

Clinica Medicală Nr. 11 din Tg.-Mureș (cond.: prof. Endre Horváth)

OBSERVAȚIILE NOASTRE ÎN LEGĂTURĂ CU TRATAMENTUL TROMBANGEITEI ȘI ARTERIOSCLEROZEI OBLITERANTE

Endre Horváth, Eva Horváth

Tulburările survenite în circulația arterială a membrilor inferioare sînt provocate în majoritatea cazurilor de trombangită obliterantă (de aici înainte T. O.) ce se dezvoltă la bolnavii tineri, și de arterioscleroză obliterantă (de aici înainte A. O.) care se manifestă la o vîrstă mai înaintată. Deși în ultimii ani au apărut numeroase comunicări care se ocupă cu problemele parțiale ale tratamentului, totuși nu s-a ajuns încă în acest domeniu la un punct de vedere unitar.

Între anii 1954—1958 am tratat în clinica noastră 45 de bolnavi suferind de T. O. și 55 de bolnavi suferind de A. O., deci în total 100 de persoane. În cele ce urmează relatăm rezultatele pe care le-am obținut. Comunicarea noastră nu urmărește scopul de a enumera toate procedeele terapeutice, ci acela de a discuta în cadrul principiilor de tratament unanim acceptate, numai cîteva probleme mai importante, pe baza experienței din ultimii ani a clinicii noastre și a datelor din literatură.

I. *Trombangita obliterantă* este o boală vasculară generală care survine la bătrînii tineri, manifestîndu-se mai ales în ischemia periferică a membrilor inferioare. Modificarea se extinde atît în sistemul arterial cît și în cel venos, localizîndu-se în deosebi pe teritoriile arteriale mai mici. Cu ocazia examenelor morfologice am găsit proliferarea endoteliului și a intimei, și o infiltrație celulară periarterială; de asemenea lumenul arterei se îngustează, se dezvoltă trombi secundari, declanșîndu-se uneori o eventuală recanalizare. Factorii patologici presupuși (o noxă toxico-infecțioasă, efectul frigului, nicotina etc.) nu explică în ei înșiși dezvoltarea bolii. Ținînd seama de datele experimentale pare probabil că factorii amintiți mai sus — sau eventual și alții — provoacă în organismul în prealabil sensibilizat, procesul inflamator limitat la sistemul arterial, avînd un caracter alergic nespecific, hiperergic.

În tratamentul T. O. nu dispunem de un procedeu terapeutic, bine determinat și aplicabil în toate cazurile. Medicul trebuie să cunoască factorii etio-patogenici ce pot fi luați în considerare, stadiul de dezvoltare a bolii, particularitățile tabloului clinic și eventualele complicații, urmînd să aplice metode de tratament corespunzătoare acestora.

În tratamentul T. O. aplicăm următoarele principii cunoscute: bolnavul are nevoie necondiționată de repaus fizic și liniște sufletească. În fiecare caz se va interzice cu strictețe fumatul, din cauza efectului său vasoconstrictor. Se va atrage atenția bolnavului asupra igienei obligatorii a membrilor inferioare și

asupra efectului daunător al frigului. Îndepărtarea focarelor de infecție, se consideră drept un tratament etiologic. S-a dovedit că în condițiile date, heteroproteinele sau proteinele nocive proprii organismului pot să sensibilizeze sistemul vascular. De obicei cauza apariției substanțelor proteice patologice este o boală infecțioasă sau un flux toxic provenind dintr-un focar de infecție. Tocmai din această cauză, e indicat să se deceleze focarele de infecție din organism, procedându-se la îndepărtarea lor sub protecția antibioticelor, în stadiul inactiv al bolii.

Pe lângă aplicarea principiilor generale, tratamentul T. O. variază de la caz la caz. De aceea socotim necesar să dezbatem unele probleme parțiale de tratament, potrivit sindroamelor caracteristice tabloului clinic.

Materialul nostru clinic se repartizează astfel :

T. O.	Sindrom caracteristic tabl. clinic	Nr. cazurilor
1.	Flebită migrantă - ischemie arterială	12
2.	Ischemie arterială	15
3.	Ischemie arterială - gangrena	18

Ischemiei arteriale a bolnavilor ce aparțin primei grupe i s-au asociat simptomele flebitei. Am avut ocazia să urmărim citeva tablouri clinice inițiale, în care au dominat simptomele flebitei migrante, tulburările de mai mică intensitate ale circulației arteriale neputând fi decelate decât printr-un minuțios examen fizic și instrumental. În aceste cazuri, diagnosticul a fost confirmat și cu ajutorul examenului histologic, efectuat prin biopsie (15). O mare parte a bolnavilor au fost internați având simptomele ferme ale ischemiei arteriale asociate poli-flebitei. Imbolnăvirea venelor s-a manifestat mai ales prin inflamația migrantă a venelor cutanate mai mici; inflamația venelor adânci a fost mai rară.

Pe lângă înlăturarea focarelor de infecție, obiectivul nostru a fost acela de a suprima predispoziția la tromboză prin administrarea anticoagulantelor, contracarând în același timp printr-un tratament vasodilatator (vezi mai departe) simptomele ischemiei arteriale. Tratamentul anticoagulant se poate efectua cu numeroase preparate, ca de ex. cu heparină utilizând și efectul vasodilatator simultan al acesteia — cu derivați de dicumarol și de butazolidină. În cursul tratamentului anticoagulant nu trebuie să urmărim obținerea bruscă a unui efect anticoagulant mare: noi propunem mai degrabă aplicarea unui tratament treant, îndelungat. Înainte de a aplica tratamentul cu heparină, e bine să facem proba intracutană de sensibilitate la heparină, mai ales dacă e vorba de o cură repetată. În felul acesta putem să evităm eventualele fenomene anafilactice provocate de heparina. (5). Tratamentul cu dicumarol nu se poate executa decât în clinici, din cauza controlului permanent ce trebuie să se efectueze prin examenele de laborator. Derivații de butazolidină (irgaporina, rheopirina) își exercită efectul în primul rând asupra proceselor inflamatorii care există în pereții arterelor. E caracteristic pentru T. O. că obliterarea lumenului arterial nu provoacă trombi ci mai degrabă un țesut proliferativ de natură inflamatorie. De aceea e indicat să se administreze derivații cu efect antiinflamator ai butazolidinei (22, 31, 34), experiența noastră arătând de asemenea bune rezultate în acest domeniu.

Unii dintre bolnavii suferind de flebită au primit preparate de salicilat. Proprietatea anticoagulantă mai redusă a salicilaților, se produce datorită efectului exercitat asupra ficatului (hipoprotrombinemie). Pe lângă aceasta, salicilații intensifică producerea endogenă de ACTH, având astfel un efect antiinfla-

mator, antialergic (23). Proprietatea fundamentală a T. O. constă în inflamația alergică, hiperergică, nespecifică a sistemului vascular. Administrarea de ACTH și cortizon nu este indicată, deoarece în afară de faptul că sînt antialergice, aceste medicamente intensifică în același timp coagulabilitatea singelui, stimulînd astfel formarea de trombi. Salicilații în schimb sintetizează în chip fericit efectul antialergic cu cel anticoagulant. După administrarea unei doze zilnice de 8—10 g salicilat, starea bolnavului poate să se amelioreze simțitor: flebita migrantă dispăre, simptomele ischemiei arteriale cedează, bolnavul ajunge în remisie. Fără îndoială că efectul anticoagulant al salicilaților este redus, dacă nu există o contraindicație precisă, ei se pot administra fără nici un risc.

În caz de flebită, pentru combaterea factorului inflamator putem executa un tratament asociat cu antibiotice. Penicilina nu e recomandabilă deoarece mărește coagulabilitatea singelui. Trebuie să folosim streptomicina, sau antibiotice cu spectru mai larg.

La o mare parte din bolnavii ce aparțin primei grupe de boala, am obținut dispariția completă a acuzelor sau o ameliorare esențială. Tratamentul a fost ineficace mai degrabă în cazurile de ischemie arterială gravă, sau atunci cînd flebita a atins o venă adîncă. În acest caz, spasmul arterial ce se asociază flebitei agravează simptomele obliterării arteriale existente.

În grupa a doua am trecut cazurile în care boala s-a manifestat numai prin tabloul ischemiei arteriale. Simptomele obliterării arteriale se instalează treptat, sau brusc. Obliterarea lumenului arterial nu cauzează în ea însăși cu necesitate, o tulburare circulatorie gravă, deoarece deschiderea bogatei rețele arteriale colaterale poate să asigure circulația tisulară. (28, 29).

Scopul tratamentului vaso-dilatator este acela de a stimula fluxul sanguin ce se efectuează pe căi colaterale, iar aceasta depinde de următoarele: 1. gradul și extinderea obliterării arteriale (de obicei, procesul se localizează în teritoriile subpatelare, ducînd la obliterarea uneia sau mai multor artere); 2. formarea unei rețele arteriale de compensare corespunzătoare; 3. spasmodicitatea ce se asociază procesului de bază.

Pentru tratamentul vasodilatator sînt indicate preparatele cu efect simpaticolitic și ganglioplegic. Cele mai bune rezultate le-am obținut administrînd derivații de amidazolină (perifen, prisco, tolazolină). În caz de tratament îndelungat, administrarea perorală a hiderginei e de asemenea eficientă. În câteva cazuri am obținut rezultate bune dozînd droguri ganglioplegice de tip Hexametoniu, cu ajutorul cărora am efectuat o simpatectomie medicamentoasă.

Administrarea i. v. a medicamentelor vasodilatatoare nu este indicată, deoarece în felul acesta pot să provoace colaps. De asemenea, vasodilatatoarele dacă se administrează i. v. pot avea un efect paradoxal. În membrul îmbolnăvit, fluxul sanguin poate să se micșoreze, deoarece arterele dilatate brusc în tot organismul, rețin o bună parte din cantitatea singelui circulant. În formele necomplicate cu cangrenă, am obținut rezultate bune în urma tratamentului vasodilatator aplicat mai ales prin injecții i. m. În astfel de cazuri evităm dacă e posibil injecțiile intravenoase, intraarteriale, întrucît lezarea continuă a pereților arteriali poate să ducă la cicatrizarea, adică la îngustarea acestora.

Bolnavii trecuți în grupa a III-a au fost internați cu simptome de ischemie arterială gravă complicată cu cangrenă. În astfel de cazuri, primul lucru pe care trebuie să-l lămurim este acela de a ne convinge dacă bolnavul mai poate fi supus unui tratament medicamentos.

În cazuri de precangrenă sau de cangrenă formată, administrarea intraarterială a medicamentelor vasodilatatoare este indicată, prezentînd avantajul că efectul lor e rapid și se manifestă direct pe teritoriul îmbolnăvit. Arteriolele se dilată, fluxul sanguin devine în membre activ, fapt semnalat de altfel și de ridicarea temperaturii pielii. Procedul are o importanță diagnostică și pronostică: dacă injecția intraarterială nu este urmată de încălzirea întregului mem-

bru. Aceasta constituie semnul unei obliterări grave, extinse. Deseori după injecție, bolnavul poate să localizeze în mod precis locul obliterării, indicând rapiditatea cu care s-a produs efectul vasodilatator și extinderea lui, fapt care se poate aprecia de altfel și controlând temperatura pielii. În cazuri infectate, am administrat intraarterial antibiotice. După Elanski și Begelman, dacă dăm zilnic intraarterial 10 ml novocaină 1% plus 200.000 U. penicilină iar în cazuri dureroase 0,01 Mo se poate ajunge la cedarea acuzelor, la suprimarea supurației și la delimitarea teritoriului necrozat. Tratamentul intraarterial nu e un procedeu cu totul lipsit de riscuri, deoarece așa cum am amintit poate duce la îngustarea peretelui arterial. În ciuda acestui fapt, în cazurile grave, el constituie singura modalitate de a evita intervenția chirurgicală, mutilantă.

Odată instalată osteomielița, supurația nu poate fi combătută decît rareori cu ajutorul tratamentului conservativ.

Cît despre intervențiile pe simpatic, părerile diferă. Extirparea lanțului simpatic nu constituie un tratament cauzal, dar în ciuda acestui fapt executarea ei poate fi utilă. În cazurile care reacționează bine la infiltrația cu novocaină lombară Visnevschi, simpatectomia poate da rezultate bune. În unele cazuri complicate cu cangrenă, tratamentul conservativ bine condus poate duce la o restituție completă a țesutului. Alteori însă, din cauza necrozei tisulare grave și a extinderii inflamației secundare, am fost obligați să indicăm amputarea membrului.

II. Simptomele arteriosclerozei obliterante sînt bine cunoscute. În ciuda acestui fapt, deseori formele clinice latente nu se recunosc. Uneori acuzele localizate pe membrele inferioare ale bolnavului cronic de arterioscleroză, nu sînt luate în considerare sau sînt socotite de natură reumatică, și deseori tratamentul specific nu se aplică decît în stadiul tulburărilor trofice grave. La bolnavii trecuți de 40 de ani, diferențierea A. O. de T. O. cauzează greutăți diagnostice. Cu toate că examenul anumitor teritorii arteriale (tîndul de ochi, coronarele, eventual rinichii) ne ajută într-o anumită măsură la stabilirea bolii de bază, totuși diferențierea celor două maladii este foarte grea și nu e posibilă întotdeauna. Delimitarea e îngreunată și de faptul că trombangitei obliterante i se asociază cu timpul modificări arteriosclerotice. În astfel de cazuri putem stabili numai tablourile clinice intermediare dintre cele două boli.

Arterioscleroza imbolnăvește mai ales arterele de tip muscular, și se localizează în general pe tulpini arteriale mai mari decît T. O. Procesul odată instalat e ireversibil. Ischemia arterială gravă duce deseori la formarea de cangrene.

După criteriul sindromelor caracteristice tabloului clinic, materialul nostru clinic se repartizează astfel :

A. O.	Sindrom caracteristic tabloului clinic	Nr. cazurilor
1.	Ischemie arterială	26
2.	Ischemie arterială—cangrenă	29

Ischemia arterială o combatem în primul rînd cu ajutorul vasodilatatoarelor. Trebuie să ținem seama de vîrsta bolnavului, scleroza cerebrală sau coronariană ce eventual se asociază, și de aceea e bine să evităm în limita posibilităților medicamentele care provoacă o dilatare bruscă și masivă a arterelor, cum sînt de exemplu preparatele cu efect ganglioplegic. Administrăm de preferință papaverină, vitamina PP și derivați de imidazolînă, sub formă de injecții i. m. În tratamentul bolii de bază, al arteriosclerozei, respectăm cunoscutele reguli dietetice și de odihnă. Cercetările din ultimii ani au aruncat o anumită

lumină asupra proceselor complexe ale formării arteriosclerozei, punând în centrul examinărilor tulburările metabolismului lipidic. Date experimentale au dovedit că heparina împiedică formarea fracțiilor de lipoproteine rudimentar dispersate, care se depun pe pereții arterelor. Am aplicat și noi tratamentul cronic cu heparină (săptăminal 5.000—10.000 U. i. m.), dar nu dispunem încă de date suficiente pentru a putea să apreciem rezultatele obținute.

A. O. i se poate asocia și flebita. Aceasta e cauzată de o inflamație secundară care se asociază cangrenei. Alteori varicele este factorul care predispune la flebită. Dar și încetinirea circulației e suficientă pentru a cauza flebita. În astfel de cazuri aplicăm tratament cu anticoagulanți. Dintre medicamentele anticoagulante, administrăm mai cu seamă heparina, deoarece este în același timp vasodilatatoare și influențează favorabil tulburările metabolismului lipidic.

După instalarea cangrenei, posibilitatea tratamentului conservativ este determinată de extinderea necrozei. Administrăm vasodilatatoare i. a., și antibiotice în caz de nevoie. Aplicînd tratament conservativ, am obținut în mai mult cazuri o refacere completă a țesutului. Aproape 50% din bolnavii noștri cu cangrenă nu au putut fi scutiți de amputarea membrului.

În tratamentul T. O. și al A. O. am aplicat și multe alte procedee. Sincardonul confecționat de Fuchs, odată cu extinderea valului pulsatoric, masează membrele inferioare. Probabil că în primul rînd el ușurează influxul venos, eliberînd prin aceasta țesuturile de metaboliții nocivi (29). Aplicînd tratamentul cu sincardon, unii au obținut rezultate bune, noi în schimb am constatat efecte mai modeste. Utilizarea acestui aparat e contraindicată în flebită și în prezența aritmiei absolute.

Administrarea hormonilor sexuali e justificată mai ales în leziunile arteriale cronice de origine arteriosclerotică.

În unele cazuri complicate cu cangrenă, am tratat modificările locale cu ajutorul emulsiei de embrion, obținînd rezultate bune. Emulsia embrionară conține substanțele necesare dezvoltării țesutului proliferativ, stimulînd prin aceasta procesul local de vindecare.

În ultimii doi ani, am completat procedeele noastre terapeutice prin băi de acid carbonic la Borsec și Comana. Am constatat rezultate favorabile în cazurile inițiale, fără flebită și cangrenă.

Efectul tratamentului aplicat în tulburările circulației arteriale l-am apreciat pe baza simptomelor subiective și obiective, precum și cu ajutorul aparatelor. Eficacitatea tratamentului e semnalată de ameliorarea indicelui disbazic, de încetarea durerilor chinuitoare, de schimbarea culorii pielii și de delimitarea teritoriului necrozat.

Indicele de oscilometrie nu este suficient pentru a aprecia efectul terapeutic. În esență, oscilometria ne dă indicii numai cu privire la starea arterelor principale și nu oglindește circulația din țesuturi. Aceasta explică faptul că în general devierile de oscilație au rămas neschimbate, fie că starea bolnavilor s-a ameliorat, fie că din cauza necrozei tisulare avansate s-a efectuat o intervenție chirurgicală. Dacă în dezvoltarea ischemiei, spasmul arterial a avut un rol important, — așa cum s-a întîmplat în câteva cazuri ale noastre — atunci paralel cu ameliorarea stării bolnavului s-a constatat și ameliorarea indicelui oscilometric. Examenul instrumental al temperaturii pielii, constituie o valoroasă metodă auxiliară în aprecierea evoluției bolii. Se știe că în ischemia arterială a membrilor inferioare, deservirea insuficientă cu sînge duce la scăderea temperaturii pielii. În caz de asociere cu un sindrom inflamator secundar, am observat că temperatura pielii a scăzut sau a crescut în funcție de faptul dacă ischemia arterială sau inflamația secundară a ajuns să fie predominantă. Fluctuațiile de temperatură ale pielii sînt în strînsă legătură cu evoluția bolii și de aceea pot fi bine utilizate ca semne pronostice. Ridicarea temperaturii pielii scăzute în prealabil, constituie un indiciu că deservirea cu sînge a membrului

inferior s-a ameliorat. O temperatura invariabil scăzută în membrele inferioare înseamnă un pronostic defavorabil. După Ratschow, dacă în comparație cu membrul contralateral se constată o diferență de temperatură de 4°, intervenția chirurgicală nu poate fi evitată. Scăderea temperaturii în prealabil mai ridicate înseamnă ca inflamația secundară cedează.

Rezultatele obținute în urma aplicării tratamentului în clinica noastră sint cuprinse în tabelul de mai jos.

Sindrom caracteristic tabloului clinic	Nr. cazurilor	Asimptomatici ameliorați	Stationari
I. O. Flebita migrantă - ischemie arterială	12	10	2
Ischemie arterială	15	14	1
Ischemie arterială + cangrenă	18	6	12
A. O. Ischemie arterială	26	15	10
Ischemie arterială + cangrenă	29	12	17
Total	100	58	42

(Observație: în 23,4% din cazurile complicate cu cangrenă, tratamentul conservativ a dus la refacerea completă a țesutului).

Tratamentul T. O. și al A. O. nu face parte din sarcinile ușoare și spectaculoase ale medicilor. În ciuda acestui fapt, tratamentul conservativ aplicat în mod corespunzător poate duce uneori chiar în cazuri grave, la o asimptomatologie completă sau la o remisie durabilă.

Sosit la redacție: 14 august 1958.

Litteratură

1. ANDREEV S. A.: Chirurgia 1953/7:3.; 2. ASCHOFF J.: Kl. Wschr. 1958/36:193.;
3. BUGAR, MÉSZAROS: Periferiás érbetegségek. Budapest 1955.; 4. BRAUNER E.,
5. BORIN E.: Med. Int. 1957/9:1361.; 5. BRAUNER E., TORIN E.: Med. Int. 1958/4:547;
6. CASTRO C. M. și colab.: Angiology 1955 6/5:442 ref. Excerpta Cardiovascular Diseases 1957 Vol. I. No. 1. 241.; 7. Ciba Clinical Symposia: Vol. I. 1949/5.; 8. Ciba Clinical Symposia: Vol. I. 1949/3.; 9. DIMITRU G., RUSSETANU S.: Med. Int. 1955/4:33.; 10. FIKKER E., KOSA Z.: A bôrhômerséklet ôsszehasonlító mérésének jelentôsége periferiás keringési zavarokban (Diákszakkörök tudományos ülésén tartott előadás 1958.); 11. GORDON Z.: Kliniceszkaja Medicina 1950/12:39.; 12. HAMORI A.: Orvostudományi Közlemények 1943/19:555.; 13. HESS H. și colab.: Medizinische 1956/11:347 ref. Excerpta Cardiovascular Diseases 1957. Vol. I. No. 1:238.; 14. HORTOLOMEI, ROMAN, SETLACEC: Chirurgia 1953/3:7.; 15. HORVATH É., MONOKI I.: Revista Medicala 1957 4:108.; 16. ILIESCU și colab.: Sindromul de Ischemie periferica București 1956.; 17. ILLIG H.: Kl. Wschr. 1958/36:193.; 18. JELANSZKIJ, BEGEMEN Orvosi Hetilap 1951/2:33.; 19. KOSA Z., FIKKER E., TAKACS T.: Oscillographia és histaminprôba értékelése periferiás keringési zavarokban (Diákszakkörök tudományos ülésén tartott előadás 1956.); 20. KUCHMEISTER H. și colab.: Schw. Med. Wschr. 1958. 86/31:880.; 21. MICHELLI, PELLEGRINI și colab.: Minerva Cardio-angiologica 1956 4/1:36 ref. Excerpta Cardio-vascular Diseases 1957. vol. I. Nr. 1. 239.; 22. MULLER K.: Schw. Med. Wschr. 1957/21:617.; 23. O'CONNEL și colab.: The American Journal of Medical Sciences 1955 944:150.; 24. PABST și colab.: Dtsch. Med. Wschr. 1956/81/82:880.; 25. PERLICK E.: Anticoagulantien Leipzig 1957.; 26. PERSIN A.

Kliniceszkaja Med. 1950/12:39.; 27. RADULESCU P., ROTTEMBERG M.: Viața Med 1958/5:449.; 28. RATSCHOW M.: Die Peripheren Durchblutungsstörungen Dresden—Leipzig 1953.; 29. RATSCHOW M.: Interne Therapie der organischen Herz und Kreislaufkrankungen, Darmstadt 1956:114.; 30. ROTTERSTEIN și colab.: J.A.M.A. 1951/6:661.; 31. SIGG L., Schw. Med. Wschr. 1955/11:261.; 32. SOLTESZ I. și colab.: M. Bel. Arch. 1957/4:138.; 33. SNABL, FIALA, POLLAK: Z. Ges. Inn. Med. 1956 11/14:660. ref. Excerpta Internal med. Vol. II. Nr. 8. 4727.; 34. SCHMELIN P.: Schw. Med. Wschr. 1955/11:261.

О ЛЕЧЕНИИ ТРОМБАНГИТА И ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АРТЕРИОСКЛЕРОЗА

Э. Хорват, Е. Хорват

Авторы сообщают терапевтические результаты достигнутые в 45 случаях тромбангита и 55 случаях облитерирующего артериосклероза.

Терапевтический эффект рассматривается в связи с различными клиническими аспектами облитерирующего тромбангита. В случаях, в которых выявлена симптоматология мигрирующих флебитов и периферийной артериальной ишемии, оздоровление инфекционных очагов, противосвертывающее и сосудорасширяющее лечение повело к явному улучшению в 34% случаев. Подчеркивается способ лечения гепарином и дикумаролом, обладающих противосвертывающим действием, а также антиаллергическое и противосвертывающее действие препаратов бутазолонид и салицилатерол. В случаях лишь только синдрома периферийной артериальной ишемии, положительный терапевтический эффект был отмечен в 94% случаев. Указывается на действие сосудодилатантов (симпатолитических и ганглиоплегических) веществ. При формах сопровождающихся гангреной, назначалось комплексное лечение с применением внутривенных инъекций. В одной трети случаев консервативным лечением достигнуто полное излечение гангрены.

При облитерирующем артериосклерозе консервативное лечение дало эффект в 62% случаев. В формах, сопровождающихся гангреной, улучшение наблюдалось в 42% случаев.

Отмечается значение осциллометрии и кожной термометрии в оценке терапевтического эффекта.

CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT DE LA THROMBO-ANGÉITE ET DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE OBLITÉRANTE

Endre Horváth, Eva Horváth

Les auteurs communiquent les résultats thérapeutiques obtenus en 45 cas de thrombo-angéite et 55 cas d'artério-sclérose oblitérante.

L'effet thérapeutique est discuté en rapport avec les différents aspects cliniques de la thrombo-angéite oblitérante. Dans les cas qui ont présenté la symptomatologie des phlébites migratrices et de l'ischémie artérielle périphérique, l'assainissement des foyers infectieux, le traitement anticoagulant et vasodilatateur ont amené une amélioration nette dans 84% des cas. On insiste sur le mode de traitement anticoagulant par l'héparine et le dicumarol. On attire l'attention sur l'effet anti-allergique et anticoagulant des préparations, de Butazolidine et de salicylatérol. Dans les cas qui ne présentent que le syndrome de l'ischémie périphérique artérielle, l'effet thérapeutique positif a été observé dans 94% des cas. On expose le mode d'action des substances vaso-actives (sympathicolytiques et ganglioplegiques). Dans les formes accompagnées de gangrène on a institué un traitement complexe, la méthode des injections intra-artérielles étant associée. Dans un tiers de nombre des cas, la guérison complète de la gangrène a été obtenue par le traitement conservateur.

Dans l'artério-sclérose oblitérante le traitement conservateur a été efficace dans 62% des cas. Les formes accompagnées de gangrène ont présenté une amélioration dans 42% des cas.

Les auteurs montrent l'importance de l'oscillométrie et de la thermométrie cutanée, pour l'évaluation de l'effet thérapeutique.