

Observația IV. Bolnav P. L. de 65 ani suferind de edeme ale gambelor consecutive unei slăbiri a miocardului. La gamba stângă se aflau două ulcere crurale cu depozit unsuros unul mai mic, iar altul de mărimea unei palme. În urma pansamentelor de clorură de sodiu aplicate în ultimele 8 zile nu a survenit o ameliorare esențială. Pacientul a primit apoi 10.000 I. E. Progynon la intervale de câte 2 zile. După a doua injecție spunea că senzația de frig dela degetele piciorului a dispărut. După a treia injecție ulcerele abia mai prezentau depozite și se formaseră granulațiuni proăspete în mod abundent. Ulcerul mic s'a vindecat în curând cel mare în decurs de 3 săptămâni.

Dg. ulcer crural stâng.

Cazuri clinice dela Clinica Dermatologică din Cluj.

Din cazurile acestei Clinici am găsit un număr de 5 cazuri întâmplător toți bărbați prezentând ulcere crurale cari au fost tratate cu hormoni foliulari:

Observația I. Bolnavul B. F. de 21 ani plugar.

Antecedente heredo-colaterale și personale: afară de pneumonie în repetate rânduri și care la ultima oară s'a complicat cu tromboflebită la piciorul stâng nu prezintă nimic deosebit, neagă bolile venerice.

Boala actuală: datează de 10 luni când în urma unui traumatism în regiune maleolară internă dela piciorul stâng apare o leziune crustuoasă de mărimea unei alune, care după detașarea crustei i-a lăsat o ulcerațiune de aceeași mărime. A fost tratat cu această afecțiune la Spitalul din Dej și la Clinica Chirurgicală timp de 2 săptămâni cu

injecții de acecolină și alifie de acecolex după care tratamentul ulceratiunea s'a vindecat. Inainte cu 2 săptămâni ulceratiunea s'a deschis din nou luând o extindere de mărimea unei monede de 100 lei. Aplicând pe ulceratiune Desitin și Pellidol fără ca ulceratiunea să se amelioreze întră în Clinica Dermatologică la 20/IV 1938.

Starea prezentă: La examenul local se constată la nivelul regiunii retro-maleolare interne dela piciorul stâng un placard cu diametrul de $5/4$ cm. în care se disting 2 zone: una centrală ulcerată și alta periferică înconjurând ulceratiunea. Ulceratiunea este superficială cu marginile neregulate și ușor policiclice puțin ridicate din nivelul pielii. Suprafața ulceroasă este acoperită în unele părți de o secreție galbenă și muguri neregulate. Ulceratiunea este înconjurată de o zonă de 1—1 și $1/2$ cm. la nivelul căreia tegumentul prezintă o zonă colorată lividă pe alocurea pigmentată. La nivelul acestei zone prezintă o ușoară descuamatie și atrofie cari sunt netede și întinse. Fondul leziunii în întregime este dur infiltrat și edemațiat. Subiectiv bolnavul prezintă la acest nivel o usturime și durere mai ales în timpul mișcării și la stațiunea verticală.

Mucoasele vizibile sunt intacte.

Ganglionii inghuino-crurali sunt ușor măriți de volum, mobili, nedureroși.

R. W. = Negativ.

Tratamentul: local se aplică comprese cu ozonogen și se administrează la început 50.000 I. E. foliculină intramuscular continuând apoi tot a doua zi cu 10.000 I. E. foliculină, iar local după încetarea supurației se aplică pastă de Pellidol 20⁰/₀.

La data de 13/V. 1938 după a 15-a injecție se sistează administrația foliculinei. Local se aplică pe leziune plumbum aceticum bazicum solutum cu ichtyol. Leziunea s'a epitelizat complet și bolnavul părăsește serviciul vindecat.

Dg. ulcer crural. stâng.

Observația II. Bolnavul L. I. de 24 ani tapițer.

Antecedente heredo-colaterale și personale: nimic deosebit, neagă orice boală infecto-contagioasă prezintă un accident venerologic sub forma unei uretrite blenoragice complicată cu epididimită.

Boala actuală: Datează de 4 ani. A mai fost internat în serviciul Clinicii Dermatologice din Cluj în 1935 când a părăsit serviciul după 6 săptămâni de tratament vindecat. A fost internat la Clinica Chirurgicală unde i s'a făcut o flebo-scleroză. La o săptămână după părăsirea serviciului i-a apărut din nou o ulcerăție cu ecsemă. Tratând singur cu unguent Mikulicz fără nici o ameliorare. Având dureri intense spontane și la mers, intră în Clinica Dermatologică la data de 20/1. 1938.

Starea prezentă: Examinat fiind local se constată o afecțiune cutanată de mărimea unei palme de adult. Localizată în regiunea maleolară internă a gambei stângi. La nivelul acestui placard pielea este în mod difuz infiltrată, îngroșată eritematoasă cu o nuanță violacee cu margini neregulate pierzându-se pe nesimțite în țesuturile sănătoase din jur. Pe suprafață se prezintă mai ales spre periferie o serie de mici croziuni cupoliforme din cari transudă o seriozitate clară ca picăturile de rouă. Numeroase scoame cruste suri, furfuracee, aderente se găsesc presărate. În centrul placardului supramaleolar se prezintă o ulcerăție de mărimea unei monede de 2 lei cu conture neregulate, tăiate abrupt, adâncă de $1\frac{1}{2}$ cm., cu fondul neregulat, acoperit de muguri granuloși, roșii vii, secretând o seriozitate clară transparentă. Pe traectul venei safene interne la nivelul gambei se mai disting niște venectazii varicoase. La nivelul feței supero-interne a coapsei prezintă o cicatrice postoperatorie.

Subiectiv acuză dureri intense spontane și mai ales la mers.

Mucoasa intactă.

Ganglionii inghuino-crurali din partea stângă sunt măriți mobili duri și ușor sensibile la palpare.

Tratament: tot a doua zi bolnavul primește câte 10.000 I. E. foliculină intramuscular, iar local mai întâiu comprese cu acid tanic $1/2^{0}/0$ și ozonogen apoi plumbum aceticum cu ichtyol, iar pe ulceratiie unguent Pellidol cu anezetina.

La data de 4/II. se aplică pansamentul Zinckleim, iar după 10 zile făcând o fereastră în acest pansament se aplică pe ulceratiie iar Pellidol.

La 25/II. se scoate pansamentul Zickleim ulceratiia este cicatrizată se aplică însă Pellidol iar în jur pastă cu plumbum aceticum-ichtyol.

La 9/III bolnavul primind în total 23 injeții cu foliculină tot a doua zi părăsește clinica vindecată.

Dg. ulcer crural stâng, eesemă varicoasă.

Observația III. Bolnavul S. I. de 59 ani, tâmplar.

Antecedente heredo-colaterale și personale: fără importanță neagă orice boală infecto-contagioasă și venerică.

Boala actuală: datează din 1935 când în urma unei contuzii în regiunea maleolară stângă a gambei stângi regiunea a început să se ulcereze. La un tratament cu hiper-manganat de potasiu leziunea a cedat vindecându-se, însă după 6 luni a început să apară din nou o ulceratiie la nivelul unor dilatații venoase. După o ședere de 5 săptămâni sub îngrijirea medicală într'un spital leziunea necedând la tratament bolnavul vine în clinică înainte în 1936 și revine în prezent pentru aceiași afecțiune veche la data de 29. I 1938.

Starea prezentă: la examenul local în regiunea maleolară internă a gambei stângi se observă o ulceratiie de mărimea unei monede de 100 lei, de formă triunghilară cu margini bine delimitate în unele locuri chiar tăiate, fondul este excavat dar neted de culoare roșie cărămizie în unele

locuri obdus de o secreție sero-purulentă. Ulcerația este situată pe un substrat atrofic pielea fiind în $\frac{1}{3}$ inferioară a gambei respective atrofică subțiată.

Deasupra ulcerației descrise se găsește o altă ulcerație de mărimea unui boabe de linte cu caractere asemănătoare precedentei.

În regiunea inghinală stângă ocupând $\frac{1}{3}$ superioară a coapsei precum și în flancul stâng se găsește un placard întins cu marginile neregulate și șterse cu pielea roșie eritematoasă prezentând mai ales spre margine mici leziuni veziculoase, iar în plica inghinală numeroase fisuri. Placardul prezintă o descoamație fină furfuracee.

Subiectiv prezintă un prurit intens.

Mucoasa intactă.

Ganglionii nu se palpează.

Tratament: dela data de 29 I.—5 II. se aplică comprese cu ozonogen și acid boric eritemul din jurul ulcerației disparând, iar fondul ulcerului se ridică. Contra dermatitei zilnic primește calciu gluconat intravenos. Dela data de 5/II. se administrează tot a doua zi foliculină.

La data de 20/II. local se aplică Insulină și vaselină boricată, iar la 21/II. îi se face un pansament cu unguent Pellidol și bandaj Zinckleim.

La 5/III. primește o ședință Röntgen, iar local tratament cu Pellidol.

La 28/III. îi se scoate Zinckleimul ulcerație în completă regresione tinzând spre cicatrizare. Se aplică unguent Pellidol și părește serviciul ameliorat.

Observația IV. Bolnavul Sz. T. de 48 ani plugar.

Antecedentele heredo-colaterale și personale: fără importanță neagă orice boală cu caracter infecto-contagios și veneric.

Boală actuală: datează de 8 luni s'a început cu o mică leziune la gamba dreaptă care s'a ulcerat intinzându-se din

ce în ce mai mult. S'a tratat și la medici însă fără ca să se vindecă astfel că intră în clinică la 16/V. 1938.

Starea prezentă: la examenul local se constată o afecțiune localizată la gamba dreaptă $\frac{1}{3}$ inferioară sub forma de 2 ulcerații cu margini bine delimitate ușor infiltrate și scleroase. Prima ulcerăție măsoară $\frac{6}{2}$ cm., iar celelalte 3 pe 2 cm. Baza amfractuoașă acoperită cu o secreție purulentă surie murdară. Jurul ulcerăției este de culoarea brună pigmentată observându-se numeroase vene dilatate ușor sensibile la palpare. La periferia acestei zone pigmentate care are o lățime 3—8 cm. pielea este iritată, inflamată prezentând numeroase leziuni papuloase vezicule și mici eroziuni.

Subiectiv bolnavul acuză o mâncărime foarte intensă.

Mucoasa intactă.

Ganglionii nu se palpează.

R. W. = Negativ.

Tratament: se administrează zilnic 10.000 I. E. foliculină local unguent cu acid tanic 10% după o desinfecție cu comprese de ozonogen. După ce ulcerăția s'a curățit de secreția purulentă se aplică un pansament cu Pellidol 20%. Zilnic mai departe 10.000 I. E. foliculină intramuscular. În continuare primește o ședință de Röntgen local pansament cu Pellidol și părăsește serviciul la 13/VI. cu ulcerăția ameliorată.

Dg. ulcer varicos.

Observația V. Bolnavul P. I. 51 ani lucrător C. F. R.

Antecedente heredo-colaterale și personale: afară de febră tifoidă în 1918 nimic deosebit, neagă alte boli infecto-contagioase și venerice.

Boala actuală: datează de 2 ani când s'a lovit la nivelul $\frac{1}{3}$ mijlocie a feței anterioare dela gamba dreaptă când s'a format o rană care în urma unui tratament cu diferite alifii în timp de 1 an s'a vindecat. După vindecare bolnavul ob-

servă că în timpul lucrului i-se tumefiază gamba dreaptă și tot atunci pielea la acest nivel s'a subțiat și s'a acoperit de cruste. Intră în clinică la 26/XI. 1937.

Starea prezentă: La examenul local în $\frac{1}{3}$ inferioară a gambei drepte se prezintă un placard întins sub forma unui manșon incomplet. Marginile placardului sunt neregulate și șterse, pielea alterată continuându-se în mod insensibil cu pielea sănătoasă.

Suprafața placardului este lividă și prezentă o descoamatică fină furfuracee fiind acoperită în unele locuri cu o serie de cruste galbene murdare, iar în alte locuri pe pielea alterată roșie vie și lucioasă se prezintă o secreție scroasă care apare sub forma unor picături de rouă. Baza placardului este edemațiată infiltrată, iar în jur prezintă o pigmentație brună.

În $\frac{1}{3}$ superioară a feței posterioare a gambei drepte prezintă un pachet de vene ectaziate varicoase cu traect întortochiat șerpuitor.

Mucoasa intactă.

Ganglionii din plica inghino-crurală dreaptă ușor măriți.

R. W. = Negativ.

Tratament: după o ședință de Röntgen se aplică vase-lină salicilată iar după îndepărtarea crustelor se aplică com-prese cu acid tanic.

La 29/XI. se face flebo-scleroză injectând 10 cc. glucoză 60^o/_o.

La 6/XII. după o altă ședință de Röntgen se începe un tratament cu foliculină administrând tot a doua zi câte 10.000I. E. intramuscular.

La 10/XII. local se aplică pastă de ulcrun. Se continuă injecțiile cu foliculină 10.000 I. E. intramuscular.

La 15/XII. din cauza iritației leziunii în urma apli-cării pastei Ulcrun se trece la comprese cu acid tanic.

La 17/XII. Se suspendă compresele cu acid tanic și se aplică pastă cu plumb-ichtyol. Varicozitățile în parte sclerozate.

La 18/XII. primește foliculină 10.000I. E. intramuscular și părăsește clinica ameliorat, urmând să continue tratamentul local cu pasta de plumb-ichtyol.

Dg. sindrom varicos, ecsematizație.



CONCLUZIUNI.

1. Ulcerul crural sau mai corect zis ulcerul varicos este un proces ulcerativ cronic. fără tendință la cicatrizare dezvoltându-se pe un teren varicos, mai frecvent la femei decât la bărbați.

2. Tratamentul acestei afecțiuni este, fie medical care la rândul lui poate fi local și general, fie fizioterapeutic apoi chirurgical și în sfârșit ambulator.

3. Un tratament adjuvant foarte prețios este tratamentul endocrinian constând în administrarea hormonilor foliculari.

4. Administrarea lui se bazează pe cercetări științifice și clinice minuțioase, iar rezultatul în toate cazurile este satisfăcător.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății:

Președintele T.zei:

(ss.) Prof. Dr. Ioan Drăgoiu.

(ss.) Prof. Coriolan Tătaru

BIBLIOGRAFIA.

Darier—Sabouraud: Nouvelle Pratique Dermatologique. Masson & Cie 1936.

Fatin: Considerations sur la traitement des varices. Tezä Paris 1930.

Quiscreu: L'opotherapie dans le traitement medical des varices. Medicine pratique 1923.

H. Teitge: Behandlung der Endangiitis obliterans und des Ulcus cruris mit Sexualhormon. Med. Klinik. No. 35/1937.

I. N. Esiaschwili: Der einfluss des Sexualhormones auf die Nebennierenrinden. Zentralblatt für Gynäk. No. 46, 1935.

Hitzenberger: Zur Therapie der Erkrankungen der peripheren Gefäße. Med. Klinik. No. 28/1937.
