

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Lucrare din Clinica Dermato-Venerică
Director: Profesor Dr. CORIOLAN TĂTARU

No. 718

Prostatita blenoragică cu considerațiuni asupra tratamen- tului cu Gonovitan (Vaccigon-vital)



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 16 NOEMVRIE 1933.

DE

JAGAMAȘ ALEXANDRU

1933

Tipografia „Transilvania” Cluj, Piața Cuza Vodă No. 16.

Lucrare din Clinica Dermato-Venerică
Director: Profesor Dr. CORIOLAN TĂTARU

No. 718

Prostatita blenoragică cu considerațiuni asupra tratamen- tului cu Gonovitan (Vaccigon-vital)



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 16 NOEMVRIE 1933.

DE

JAGAMAS ALEXANDRU

23 MAY 2005



1933

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU

Profesori :

Clinica stomatologică	D-1 Dr.	Aleman I.
Istoria medicinei	" "	Bologa V.
Bacteriologie	" "	Baroni V.
Patologia generală și experimentală	" "	Botez M. A.
Istologia și embriologia umană	" "	Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" "	Gane T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu C.
Semiologia medicală	" "	Goia I.
Clinica medicală	" "	Hațieganu I.
Clinica chirurgicală }	" "	Iacobovici I.
Medicina operatoare }	" "	Kernbach M.
Medicina legală	" "	Martinescu Gh.
Farmacologia și farmacognozia	" "	Michail D.
Clinica oftalmologică	" "	Minca I.
Clinica neurologică	" "	Moldovan I.
Igienă și igiena socială	" "	Negru D.
Radiologia medicală	" "	Pamfil Gh.
Farmacia chimică și galenică	" "	Papilian V.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Popoviciu Gh.
Fiziologia umană	" "	Predescu-Rion I.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	Sturza M.
Balneologie (agr.)	" "	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	" "	Țeposu E.
Clinica urologică	" "	Thomas P.
Chimia biologică	" "	Urechia C.
Clinica psihiatrică	" "	Vasiliiu Titu
Anatomia patologică	" "	



JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte:	Dl Prof. Dr.	Coriolan Tătaru
Membrii:	{ " " " " " " " " " " " "	I. Hațieganu
		T. Vasiliu
		V. Bologa
		D. Michail
Supleant:	D-1 Doc. Dr.	V. Cimoca

Prefața

Gu ocazia prezentării acestei lucrări, mulțumesc din toată inimă Domnului Prof. Dr. G. Tătaru, care mi-a dat subiectul tezei, m'a sfătuit, mi-a controlat elaborarea tezei, mi-a ajutat și a primit să prezideze teza.

Mulțumesc Domnilor Asistenți, Hoffmann și Lengyel, pentru îndrumările și bunăvoința arătată față de mine.

Datoresc recunoștință Onor. Fac. de medicină și farmacie din Gluj, iubiților mei Măestrii, D-lor Profesori ai acestei Facultăți și în deosebi Juriului meu de promoțiune.



RAPORTUL ÎNTRE BLENORAGIA URETRALĂ ȘI PROSTATITA

Prostatita blenoragică este cea mai importantă și frecventă complicație a blenoragiei uretrale. Dispoziția anatomică a prostatei, a cărei canalicule excretoare se deschid direct în uretra posterioară, ne explică faptul de ce prostata e acel organ, care se afectează aproape totdeauna în decursul uretritelor blenoragice. După cum știm din istorie, prostata e o anexă a organelor genitale bărbătești. Ea constă dintr'o grupă de glande, fibre musculare netede, țesut conjunctiv și din țesut elastic. Grupa glandelor constă din 30—40 de ramificațiuni glandulare, alveolo-tubulare. Din punct de vedere a constituției seamănă foarte mult cu glandele mamare a fetelor tinere (*Mihalkovics*) cu două canale mai mari și mai multe mici, cari se deschid în uretră, în adânciturile cari se găsesc pe cele două părți ale colicului seminal. În secrețiunea glandulară, care e de natură alcalină, găsim firișoare de lecithină. La indivizii mai în vârstă, găsim corpuscule amyloide.

Din experiențele clinice s'a constatat că prostatita blenoragică e totdeauna precedată de o uretrită posterioară. Dar se găsesc descrise în literatură medicală cazuri (*Hexner, Luys*) când se declară o prostatită cu simptomatologia ei caracteristică, fără semnele unei uretrite posterioare precedente.

Știind că blenoragia uretrei posterioare câteodată e de scurtă durată, fiind abia câteva zile, în aceste cazuri trebuie să presupunem, că gonococii au stat numai scurt timp în uretra posterioară și din cauza aceasta au dat simptome clinice atât de reduse, încât nici medicul, nici bolnavul n'au putut să observe nimic.

Precum se știe, agentul patogen al blenoragiei, gonococcul lui Neisser, trecând bariera formată de sfincterul extern, procesul inflamatoriu se propagă și pe partea posterioară a uretrei, îndeosebi în săptămâna a treia a boalei. Aici, în uretra posterioară se deschide o poartă largă pentru diferitele complicațiuni, dintre cari cele mai frecvente sunt prostatitele blenoragice.

În etiologia prostatitelor blenoragice, precum ne dovedesc și ultimele cercetări clinice (*Jadassohn, Balzer, Wossidlo* și alții) iau parte și alți microbi. Rolul principal, natural, îl are gonococcul, iar precum arată examenul microscopic al secreției patologice, în unele cazuri, și la unele forme, e vorba și de asociațiuni microbiene. Puroiul poate conține: Stafilococi, streptococi, chiar anaerobi. La prostatitele cronice aflăm bacili coli etc. Agenții din uretra posterioară, pătrunzând în canaliculii prostatici, îi afectează în primul rând.

După *Balzer, Albaran* etc. în uretrita totală, grupa centrală a glandelor prostatice este cea, care este cea mai interesată în procesul morbid. Alții accentuiază mai mult infecția glandelor laterale. Dar precum dovedesc cercetările mai noi, foarte des se întâlnește și în bolnăvirea acelei părți a prostatei, care se găsește înaintea uretrei și care se cunoaște sub numele de *pars prae-urethralis*. Cele mai multe tratate științifice nu amintesc importanța acestei părți, pentru că multă vreme concepția științifică prelindea că în partea anterioară nu există țesut glandular capabil pentru funcțiune. Însă deja, după cum reiese din cercetările lui *Teleky* (1908) partea anterioară conține întotdeauna țesut glandular în cantități mai mari sau mai mici, după individ. Cercetările ulterioare au arătat însă și acea, că inflamația părții pre-uretrale este în legătură nu numai cu lobii laterali, ci se găsește și izolată, amintindu-se sub numele de prostatită preuretrală. Forma aceasta izolată e destul de rară și dacă survine, denotă o tendință spre cronicitate. Dealtfel în forma sa acută se prezintă cu aceleași leziuni anatomo-patologice ca și prostatita lobilor laterali, însă simptomele cauzate de ea arată unele abateri. Simptomul cel mai caracteristic este că bolnavul simte o durere pronunțată în hipogastru deasupra simfizei, nu poate întrerupe urinarea, și chiar încercarea de a face aceasta, produce dureri. Mucoasa prostatei este dispusă la hemoragii, iar uretra este stricturată. Se schimbă și mucoasa vezicii care este îngroșată, inflamată, edemațiată, suprafața ei are un aspect vegetant, neregulat.

Condițiunile predispozante

Intre condițiunile predispozante al unei prostatitei joacă un rol important, împrejurarea că individul în timpul tratamentului blenoragic să se țină cât de riguros de regulile igienice, pe care le recomandă medicul. Cât de mare rol joacă regulile igienice (liniștea, abstenența sexuală, mâncări corespunzătoare, abstenență dela beuturile alcoolice etc.) o dovedește faptul, că cea mai mare parte a complicațiunilor de prostatită ce se ivesc în legătură cu o blenoragie, se întâlnesc la clasele sociale mai joase, în parte, din cauza lipsei de educație, și în special, din cauza ocupațiilor grele. Vedem că prostatitele se ivesc mai des după: excursii mari, sporturi grele, cum e călăritul, bicicleta, excursii în trăsură, etc. Tot aici aparțin și „excese în Baccho și în Venere“. Afară de cauzele amintite, cari în cea mai mare parte cad în sarcina bolnavului, mai sunt și alte pentru cari e responsabil medicul. Din acest punct de vedere, tratamentul insuficient joacă un rol tot atât de important ca și o cură prea puțernică, pentru că menține hiperemia prostatei, care în mare parte ajută pătrunderea infecției.

Un rol important joacă și sondajul prea exagerat, precum și spălăturile cu lichide corosive.

Adeseori pe lângă aceasta intervine și o migrare a gonococilor în prostată, probabil per continuitatem. Unii autori accentuiază rolul eredității în această afecțiune. Supoziția aceasta e verificată în cazuri, când persoanele imediat ce s'au îmbolnăvit de blenoragie uretrală, prezintă și o prostatită cu toate precauțiunile și preveniriile igienice.

Formele clinice

În general deosebim prostatită acută și cronică. La forma acută pe baza alterațiunilor anatomopatologice și simptomelor clinice, deosebim trei forme ale prostatitei.

Formele acute

a) De pe uretra posterioară, inflamația se extinde și asupra orificiile canalelor excretorii a prostatei, în general asupra extremităților periferice. În acest stadiu glandele sunt încă neatinse. Prostatita a-

ceasta după *Finger* se numește *Prostatitis glandularis catharalis*. După *Luys*: *Forma ușoară glandulară*. După *Balzer*: *Forma catharală subacută*. Inflamația e încă foarte puțin dezvoltată, simptomele obiective și cele subiective reduse. Prostata are forma ei obișnuită, mărimea și consistența normală. Sub microscop se observă canalele excretorii dilatate și pline de puroi, precum și celulele epiteliale. Sub celulele epidermei au pătruns leucocitele. Din cauza lipsei de simptome obiective și subiective, diagnoza sigură o putem face numai după masajul prostatei folosindu-ne și de microscop. La proba cu două păhare, în paharul al doilea găsim filamente caracteristice. Prognoza prostatitei catarale e bună.

b) Dacă inflamația nu e numai la extremitățile canalelor excretorii, ci se extinde și asupra țesutului glandular, atunci avem prostatita foliculară. *Balzer* numește forma aceasta prostatită lobulară, în timp ce alții o numesc prostatită parenchimatooasă. În general înaintarea inflamației se face în modul următor: Canalele excretorii se astupă, ceace provoacă o stagnare în lobul glandular, și astfel se produce un teren apt pentru gonococi, între celulele secernale și țesutul conjunctiv înconjurător. Prin progresarea inflamației se formează abcese mici în aceste locuri. Aceste abcese mici pot să apară dispersate în toată prostată sau numai într-o parte bine definită. Boala în acest stadiu n'a distrus încă pereții interacinoși. După golirea acestor abcese mici, perforând pereții interacinoși, se formează un țesut proliferativ care pe urmă se cicatrizează.

Simptomele clinice sunt mai pronunțate ca la forma întâia. Bolnavul simte o excitație puternică și dureroasă de a urina, apare o hematurie terminală, câteodată la sfârșitul urinării apare puroi cu sânge. Alte simptome sunt: dureri la defecație, erecțiuni nocturne foarte dureroase. Prostata e de obicei mai mare și dureroasă, în stânga sau în dreapta a liniei mediane. După vindecare recidivează deseori.

c) La forma aceasta de prostatită blenoragică, prostatită parenchimatooasă interstițială, avem și îmbolnăvirea masei glandulare din cauza căreia avem o mărire a organului în general în urma congeșției și a serozității. Din punct de vedere anatomo-patologic putem constata următoarele: pe partea exterioară a prostatei, vase sanguine dilatate. La secțiune se constată că procesul inflamatoriu se răspândește în general în pereții canalelor excretorii și la început se extindă

într'o măsură mică și în masa glandulară. Inșă din cauza infiltrațiilor purulente în lobulele glandulare, putem avea abcese mai mari, cari unindu-se transformă o parte a prostatei într'un abces. Abcesele prostatei se pot evacua în diferite direcții. Cazul cel mai bun e când se deschid în uretră. Cazul e cel mai grav, când se răspândesc în țesuturile vecine. În caz favorabil, după ce abcesul s'a scurs, se formează un țesut cicatricial, producând stricturi. Altădată, după evacuarea puroiului, se formează fistule.

Câteodată forma aceasta se dezvoltă independent altădată în legătură cu primele două. În majoritatea cazurilor debutează brusc cu simptome generale: febră, indispoziție generală, câteodată vomă. Simptomele locale sunt mai pronunțate, având des dureri înșepătoare care se întăresc mai ales la defecare și urinare. Altădată avem dureri radiante în testicole și coapse. La examinare găsim prostata mărită în mod considerabil, așa încât polul superior nici nu se poate palpa. Prostata e sensibilă, elastică și netedă. Se poate delimita foarte ușor de țesuturile învecinate.

Precum am spus, se poate întâmpla ca prostata să devină în întregime un abces. În aceste cazuri, abcesul prostatei arată simptomele unui focar purulent. Simptomele generale sunt: dureri de cap, inapetență, insomnie, friguri, temperatură intermitentă, fenomene gastro-intestinale. Pe lângă aceste simptome generale, bolnavul se plânge de palpitații, dureri înșepătoare în regiunea anală, câteodată retenție urinară și dureri sfâșietoare în timpul dar mai ales la sfârșitul urinării. Dacă se întâmplă o perforație spontană, sau eventual la defecație, pacientul simte o durere sfâșietoare, scurtă, după care durerile incetează imediat. Dacă perforația s'a făcut spre uretră, în urină apare o secreție sângeroasă purulentă. Din cauza supurației și a sclerozei interstițiale se produce o impotență generandi. Deci prognoza e rea.

Pentru verificarea diagnozei pe lângă simptomele obiective și subiective înșirate mai sus, întrebuițăm probele cu 3-4 pähare. Dar o diagnoză sigură putem face numai atunci, când am recoltat prin masaj secreție prostatică, și am cercetat-o la microscop. În diagnosticul prostatitei foarte importantă metoda tușeului rectal, căci blenoragia uretrei posterioare foarte des nu prezintă nici un simptom specific. Secreția normală a prostatei e un lichid omogen și lăptos. La examenul microscopic prezintă corpuscule lipoide, amiloide și câteva ce-

lule epiteliale. În mod normal, numărul leucocitelor aflați, nu depășește cifrele de 4—5 într'un câmp microscopic.

Formele cronice

În majoritatea cazurilor, forma acută care se vindecă greu devine cronică altădată deja dela început procesul este lent, protrahat cu o tendință la cronicitate. Dacă a procedat o inflamație acută, proveniența acestei forme se datorește faptului că prostatita catarală și foliculară nu se vindecă, inflamația purulentă a lobulelor glandulare persistă; prostatita perenchimatoasă nu s'a resorbit și au rămas indurații, sau că după fistulizarea abceselor a rămas un abces cronic. În acele cazuri când în aparență avem de a face cu o formă cronică, trebuie să presupunem că a fost o fază acută de scurtă durată, care n'a dat decât simptome neînsemnate, încât au scăpat atât din vederea atât medicului cât și a bolnavului.

Din punct de vedere anatomo-patologic macroscopic, aceste prostatite blenoragice acute nu prezintă deviații mari, suprafața glandei prezintă câteodată neregularități în formă de ghemuiri mici. Mărimea poate să fie cea obișnuită, însă foarte des e mărită sau chiar micșorată, dacă supurația a distrus o parte din prostata. La secțiune: Uneori se află o congestie, altădată din cauza hipertrofiei țesutului conjunctiv e alb-cenușiu. Găsim abcese mai mici, sau mai mari care nu sunt egal distribuite în prostata, așa că părțile sănătoase alternează cu cele bolnave. Alterațiunile microscopice sunt multiple, cele mai caracteristice sunt infiltrațiunile glandulare și degenerația celulelor epiteliale.

Prostatita cronică se manifestă în aceleași forme clinice ca și cea acută. Nici o formă nu se poate deosebi de celelalte și deaceia practic nici nu facem deosebire între diferitele forme, ci vorbim numai despre prostatite cronice. Simptomele clinice se caracterizează printr'o variație foarte mare. Sunt cazuri cari decurg fără a da simptome. Altădată avem simptome grave. Abia vom găsi două cazuri asemănătoare de prostatită cronică. Natural în aceste variații atât de mari a simptomelor clinice joacă un rol mare și sistemul nervos al pacienților, căci ei reacționează diferit după sensibilitatea sistemului lor nervos. Simptomele pot fi locale și generale. Din cauza că atât prostata, cât și partea posterioară a uretrei sunt bogate în terminațiuni

nervoase, în cazuri de inflamații cronice, simptomele locale sunt în preponderanță. Bolnavii se plâng de dureri înăbușite în regiunea perineală. Altădată au senzația corpurilor străine și în același timp o mâncărime insuportabilă în testicule, uretră și rect. Aceste plângeri câteodată sunt continue, însă în majoritatea cazurilor sunt intermitente, avem accese cu dureri puternice, câteodată fără cauze evidențiabile, pe urmă durerile dispar pentru un interval mai lung sau mai scurt. Foarte des însă aceste simptome dureroase sunt produsul unei cauze exterioare ca de ex. călăritul, plimbarea cu trăsură, etc. Sunt bolnavii la cari șezutul îndelungat produce dureri. Un astfel de bolnav se așează timid și numai pe jumătatea gluteusului. Urinarea, defecarea și coitul suntacompaniate de dureri. Bolnavii au foarte des neregularități urinare. Simt mereu impulsul de a urina, deși vezica e goală. Astfel numărul urinării în timpul zilei și chiar în timpul nopții se înmulțește. Urinarea e câteodată întreruptă de spasme, altădată jetul are grosimi variate, ce se atribuie tulburărilor nervoase. Unii bolnavi se plâng că după urinare, picurarea urinei din uretră se continuă și după terminarea urinării. La acești bolnavi se găsesc adeseori eczeme pe penis și pe scrot. Retențiunea completă a urinei survine foarte rar, însă găsim urină residuală, ce se datorește slăbirii muschilor vezicii din cauza spasmelor sfincterului. Pe lângă aceste simptome avem și plângeri în legătură cu viața sexuală. Adeseori avem erecții dureroase, altădată erecții incomplete. După expulsarea spermei în uretră survine dureri arzătoare, urmată de dureri radiante în rect cari durează timp îndelungat. Pe lângă aceste neplăceri mai avem lipsa plăcerii sexuale, care aduce multe complicații: erecții de scurtă durată, ejaculația precoce și cazuri de impotență. Aceste neplăceri contribuie ca bolnavul să devină indispus, cu o hipersensibilitate a sistemului nervos, având dureri de cap și de spate. Amețelile, slăbiciunea generală precum și oboseala rapidă contribuie la dispoziția rea, încât bolnavul începe să sufere de neurastenie sexuală. Astfel se dezvoltă un circulus viciosus din cauza sistemului nervos ușor excitabil, căci impulsul care pleacă din focarele inflamate are un efect dublat slăbind mereu sistemul nervos și din cauza aceasta simptomele locale apar mai pronunțate.

Simptomele locale și generale, descrise mai sus pot să prezinte variațiuni mari, atât din punct de vedere al numărului cât și al intensității. Nici un simptom luat izolat, nu poate să fie caracteristic.

boalei. Chiar prezența a mai multor simptome nu pot să dea supoziții despre prezența inflamației acute a prostatei. Singurul simptom de valoare obiectivă poate să fie cercetarea prostatei și a secrețiunii prostatei. Prin tuseu rectal putem găsi alterațiuni foarte variate. La prostatita cronică amândoi lobi pot fi măriți în mod egal, suprafața lor e netedă, la palpație se constată o duritate mai mare sau mai redusă decât de obicei. Acest simptom poate să dea loc suspiciunilor mai ales la pacienții fineri, că avem de a face cu o inflamație cronică. Sensibilitatea variază dela caz la caz. Din punctul de vedere a diagnozei numai acele afecțiuni se iau în considerare, care se localizează în regiunile bine circumscrise. După ce ne am convins de forma prostatei, mărimea, consistența și sensibilitatea ei, vom încerca cu precauțiune, ca prin ajutorul unei masaj să scoatem secrețiunea. Secreția prostatei rezultată din masaj e foarte diferită. Efectul chimic e de notă alcalină. De obicei, privind lichidul cu ochii liberi, putem constata dacă e normal sau nu. Secrețiunea normală a prostatei e un lichid omogen, curgător, în timp ce secreția prostatei inflamate nu e o emulsiune omogenă ci conține mai multe elemente închegate. Privită la microscop, găsim leucocite în număr mare din cauza inflamației. Pe lângă leucocite mai găsim și celule epiteliale și rar globule roșii. E interesant, că dacă avem multe leucocite, atunci corpusculele de lecithină lipsesc, căci leucocitele le fagocitează. Cercetând agenții patogeni, câteodată găsim gonococi, altădată alții bacterii, mai ales stafilo și streptococi și bacilii colii.

Metodele cu patru sau cinci păhare sunt și ele un adjuvant al diagnosticului.

Frecvența prostatitelor blenoragice

Complicațiunea cea mai frecventă a blenoragiei este prostatita. Statisticile apărute până acum, indicând frecvența boalei, arată deviații foarte pronunțate din cauză că unii medici introduc în statistica lor numai prostatitele purulente, în timp ce alții introduc chiar și cele mai ușoare inflamații. O altă explicație ar consta în faptul că unii medici raportează prostatitele blenoragice la numărul total al uretritelor blenoragice, când, precum se înțelege numărul acestui raport e foarte mic. Așa spre exemplu la *Dron* raportul e 3:240, sau la *Jullien* 1%. În schimb, la acei cari raportează prostatita la uretrită totală,

rezultatul raportului va da un număr mai mare. Așa spre exemplu la *Montagui* și *Erand* găsim la uretrită totală în 70% prostatită „dacă luăm în considerare atât formele cele mai ușoare cât și cele mai grave“. Dar și la alți autori găsim un număr așa, sau chiar și mai mare. Spre exemplu:

După *Bierhof* . . . 84%, raportat la uretritele totale.
 „ *Heiner* . . . 60—70%, „ „ „ „
 „ *Petersen* . . . 50%, „ „ „ „
 „ *Waelsch* . . . 94%, „ „ „ „

Statistica făcută de mine, se referă la un material de cinci ani, dela 1928—1932, pe baza registrelor făcute la ambulanța clinicei dermato-venerice din Cluj. Am raportat prostatitele la numărul total a blenoragiilor uretrale:

Statistica făcută pe baza registrelor ambulanței Clinicei dermato-venerice din Cluj, 1928—32.

Anul:	1928	1929	1930	1931	1932
Nrul cazurilor de uretr. blen.	435	434	581	671	605
Nrul caz. de prost. în total	31	34	35	194	169
Nrul caz. de prost. acută	24	28	28	181	161
Nrul caz. de prost. cronică	7	6	7	13	8
Prost. blen. în total %	7.1	7.8	6.0	28.9	27.9
Prost. blen. acute în %	5.5	6.4	4.8	26.9	26.6
Prost. blen. cron. în %	1.6	1.4	1.2	2	1.3

În timp de cinci ani, în total au fost 2726 de uretrite blenoragice, din cari 463 au fost complicate de prostatită, în decursul blenoragiei (16.9 %).

Din aceste 463 de cazuri, 422 au fost prostatite acute (15.4 %) și 41 prostatite cronice (1.5 %).

Explicația acestui număr atât de mare trebuie cautat în faptul că cea mai mare parte din clientela ambulanței provine din păturile sociale cele mai sărace, cari sunt lipsiți atât de noțiunile igienice cele mai simple cât și de mijloace materiale pentru prevenirea complicațiilor.

Tratamentul prostatitei blenoragice

Tratamentul prostatitei blenoragice îl putem împărți în două grupe mari :

1. Tratamentul preventiv ;
2. Tratamentul curativ.

Prostatita se poate preveni, dacă în cazul uretritei blenoragice instituiem imediat un tratament precoce, sistematic și rațional. Căutăm să excludem cauzele predispozante, dintre cari cele mai însemnate sunt : oboseala fizică, „excese în Baccho și în Venere“. Ținându-ne strict de aceste prescripții, putem spera că blenoragia nu va afecta partea posterioară a uretrei, deschizând drum liber prostatitei. Chiar pentru aceasta recomandăm o dietă lacto-vegetariană, interzicând beuturile alcoolice în cantități cătuși de mici, apele gazoase, acide excitante etc. Condimentele trebuiesc evitate. Prescriem ape minerale purgative ușoare, ca să împiedicăm eventualele congestii datorite constipației.

Tratamentul curativ poate să fie și el de două feluri :

1. General și 2. Local.

Tratamentul general.

Chimioterapie,
Proteinoterapie,
Vaccinoterapie,
Hidroterapie,
Electroterapie,
Psihoterapie.

Tratamentul local.

Trat. antiseptic,
(spălături, instalațiuni)
Trat. mecanic,
(masaj, sondaj)
Termoterapie,
(compres, băi locale, Arzberger)
Electroterapie,
(curent galvanic, faradic și diatermie).

Tratamentul curativ al prostatitelor blenoragice acute

La prostatitele catarale și foliculare acute, tratamentul este în general conservativ, adică dietă igienică. În stadiul supraacut propunem tratament simptomatic, cu odihnă absolută. La nevoie dăm și narcotice pentru atenuarea durerilor. Cu ușorarea simptomelor acute trecem la spălături antiseptice (permanganat de potasiu, azotat de argint $1/10.000$ — $1/5000$). Rezultatul spălăturilor bine aplicate e vădit, căci astfel îndepărtăm secreția stagnantă în mod mecanic și îmbunătățim circulația sângelui, tonusul mușchilor netezi. La nevoie facem instalațiuni cu ajutorul cateterului *Guyon* cu soluțiuni antiagonococi (argint nitric 1%, argirol 14%, protargol $1/2\%$ etc.). Aceste instalațiuni le facem de obicei împreună cu spălături și anume totdeauna după spălătură, când canalele excretorii sunt golite și exercită o acțiune de absorbție. Pe lângă acesta se recomandă medicamentele diuretice ca: Salol, urotropin, hexal, hexastrontiuuran etc. La nevoie laxative ușoare. În cazuri mai grave de nevindecări aplicăm terapia vaccino-proteino-chimică.

Tratamentul prostatitelor parenchimatose și abcesului prostatic

În primul rând se aplică odihnă absolută și dietă strictă. Dacă procesul inflamatoriu este supraacut, atunci prescriem comprese răco-ritoare, eventual cu apă caldă pe timp de o jum. de oră, trei ori pe zi. Dacă inflamația e mai moderată atunci pe lângă odihnă recomandăm băi de șezut calde, comprese calde, perineale, aparatul lui *Arzberger* cu apă caldă și supozitorii (bellad + morfină sau Papavidrină) în rapp. cu tratamentul corespunzător. În cazuri de retenție completă, facem cateterizări, instalațiuni cu novocaină cu sonda *Nelaton*. Dacă nu reușim, numai atunci recurgem la sonda *Mercier*.

Dacă în prostată se formează un abces, atunci e indicat tratamentul chirurgical. Deși cu perforarea abcesului, o vindecare spontană e posibilă, totuși nu putem conta pe aceasta, căci în cele mai multe cazuri abcesul trece în uretră, altădată în rect, lăsând fistulă după sine, care rareori se curăță de puroi și astfel recidiva e foarte deasă. Dacă perforarea spontană s'a produs, după atenuarea simptomelor acute, aplicăm zilnic spălături ușoare ca să ajutăm eliminarea puroiului. Spălăturile făcute înainte de vreme, sau brutal, produce

epididimite. Această complicație, care survine câteodată pe lângă tratamentul cel mai îngrijit, unii caută să-l preîntâmpine cu dozarea diferitelor medicamente cum e de exemplu novatropina. După *M. Hei-*
ner, trei ori pe zi 0.0025 gr.

Intervenția chirurgicală în caz de abces are două căi: dinspre rect și prin regiunea perineală. Primul e mai preferabil dar desavantajul e că rana nu poate fi ferită de o infecție secundară. Mai ales bacilul coli joacă aici un mare rol. Tocmai pentru aceasta procedăm numai atunci prin rect, dacă perforarea spontană e prea înaintată. Dar astăzi în numărul cel mai mare a cazurilor intervenția din partea urologilor se face prin regiunea perineală.

Tratamentul prostatitelor cronice

Desfășurarea prostatitelor cronice foarte des durează ani de zile. Recidivele sunt frecvente și astfel reclamă multă răbdare atât din partea medicului cât și din partea bolnavului. Tratamentul general e dieta igienică, calmante, tonice și antineurofice.

Contactul sexual e contraindicat până ce sunt multe leucocite în secrețiune. După aceea e permis cu preservativ, căci după unii autori are un efect calmant. Partea principală în tratamentul local îl formează masajul. Masajul se face la fiecare două-trei zile, însă dacă influențează desavantajos starea nervoasă a bolnavului, atunci îl suspendăm.

După masaj unii fac spălături uretro-vesicale. Alții înainte de masaj introduc în vesică lichide desinfectante, pe cari bolnavul le elimină după masaj.

Hidro- și termoterapia, băi calde generale, cât și băi de șezut au un efect extraordinar de bun în decursul tratamentului, mai ales dacă prostatita cronică se asociază cu inflamația vezicei. Aparatul lui Arzberger e recomandabil și aici. În cele din urmă timpuri, electroterapia câștigă din ce în ce teren în tratamentul prostatitelor. Are desavantajul că nu poate fi aplicat numai în institute mai mari.

După această privire schematică a tratamentului prostatitelor acute și cronice trebuie să accentuăm că tratamentul trebuie să fie

aplicat totdeauna individual, căci numai astfel putem ajunge la rezultat.

Despre vaccino-proteino și chimico terapie cu privire specială la Gonovitan în tratamentul prostatitei

În tratamentul blenoragiei și mai ales în complicațiile ei joacă mare rol tratamentul biologic și chimic. Dintre factorii chimici cel mai des întrebuințat este Salol, Urotropina, Hexal, Gonosan, Hexastrontiuran, etc. În proteino-terapie, laptele, abijon, aolan, yatren-casein, etc. Vaccino-terapie s'a folosit timp îndelungat, de vaccinurile cu gonococi morți, în vindecarea blenoragiei și a complicațiilor sale. Între acești vaccini sunt cei mai cunoscuți vaccinul antigonococic Cantacuzino, vaccinul lui Wright (cu 5—10. mill. de germeni pe milimetru cub vaccinuri autolizate polivalente: Vaccigon și Age-Vaccigon (Vaccigon plus argint electrocoloidal), Vaccinul antigonococic al institutului Pasteur (250 mill. [dmegon, neodmegon]) 25 mill. gonococi și 225 mill. sinococi. Vaccinul antistafilogonococic „Pasteur“. Opsogon, artrighon, gonoyatren (polivalent în soluție de yatren).

Toți acești vaccini au dat rezultate destul de bune, mai ales vaccinul lui Cantacuzino combinate cu preparate acridinice (tripaflavina, gonacina și gonoflavina, etc.). S'a putut ajunge la rezultate frumoase în numeroase cazuri, după cum dovedesc experiențele numeroase a clinicei dermato-venerice din Cluj. Vaccino-acridino terapia, combinată, are superioritate pronunțată față de vaccino-terapie amintită mai sus. În caz de tratament combinat, numărul injecțiilor de vaccin e redus la jumătate, restul fiind înlocuit cu tripaflavina complet inofensivă. Deci nu epuizează bolnavul într'o măsură așa de pronunțată, starea generală fiind astfel foarte puțin influențată (Pop, Schultz).

Vaccinurile cu gonococii vii. Gonovitan (Vaccigon-vital)

În terapia blenoragiilor cronice, precum și în cazurile cu complicații, tratamentul cu gonococii vii a deschis o perspectivă nouă. Acest vaccin se cunoaște sub numele de Gonovitan.

Principiul Gonovitanului constă în următoarele: puterea imunizantă a elementelor patogene virulente este mult mai mare decât a celor omorâți. Din cauza aceasta scopul cercetărilor imuno-biologice,

a fost aplicarea terapeutică acestui fapt. Necesitatea practică a fost deci, producerea unui vaccin virulent, mai ales la acele boli contagioase cronice, cari nu reacționează la alte mijloace terapeutice, cum e și blenoragia cr. Pe baza experiențelor gynecologului Wolff din Hanovra, firma Sächsisches Serumwerk din Dresda a reușit să producă un vaccin din gonococi vii sub numele de Gonovitan.

Greutatea cea mai mare în prepararea acestui vaccin se datorește vitalității scurte, ce au gonococii dacă sunt izolate din corpul uman. Piedeca aceasta n'a putut să fie înlăturată decât prin obținerea formelor mutate de gonococi, cari în medii de cultură artificială trăesc câteva luni. Afară de această caracteristică de a avea o vitalitate mai lungă, gonococii nu prezintă alte caracteristici decât cele descrise la gonococi, ca de ex. posibilitatea de a fi cultivați în medii de cultură obișnuită, posibilitatea de cultivare sub 37° și posibilitatea de fermentațiune prin Dextrosă.

După cercetările lui Dörffel (Arch. f. Dermat. 160, 286—289, 930) structura antigenă a acestor coci, fața de ceilalți gonococi, nu prezintă nici o deosebire, căci a reușit să producă reacția complementare pozitivă. Efectul imuno-terapeutic a fost constatat din cercetările clinice. Virulența lor constantă s'a obținut prin un mediu de cultură, care conține albumină umană, nativă. De aici sunt transpuși în mediul gonovitanului. Despre comportarea bacterologică a cocilor-gonovitan s'au făcut multe discuții. Nagel și Cohn (Deutsch. Med. Wochenschrift 1929, Nr. 4, pag. 146, Münch. Med. Woch. 1928, Nr. 46, p. 1961) au crezut că aparțin grupei micrococului cataral. Argumentul de căpătenie a fost: Posibilitate de cultivare sub o temperatură obișnuită și pe un mediu obișnuit. Inșă culturile de gonovitan se deosebesc așa de frapant de coloniile masive, globulate ale micrococilor, încât se poate observa numai decât că sunt de altă natură.

Faptul că Gonovitanul conține într'adevăr un gonococ, dovedesc cercetările Inst. de Igiene din Würzburg (Arch. f. Hygiene, Band 108/932) în care asistentul Görig ne relatează că el a reușit să transforme din șapte culturi tipice de gonococi, patru variații, cari se cultivă într'un mediu obișnuit de cultură sub temperatură normală. Descrierea acestor culturi seamănă așa de mult cu culturile obținute din Gonovitan, încât e imposibilă o deosebire. Deci trebuie să privim coci din Gonovitan pe baza cercetărilor bacterologice și clinice, ca o variantă de gonococi, aclimatizată, cu omare putere imuno-biologică.

Părările specialiștilor din străinătate, relativ la însemnătatea tratamentului cu Gonovitan și despre rezultatele obținute

Wolff Hanovra. Zeitschrift für Gynecologie, Nr. 11/1928 :

„N'am reușit până acuma, cu nici o metodă într'o măsură așa de mare să vindec blenoragii, tratate fără succes luni întregi, într'un timp atât de scurt. Gonovitanul dă posibilitatea medicilor și clinicilor să întrebuițeze în terapie vaccine virulente“.

Acelaș autor scrie în *Deutsche Medizinische Wochenschr. No. 38/1928 :*

„In total ne reușește vindecare în 80% în cazuri cronice de blenoragie a femeilor, care au fost tratate zadarnic, local și general. Cu 1—2 injecții am ajuns să obținem vindecarea. Cazuri cari nu ne arată reacțiuni tipice, rămân în general fără a fi influențate. Acest fapt are două explicațiuni. Sau bolnavul se găsește într'o incapacitate de a produce anticorpi, la cari nu se poate aplica tratamentul cel mai activ, sau e vorbă despre un vaccin învechit, care și-a pierdut capacitatea terapeutică“.

Fritz Bluff. Medizinische Klinik. No. 42, Jahrg. 1928 :

„In 16 cazuri, cari mai înainte au fost tratate local și generali fără însă de a obține vre'un succes, cu ajutorul injecțiilor de Gonovitan s'au vindecat. Aplicarea Gonovitanului și la alte clinici, chiar și în cazuri refractare e recomandabilă“.

Erich Langer. Klinische Wochenschrift, No. 32/1929.

„In 60 de cazuri, la copii, femei și bărbați, am întrebuițat Gonovitanul cu mare succes. Până acum au fost sub tratament cu Gonovitan 40 de bărbați, 18 femei și 6 copii. In timp ce la bărbați nu putem vorbi despre o vindecare totală decât la $\frac{1}{3}$ din pacienții, procentul femeilor și a copiilor este cu mult mai mare, cel puțin 50—60%. Succesul constă în faptul că la mare parte dintre pacienți, după injectarea Gonovitanului — în cele mai multe cazuri după injecția a doua — gonococii dispar și nici după provocajie nu mai apar. Inflamațiile la femei precum și la bărbați sunt influențate favorabil și dispar repede. Până acum n'am obținut încă dela nici un vaccin o influență atât de binefăcătoare asupra inflamațiilor prostatei și a vezicii seminale. Chiar și în acele cazuri, când gonococii nu dispar complet, avem totuși ameliorarea sau dispariția durerilor chinuitoare

Kübelstein. Deutsche Med. Wochenschrift, No. 28/1929.

„Am tratat 49 de cazuri de blenoragie posterioară cronică și am observat că după câteva zile dela prima injecție de Gonovitan, preparatul microscopic s'a schimbat foarte mult. S'au găsit foarte mulți gonococi distruși. Gonococii au dispărut foarte repede din preparat. Cam 20—30 zile dela prima injecții de Gonovitan, preparatul a devenit negativ și scurgerea a încetat foarte repede. In general putem spune, că în decurs de patru săptămâni după prima injecție, preparatele rămân negative. Recidive n'am constatat“.

Szeghő. Gyógyászat, 1930/36.

„Prin tratament local, 60% dintre bolnavi au fost vindecați. Printr'o combinare a terapiei locale cu Gonovitan, procentul crește la 90%. Celelalte 10% cu tot regretul nu le putem vindeca“.

Müller. Asistent la Clinica Archiv. f. Gynäkologie, Bd. 140, 1930.

„Experiențele noastre ne-au arătat că reacțiunile specifice în focare cu Gonovitan sunt asemănătoare cu cele a Arthigonului, dar sunt mai puternice și efectul terapeutic în majoritatea cazurilor este mai mare. Am observat de mai multe ori că la injecțiile cu Gonovitan, deși reacția e mai mare, nu se observă urcare de temperatură. Secreția e abundentă, prin care se elimină mulți gonococi. După 8—14 zile, nu s'a putut constata nici un gonococ“.

György. Zentralblatt f. Gynäkologie. Nr. 10, 1931.

„Rezultatele obținute cu acest preparat au înlăturat toate neîncrederele, căci au întrecut toate așteptările. Din douăzeci de cazuri, 8 au fost acute și 12 cronice. Am tratat pacienții cu Gonovitan. Inrezumat atât despre Gonovitan: O reacțiune generală foarte redusă, numărul injecțiilor foarte redus, totuși o acțiune binefăcătoare asupra scurgerei, atât cantitativ cât și calitativ. Secrețiunea a fost de fiecare dată negativ. Inflamația se ameliorează, durerile au încetat într'un timp mult mai scurt, decât în celelalte cazuri“.

Kelliner. Prag. Dermat. Wochenschrift, 1932, Nr. 26.

„Din cele trezeci de cazuri tratate până acum cu Gonovitan, 28 s'au vindecat complet în timp scurt, iar în două cazuri n'am reușit. Din acest raport scurt, din cazurile noastre clinice, vedem că prin Gonovitan, combinat cu tratament local, am reușit să vindecăm

repede boli, cari au durat ani de zile, complicate cu inflamații. Aderseori, mijloacele cele mai des întrebuințate au fost zadarnice. Deci putem să recomandăm acest preparat în tratamentul blenoragiei cronice“.

Feilchenfeld. Berlin, Die Medizinische Welt. 1932, Nr. 22.

„Am tratat 33 de pacienți. 22 bărbați și 11 femei. Au fost cazuri cronice cari au fost tratate luni întregi și chiar ani de zile. Am făcut tratament cu toate preparatele cunoscute însă fără succes. În 20 de cazuri, adică 60%, am obținut vindecări complete. În timpul tratamentului temperatura a fost normală și numai în cazuri excepționale ajungea la 38°. Nici unul dintre pacienți nu și-a pierdut capacitatea de muncă în timpul tratamentului. Gonovitan dă în cazuri, când celelalte mijloace sunt ineficace, rezultate uimitoare.“

Experiențele Clinicii Dermato-Venerică din Cluj relativ la întrebuințarea Gonovitanului în cazuri de blenoragie cronică, și mai ales în cazuri de prostatită blenoragică

La Clinica Dermato-Venerică din Cluj, cam de doi ani se întrebuințează Gonovitanul împotriva complicațiilor blenoragice. În toate cazurile tratamentul cu Gonovitan s'a început după dispariția fenomenelor acute. S'a ajuns la rezultate excepțional de bune, mai ales în cazurile de artrită blenoragică, prostatită, precum și în cazuri de epididimită blenoragică. Pentru a asigura rezultatul cu gonovitan este necesar, ca tratamentul imunizant cu acest preparat să fie combinat cu aplicarea largă, locală, a obișnușilor agenți antiblenoragici, cu acțiune locală.

Tehnica tratamentului

Cu un ac subțire lung de 7 cm., se injectează superficial, subcutan, ca în anestezia de infiltrație. Ultima picătură se poate da intercutan. Ca loc de injecție se ia brațul, domeniul deltoidului. La bărbați se începe cu un cmc. și se mărește eventual până la 3 cmc. La inoculări repetate se va lăsa între injecții un interval cam de zece zile. Este inutil să se facă mai mult de 5 inoculări. Succese se pot obține

chiar la repetări după trei luni. Intre timp se va face numai tratament local.

La locul de infiltrație trebuie să apară o roșeață inflamatorie superficială, care dispare dela sine după 2—4 zile și căreia îi urmează timp de o săptămână un ușor infiltrat. Dacă reacția locală puternică, nu apare nici după prima, nici după a doua repetare, avem de a face fie cu o proastă reacționabilitate al organismului sau cu un vaccin învechit. Reacțiunile generale sunt de obicei foarte slabe, mai slabe decât la alte vaccinuri. Uneori ascensiuni termice peste 38 de grade. Reacția propriu zisă are loc în piele, din care cauză se dă injecție subcutană și intracutană.

Deseori ușoare reacție de focar la sediul afecțiunii. Secreția și gonococii dispar brusc în câteva zile. În alte cazuri, pur biologic, încet în 4—6 săptămâni. În acest caz se poate repeta inocularea de 2—3 ori. Gonovitanul își păstrează acțiunea sa tipică 2—3 luni. Vaccinurile vechi nu au altă acțiune decât aceea a vaccinurilor cunoscută din comerț, adică lipsa reacției la locul de injecție. Gonovitanul se va păstra la un loc răcoros și la întuneric.



Observațiuni personale

Observațiunea I. — H. L. 21 ani, comerciant, necăsătorit. Intră în clinică în ziua de 16 III. 1933. Diagnostic: uretrită blen. tot. epididimită funiculită stângă și prostatită parenchimatooasă. Antecedente fără importanță. Boala actuală: suferă de 6 săptămâni de scurgere uretrală și de constipație. Starea prezentă: Simptome subiective: Dureri în epididimul stâng cu iradiațiuni în regiunea inghinală stângă. Simptome obiective: Scurgere uretrală redusă. Urina e tulbură în ambele porțiuni. La palpare prostata e difuz mărită și tumefiată. Tumefacția interesează ambii lobi, mai ales cel drept. Are o consistență dură și foarte sensibilă la tușeul rectal. Epididimul stâng e tumefiat dur și dureros. Cordonul stâng la palpare are o consistență dură, ajunge de grosimea unui creion. În 16 III. se administr. comprese reci, Arzberger; intern: salol urotropin. 17 III. Un cmc. Gonovitan, Arzberger, comprese, salol urotropin. Temperatura 39,2°. 18 III. Arzberger, comprese, salol urotropin, temperatura 39. 19—20 III. Arzberger, comprese, salol urotropin, temperatura scade. Tumefacția

prostatai mult redusă. 21—22 III. Arzberger, comprese, salol-urotropin. Prostata ușor sensibilă, mult redusă. Afebril. 23 III. 2 cmc. Gonovitan, temperatura se ridică la 38 și $\frac{1}{2}$. 24—28 III. Arzberger, comprese, salol-urotropin, afebril. 29 III. Gonovitan. Temperatura se ridică la 37,9°. La 1 Aprilie părăsește clinica vindecat.

Observațiunea II. — N. E. 25 de ani, impiecat de C. F. R. căsătorit. Intră în clinică în ziua de 20 III. 1933. Diagnoză: Uret. blen. tot. Epididimită stângă, prostatită. Antecedente personale: în 1932 a avut prima blenoragie, când a prezentat o artrită la genunchiul stâng. A fost tratat într'un spital județean. Boala actuală datează din luna Dec. anul trecut. Bolnavul neagă contactul extramatrimonial. Primele simptome a boalei au fost: scurgerea uretrală. Starea prezentă: Simptome subiective: Dureri în epididimul stâng, junghiuri din când în când în prostată. Simptome obiective: Scurgere uretrală muco-purulentă, urina în I. parte turbure, II. clară cu multe filamente. Epididimul stâng, în deosebit capul mărit, dur neregulat. Sensibil la palpare. Ambii lobi prostatice măriți, duri și dure-roși la tușeul rectal. Microscopic: Gc. pozitiv. Decursul boalei: In 2 III. Arzberger, spălături totale, 22 III. Arzberger, salol-urotropin, 0,40 vaccin. Temperatura 38 și $\frac{1}{2}$. 23—27 III. Spălături totale, Arzberger, salol-urotropin, trei ori 0,5. 28 III. Un cmc. Gonovitan subcutan. Intern salol-urotropin. 29—30 III. Spălături, masaj, diatermie. In 5 IV. părăsește clinica vindecat.

Observațiunea III. — C. V. 27 de ani, absolvent în medicină, necăs. Diagnoză: Uret. blen. acută totală, limfangită, hematurie terminală, epididimită stângă și prostatită. Antecedente personale: A mai avut o blenoragie în 1931 fără complicații. Intrarea în clinică: 11 IV. 1933. Înainte de două săptămâni un contact sexual cu o prostituată. Primele simptome: Scurgere uretrală și dureri la micțiuni. Tratamentul de până acum a fost particular. Starea prezentă: Simptome subiective: Dureri la urinare, ultimele picături amestecate cu sânge. Simptome obiective: Scurgere abundentă verzue. Urina prima și a doua turbură, ultimele picături amestecate cu sânge. Microscopic: Gc pozitiv. Pe dosul penisului se palpează un cordon dur, sensibil la palpare, deasupra căruia tegumentul se prezintă într'o culoare roșie eritematoasă. La tușeul rectal se prezintă o ușoară tumefacție a prostatei, epididimul stâng dureros la palpare. Decursul boalei: 11 IV.

Arzberger, comprese. 12 IV. 3 cmc. de tripaflavin, Arzberger. 13 IV. Vaccin intravenos, Arzberger. Temperatura 38 și 9. 14—16 IV. Arzberger, comprese și toto dată tripaflavină 5 cmc. 17 IV. Ii se administrează vaccin. Temperatura 38,9. 18—20 IV. Starea ameliorată, Arzberger, comprese, temp. 37,5. 21 IV. Dureri la micșune, ii se administrează 1 cmc de Gonovitan. Temp. 37,5. 22—24 IV. Arzberger, comprese și totodată tripaflavină 5 cmc. 25 IV. 2 cmc. Gonovitan, temp. 37,1. 27 IV. Epididimită aproape complet resorbită, durerile dispărute, 5 cmc tripaflavin. Ziua ieșirii 2 V. 1933.

Observațiunea IV. — D. E. 19 ani. Elev, necăs. A intrat în clinică la 7 VI. Uretrită blen. tot. prof. parenchimotoasă. Antecedentele personale: Mai a avut o blenoragie complicată cu prostatită. Epoca infecției înainte cu două săptămâni cu o prostituată. Primul simptom: Scurgere uretrală. Starea prezentă: Simptome subiective: dureri în reg. perineală, și constipație. Simptome obiective: Scurgere abundentă, purulentă, urina prima și a doua tulbură. Microscopic: Gc + Ambii lobi prostatice sune măriți de volum; cel stâng ceva mai mult, de consistență dură, dureroase la palpare. Lobul drept nu se poate delimita net de țesutul periprostatic. Vezicula seminală deasemenea ceva mai tumefiată. Decursul boalei: 7 VI. Arzberger, vaccin 0,10. Temp. 39,5. 8 VI. Temperatura scade la 37,7. Tratament lobal cu spălături. 10 VI. Un centimetru cub Gonovitan. Se simte mai ameliorat. Tratament local, Arzberger, masaj. 13 VI. Tripaflavina 5 cmc. 15 VI. 1 cmc Gonovitan. Prostata foarte mult micșorată, nesensibilă la palpare. 16 VI. a părăsit clinica ameliorat.

Observațiunea V. — B. J. 30 de ani. Funcționar la casa cercuală, necăs. intră în clinică în ziua de 29 Apr. 1933. Antecedentele personale: A avut blenoragie fără complicațiuni, în anul 1929. Diag. Uretrită. blen. totală și prostatită. Boala actuală: datează din luna Decem. anului trecut, când după un contact sexual simte usturime în canalul uretral și observă o scurgere purulentă. Consultă un medic din oraș, care constată blenoragie și urmează un tratament cu spălături uretrale și dă inj. vaccin. Cantacuzino. La începutul lunii Aprilie prezentându-se la examen medical, se constată prostatita mărită și sensibilă. În urma acestora, bolnavul e îndrumat la clinică pentru

a fi internat. Starea prezentă. Simptome subiective: Dureri în regiune prostatică cu iradițiuni spre sacru. Simptome obiective: Secreție purulentă, urina I—II turbure. La examenul microscopic, gonococi extra și intracelular. La tușeul rectal ambii lobi prostatici sunt foarte mult măriți de consistență dură și dureroși la palpare. Decursul boalei: 30 IV. Arzberger. Intern: Salol-urotropin, un cmc. Gonovitan. 1 V. Spălături, tripaflavin 3 cmc. 2—4 V. Spălături locale, zilnic Arzberger, Salol-urotropin, masaj prostatic. 5 V. Salol-urotropin, Arzberger, 2 cmc Gonovitan. 6 V. Spălături totale, 5 cmc. Tripaflavină, Arzberger, masaj, salol-urotropin. 8 V. Spălături totale, masaj prostatic 5 cmc. Tripaflavină. Prostata ceva mai regresată. 11 V. Se administrează 2 cmc de gonovitan subcutanat. Spălături, urotropin, Arzberger, masaj. Părăsește clinica ameliorat.

Observațiunea VI. — N. S. 24 ani, învățător necăsătorit. Întră în clinică în ziua de 5 V. 1933. Diagnostic: uretrită blen. tot. prostatită, epididimită și funiculită stângă. Antecedentele personale: Bolnavul a avut blenoragie uretrală fără complicație în 1931. Boala actuală: La începutul lunii Martie, trei zile după un contact sexual, a observat o scurgere uretrală purulentă. Bolnavul se prezintă la un medic din Teiuș și a făcut tratament particular. A avut dureri foarte mari și tulburări urinare cu retenție, după care bolnavul intră în spitalul din Aiud, unde îi se aplică sondaj, însă blenoragia nu a fost tratată din cauza durerilor și nervozității pacientului. După aceea bolnavul intră în clinică. Starea prezentă: Simptome subiective: Dureri în scrotul stâng, mai accentuat la mers și eforturi. Simptome obiective, scurgere uretrală, sero-purulentă redusă. Urina turburată în ambele părți. Epididimul stâng este tumefiat, mărit, de consistență mai dură, înconjurând ca o semilună, testicolul nealterat. Funiculul stâng tumefiat se palpează cu un cordon dur, dureros. Decursul boalei: 5 V. Repaus, comprese, intern: salol-urotropin, un cmc. Gonovitan. 6 V. prese, 5 cmc. Electrargol. 9 V. Un cmc. Gonovitan, epididimul și prostata regresează. 10—11 V. Comprese, 5 cmc. electrargol. 13 V. 5 cmc. Tripaflavina, epididimul aproape complet regresat. La fel și prostata. Arzberger, masaj. 14 V. 5 cmc. electrargol, începe tratament local. 15—18 V. Tratament local. 20 V. 5 cmc. electrargol și masaj. 22 V. Tratament local, 5 cmc. tripaflavina intravenos. 24—26 V.

Tratament local Arzberger. 27 V. Suspendarea tratamentului local, 5 cmc. tripaflavina intravenos. 28 V. 5 cmc. electrargol. 9 V. Vaccin Cantacuzino, temperatura 40°. 2 VI. Electrargol, 0,20 vaccin, temperatura 39,6. 4 VI. Electrargol, 5 cmc. 0,30 vaccin, Arzberger. 6 VI. 5 cmc. electrargol. 8 VI. 0,30 vaccin, temperatura 38,6. 11 VI. 0,40 vaccin, temperatura 39,6. 12 VI. 5 cmc. electrargol, prezintă herpes labil. 13 VI. 0.50 vaccin. Bolnavul e încă sub tratament.



Concluziuni

1. *Interesarea prostatei în cursul uretritei blenoragice totale este foarte frecventă, dacă luăm în considerare și formele cele mai ușoare. Frecvența aceasta raportată în numărul total al blenoragiilor uretrale, arată un procent de 7,1—29% făcută pe baza registrelor Clinicii Dermato-Venerice din Gluj, dela 1928—1932.*

2. *Tratamentul prostatitei blenoragice, afară de tratamentele obișnuite, combinat cu Gonovitan (Vaccigon-vital) a luat o dezvoltare foarte mare mai ales în cazurile cronice, care nu s'au putut vindeca cu tratamentele cunoscute până acum.*

3. *Gonovitan e un vaccin cu germeni vii, conținând gonococi modificați, de o mare putere imuno-terapeutică. El este deci recomandabil și chiar inevitabil la tratamentul prostatitelor blenoragice cronice, după cum dovedesc experimentele specialiștilor străini și ale Clinicii Dermato-Venerice din Gluj.*

Gluj, 7 Noembrie 1933.

Văzut și bună de imprimat:

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. Coriolan Tătaru

Decanul Facultății:

(ss) Prof. Dr. Gh. Martinescu

Bibliografie

1. *Albarran*: *Medicine opératoire des voies urinaires.*
 2. *Balzer*: *Maladies veneriennes (1920).*
 4. *Bradi*: *Considerațiuni clinice și statistice asupra prostatitelor blenoragice (teză).*
 5. *Cathelin-Grandjean*: *L'infection gonococcique et complications.*
 5. *Cimoca*: *Noțiuni elementare de venerologie.*
 6. *Heiner*: *A gonorrhoea kórtana és gyógyítása.*
 7. *Lengyel*: *Considerațiuni clinice și statistice asupra epididimitelor și orchi-epididimitelor, blenoragice.*
 8. *Nékám*: *A nemi betegségek gyógykezélése.*
 9. *Pop-Schultz*: *Trat. combinat al complicațiilor blen. cu tripaflavină și vacc. antigonococic Cantacuzine. Clujul med. an. X., Nr. 10.*
 10. *Slăncuțu*: *Considerațiuni asupra vaccinoterapiei în blenoragie și compl. (teză).*
-