

8628

No. 854

Leziunile inflamatorii cronice ale uretrei posterioare și importanța lor clinică



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 7 MARTIE 1935

DE

TIBERIU POP

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22

Leziunile inflamatorii cronice ale uretrei posterioare și importanța lor clinică



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 7 MARTIE 1935

DE

TIBERIU POP

23 MAY 2005



CLUJ

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
 FACULTATEA DE MEDICINĂ

Prodecan: Domnul Prof. Dr. C. GRIGORIU.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Buzoianu G.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	Supl. "	<i>Zugravu Gh.</i>
" ginecologică și obstetricală	Prof. "	<i>Grigoriu Cr</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare	" "	<i>Kernbach M.</i>
Medicina legală	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Minea I.</i>
" neurologică	" "	<i>Moldovan I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Negru D.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Farmacia chimică și galvanică	" "	<i>Papilian V.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Fiziologia umană	" "	<i>Sturza M.</i>
Balneologie	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Țeposu E.</i>
" urologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Vasiliu T.</i>
Anatomia patologică	" "	

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: Domnul Prof. Dr. *E. Țeposu*

Membrii: }	Domnul Prof. Dr. <i>C. Tătaru</i>
	" " " <i>I. Goia</i>
	" " " <i>Al. Pop</i>
	" " " <i>M. Kernbach</i>

Supleant: Domnul Doc. Dr. *Cimoca.*

Introducere.

În dela început să subliniez cititorului acestei lucrări inaugurale, că ea să fie privită ca o schișare al acestui capitol de patologie genito-urinară.

Uretra posterioară din punct de vedere fiziologic și patologic este o răspântie (carrefour) uro-genitală: urinară, pentru că servește de trecere secrețiunii renale, iar procesele inflamatorii pot să descindă, prin continuitate, pe cale pielo-uretero-vesicală la nivelul acestei porțiuni din uretră; genitală, pentru că secrețiunea organelor genitale își varsă în timpul coitului produsul lor aci, iar procesele inflamatorii iau naștere, în majoritatea lor, pe această cale și imaginea suferinții lor își are sediul la nivelul acestei regiuni anatomice.

Leziunile inflamatorii cronice ale uretrei posterioare sunt expresiunea nu numai a metritei posterioare ci și a prostatitei cronice și într-un grad mai mic a spermatoocistitei și epididimitei cronice. Toate aceste procese concură, în plus cistita cronică, pentru permanentizarea acestor leziuni.

Istoricul acestor leziuni este strâns legat de cel al endoscopiei uretrale.

Cauza leziunilor, în marea majoritate a lor este uretrita cronică gonococică. Problema acestor leziuni se confundă în marea lor parte cu cea a blenoragiei cronice. Acest capitol de patologie este unul din cele mai importante atât pentru urolog, cât și venerolog.

Din punct de vedere practic, cunoașterea acestei chestiuni constituie un mare folos medicului practician. Trebuie să se știe azi, că aparține trecutului aforismul lui *Ricard* că: „on sait quand une chaude pisse commence, Dieu seul sait quand elle finira“; astăzi acesta este modificat în următorul: on sait quand une chaude pisse commence, l'Urologue moderne sait quand et comment elle finira“ (*Luy*s).

Expunerea acestui subiect o vom încadra în următoarele capitole:

- I. *Considerațiuni de anatomie, istologie și fiziologie;*
- II. *Etiologia și patogenie;*
- III. *Anatomie patologică;*
- IV. *Uretroscopia posterioară;*
- V. *Simptomatologie și formele clinice;*
- VI. *Diagnostic și diagnostic diferențial;*
- VII. *Câteva noțiuni de evoluție, prognostic și complicațiuni;*
- VIII. *Tratamentul leziunilor inflamatorii cronice ale uretrei posterioare și*
- IX. *Cazuistica.*

Lucrarea provine din clinica Urologică din Cluj de sub direcțiunea D-lui Prof. E. Teșosu și se bazează pe un număr de 79 cazuri examinate clinic și ambulator.



Considerațiuni de anatomie, istologia și fiziologia.

Din punct de vedere al raporturilor cu vecinătatea, uretra bărbatului se împart în uretra prostatică, uretra membranoasă și uretra spongioasă, după cum este în raport cu prostata, diafragma uro-genital și corpul spongios.

Guyon împarte uretra în uretra anterioară, corespunzând uretrei spongioase și uretra posterioară cuprinzând uretra prostatică și uretra membranoasă.

În cece privește uretrocopia, vorbim de o uretrocopie anterioară și una posterioară; în domeniul acesteia din urmă intră și colul vesical.

Uretra prostatică. Ea este porțiunea canalului uretral cuprinsă între colul vezicii și vârful prostatei. Lungimea acesteia este 28—30 mm. Raportul imediat al ei este cu prostata. Raporturile ei îndepărtate: 1. înainte cu sfincterul striat al uretrei, plexul lui Santorini și simfiza pubiană; 2. înapoi cu aponevroza prostatico-peritoneală și rect; 3. pe părțile laterale cu ligamentele pubo-rectale și mușchiul ridicător al anusului.

Uretra membranoasă. Numită așa pentru că e redusă la pereții ei proprii, se înfunde de la vârful prostatei, puțin de asupra aponevrozei perineale mijlocii, până la foița inferioară a acestei aponevroze. Lungimea ei este de 10—12 mm. Raportul imediat îl are cu sfincterul striat care formează sfincterul extern al uretrei. Raporturile ei îndepărtate: 1. înainte cu plexul lui Santorini care o separă de marginea inferioară a simfizei pubiene; 2. pe părțile laterale cu plexul venos periprostatic; 3. înapoi cu fosele ischio-rectale și cu rectul; 4. în sus cu loja prostatică; 5. în jos cu loja peniană, bulbul uretral și spațiul recto-uretral.

Calibrul uretrei variază după starea ei de vacuitate, de cea de distensiune mijlocie (în caz de micțiune) și de starea

de distensiune exagerată. În starea ei de vacuitate, cavitatea uretrei este vizuală. Distensiunea mijlocie rep. calibrul fiziologic al uretrei. Inceputul porțiunii membranoase este marcat de o strictură — coletul bulbului, — mai departe calibrul rămâne tot strâmtat până la nivelul porțiunii prostatice unde avem o dilatațiune de formă elipsoidă corespunzând fosetei prostatice. În fine colul vezicii formează din nou o strictură uretrei. După Reybard la un individ între 25—30 ani ureta membranoasă are un diametru de 8,6 mm., iar centrul porțiunii prostatice de 11,6 mm. Pereții uretrei se pretează foarte bine la distensiune încât permit introducerea unei sonde de un calibru superior celui indicat mai sus.

Uretra prostatică prezintă pe fața ei posterioară și mijlocie o proeminență alungită dinainte înapoi, care poartă numele de veru montanum.

Veru montanum (caput gallinaginis, colliculus seminalis) are o dimensiune de 12—14 mm. lungime, 1 mm. lățime și 1—2 înălțime. I-se descrie o extremitate superioară, una inferioară, o bază și un vârf. Extremitatea sa superioară rotunzită, prezintă în continuare niște plice — frâurile verului — însă pot lipsi. Foseta prostatică este o depresiune, ce se găsește imediat de asupra acestei extremități; în ea se deschid mai multe canale excretorii ai lobului mijlociu prostatic. Extremitatea inferioară se subțiază prezentând ceace se numește creasta uretrală. Baza lui veru montanum face corp cu peretele uretral. Vârful prezintă o faută mediană unde găsim utricula prostatică, reprezentată de un canal, care se termină în formă de con, de o lungime de 10—12 mm., ea nu este constantă și reprezintă extremitatea inferioară al canalului lui Müller. La dreapta și la stânga acesteia, pe vârful lui veru montanum găsim două orificii ale canalelor ejaculatoare.

Rigolele laterale ale verului, orificiile glandulare posterioare. Pe părțile laterale ale verului se găsesc două rigole antero-posterioare, rigolele laterale ale verului unde se deschid principalele canale excretore ale prostatei — orificiile glandulare posterioare.

Orificiile glandulare prostatice anterioare și laterale sunt repartizate pe peretele anterior și pereții laterali ai uretrei prostatice, au dimensiuni mai mici.

Uretra membranoasă prezintă pe peretele ei posterior niște plice longitudinale, cari sunt continuarea crestei uretrale. Mai prezintă orificii numeroase ale glandelor lui Littré, dispuse mai ales pe peretele anterior.

Constituția anatomică. Uretra este formată din trei tunici: 1. tunica mucoasă; 2. tunica vasculară și 3. tunica musculară.

1. *Tunica mucoasă* este foarte elastică, care fapt explică distensiunea care i-se poate aplica. Paralel cu traectul uretrei prezintă plice, cari pot fi numite — plice de vacuitate, pentru că dispar în stare de distensiune. Istologic i-se distrug 2 straturi: a) un strat epitelial și b) chorionul.

a) Epiteliul prezintă 2 straturi, unul superficial format dintr'un singur rând de celule epiteliale cilindrice și unul profund format din 4 sau 5 rânduri de celule mici poliedrice. Epiteliul zace pe membrana hialina al chorionului.

Glandele uretrei se împart în glande intra-epiteliale și glande extra-epiteliale. Glandele intra-epiteliale se găsesc aproape exclusiv la nivelul uretrei anterioare.

b) Chorionul cuprins între epiteliu și tunica vasculară prezintă în partea ei superficială numeroase papile. El este format într'o proporție de 8/10 din fibre elastice, pe urmă din fibre conjunctive, materie amorfă, leucocite și foliculii limfatici. În partea ei cea mai superficială, prezintă o membrană hialină de-o grosime de 2 microni.

2. *Tunica vasculară, corpul spongios*, cuprinsă între tunica mucoasă și musculară este formată, la nivelul uretrei posterioare, de un strat subțire, spre deosebire de cea anterioară, unde are o grosime remarcabilă. Structura ei este reprezentată prin multe fibre elastice și numeroase cavități venoase de dimensiuni variabile, formând un plex venos.

3. *Tunica musculară* se găsește înafara celei de mai sus și e formată din fibre musculare netede dispuse pe 2 planuri: unul intern longitudinal și unul extern circular. Fibrele longitudinale reprezintă continuarea stratului plexiform al vezicii și sunt abundente la nivelul uretrei prostatice; mai puțin la nivelul celei membranoase. Fibrele musculare netede circulare formează la începutul uretrei sfinterul neted al uretrei (sfinterul intern al lui Henle) ca pe urmă să fie foarte puțin

reprezentată în restul uretrei prostatice și să reapară mai multe la nivelul uretrei mebranoase.

Structura speciala a lui veru montanum. La suprafață este format din mucoasa uretrei, care este plisată, putându-se astfel adapta variabilității de volum al coliculului. Scheletul este reprezentat de o coloană centrală, formată din țesutul elastic și fibre musculare netede dispuse longitudinale, care se confundă în partea ei profundă cu țesutul propriu al prostatei și dintr'un țesut spongios, pe părțile laterale, ce este în dependență de tunica vasculară a uretrei.

Noțiuni de fiziologie. Canalul uretral se împarte din punct de vedere fiziologic în: 1. *porțiunea urinară* și 2. *porțiunea genito-urinară*. Porțiunea urinară este aceia cuprinsă între colul vezicii și oficiul canalelor ejaculatoare, iar restul formând porțiunea genito-urinară, pentru că servește la eliminarea urinei și spermei.

În timpul micțiunii vezica se contractă, colul vezical și sfincterul striat se relaxează, iar uretra anterioară se lasă să fie destinsă de urină. Ocluziunea orificiului vezical este datorită în prima linie tonicității sfincterului intern uretral, apoi sfincterului extern; elasticitatea peretelui uretral, prezența prostatei și curbura uretrală concură secundar pentru același efect. O secrețiune patologică a uretrei posterioare se va elimina doar cu urina, sau forțând sfincterul intern, pentru că cel extern nu cedează, va pătrunde în vezică. O hemoragie în uretra posterioară, pentru același motiv, se va traduce prin o hematurie (nu ca uretra anterioară, când avem hemoragie uretrală!).

În timpul masajului prostatic sau în defecațiune sfincterul striat se relaxează și atunci secrețiunea purulență apare la nivelul meatului uretral.

Ejaculațiunea este produsă de contracțiunea neviculelor seminale, sfincterului striat și mușchilor bulbo cavernoși. În timpul coitului se contractă canalele deferente, veziculele seminale cari fac ca sperma să ajungă prin canalele ejaculatoare în uretra posterioară, unde se amestecă cu secrețiunea prostatică și montanală (care mărește vitalitatea spermatozoidelor). Astfel se acumulează în uretra posterioară o secrețiune

de proveniență multiplă, sub presiune. La un moment dat sfincterul se relaxează și secrețiunea este aruncată cu forță în uretra anterioară, unde mușchiul bulbo-cavernos îi accelerează cursul. Turgescența colicului seminal i s'a atribuit altădată faptul că în momentul presiunii sperma nu ajunge în vezică; de altfel fiziologia acestui mic organ nu prea se cunoaște. Hogge descrie ejaculațiunii alt mecanism. Ejaculațiunea fiind un fenomen reflex; se descrie un centru medular reprezentat de primul și al doilea neuromer lombar, o cale centripetă reprezentată prin nervul dorsal al penisului și o cale centrifugă reprezentată prin nervii hipogastrici, plexul periprostatic și perivezicular și de nervul rușinos intern.

Erejecțiunea este datorită umplerii cu sânge al corpiilor erectili. Această acumulare de sânge este dată de vasodilatația arterelor datorate corpiilor erectili și poate de contracțiunea mușchilor bulbo- și ischio-cavernosi cari comprimă bulbul și rădăcinile corpiilor cavernosi. Erejecțiunea este un act reflex, al cărui centru medular este format de neuromerul al doilea și treilea sacral. Căile centripete reprezentate de excitațiuni periferice și centrale (cerebrale), cele periferice sunt multiple, dar mai ales ale regiunii genitale, cele centrale sunt date de centrii ipotetici corticali și subcorticali. Căile centrifuge sunt reprezentate de fibre vaso-dilatatoare cari trec prin nervii erectori.

Etiologie și patogenie.

Leziunile inflamatorii cronice ale uretrei posterioare fiind expresiunea uretritei posterioare cronice, prostatitei cronice, spermatocistitei și apididimitei cronice — etiologia și patogenia lor se confundă cu a acestora.

Deosebim:

A) *Cauze, determinante și*

B) *Cauze adjuvante.*

1. *Gonococul.* Blenoragia, este aceia care o găsim mai frecvent în antecedentele bolnavilor cari ne prezintă leziunile ce ne interesează. Pentru aceasta nu am decât să citez cele 79 de cazuri ale Clinicii Urologice, de sub conducerea dlui Prof. E. Țeposu, în cari s'au făcut examenul endoscopic al uretrei posterioare, și cele 100 cazuri prezentate de Eugenio Franceschi în articolul său (a se vedea bibliografia) publicat în cele mai recente numere ale lui „Journal d'Urologie“.

În majoritatea cazurilor gonococul nu-l putem găsi în secrețiunea uretrală al acestor bolnavi.

Trecerea la cronicitate a uretritei acute gonococice se face în urma greșelilor de igienă (ex.: practicarea coitului înainte vindecării ei, surmenajul fizic, excese de mâncare, constipație etc.), greșelilor de tratament, anomaliilor congenitale, foliculitelor (litritelor) supurate în retenție, cowperitei sau prostatitei, herpetizmului, limfatismului etc.

Permanentizarea uretritei posterioare cronice, este datorită îndeosebi: complexului patologic al acestei regiuni (prostatită, spermatocistită, epididimită, cistită) care dă un cerc vicios.

2. *Flora microbială banală.* Aceasta este formată de: stafilococ, enterococ, streptococ, pneumococ, pneumobacil, coli-

bacil etc. dintre aceștia mai frecvenți sunt stafilococul și colibacilul.

Această floră poate surveni primitiv și secundar: primitiv, când bolnavul nu are în antecedente o infecție gonococică și secundar, când flora microbiană se greșează pe un teren inflamator cronic de natură gonococică.

Modul de contagiune în cursul întâi se face de ex. în urma unui coit cu o femeie ce suferă de o anexită, uretrită, supurație peri-uterină, mai ales în perioada menstruală, sau coitul cu o femeie sănătoasă în timpul sarcinii etc.; în cazul al doilea uretra prezintă o receptivitate morbidă, încât coitul cu o femeie ce are doar o floră genitală abundentă are ca rezultat infecțiunea acesteia, numită în mod vulgar „échauffement“.

3. *Bacilul Koch* îl găsim rar în etiologia acestor leziuni. Uretrita posterioră tbc. apare de obicei secundar unei tbc. uro-genitale, după cercetările lui Burckhardt, Chaliere, Cholsoff și alții. Pretinsele cazuri de localizare primitivă sunt neverosimile. Procentul tbc. uretrale în tbc. uro-genitală este de 7% (Wossidlo). De obicei procesul tbc. trece dela epididim prostatic sau vezică la uretra posterioară. În urma traumatismelor la nivelul uretrei la indivizi tbc. se pot face determinări întâi peri-uretral și pe urmă la mucoasa uretraică (peri-uretrita tbc. internă a lui Englisch).

4. *Treponema pallidum*. „Sifilisul uretrei, prostatei, veziculelor seminale este atât de rar, încât nu survine din punct de vedere practic“ (Prof. Hașigeanu. Sifilisul viscerai medical pag. 131.)

B) *Cauze favorizante*. Amintesc pe cele mai apropiate.

1. *Practici sexuale anormale*. Masturbațiunea, excesele sexuale, coitul întrerupt, coitul prelungit, coitul bucal etc. produc o stare de congestie ale organelor genitale și astfel microbii saprofiți ai uretrei au posibilitatea să producă accidente acute pe fondul cronic al inflamațiunii. Luys descrie un „veru des masturbateurs“, caracterizată prin tumefacțiune congestivă al coliculului seminal.

2. *Traumatism mecanice și chimice*. Terapeutica intempestivă de ordin mecanic sau chimic formează majoritatea aces-

Atora. Astfel aplicarea greșită sol. de oxicianură de mercur, cateterism cu sondă sau bougie pe care este depozitat o mare cantitatea de formol, cateterism intempestiv etc. Sonda „à demeure“ este tipul uretritelor produse prin corpi streini. Calculii uretrali, corpii streine de războiu intră în aceeași categorie. În toate aceste cazuri se produc ulcerăriuni ale mucoasei întreținând o stare de congestie îndelungată a mucoasei, devenind astfel proprice infecțiilor.

3. *Sărurile minerale.* Prof. Leugue și Fisch au insistat asupra rolului predispozant pe care îl joacă cristalele de acid uric, oxolat de calciu, fosfați sau urați în suspensie în urină. Aceste substanțe caustice mențin starea inflamatorie a mucoasei uretrale.

4. *Terenul diatezic.* Reumatismul cronic, artritisul, herpetismul, guta, diabetul dau un teren propice dezvoltării infecțiilor și deci și la nivelul uretrei. Sunt citate în literatură numeroase cazuri în care uretrita a cedat în urma terapiei adresate terenului.

Căile de infecție.

Deosebim următoarele căi:

a) *calea uretrală (ascendentă);*

b) *calea limfatică;*

c) *calea sanguină și*

d) *calea piele-uretero-vezicală.*

a) *Calea uretrală* este cea mai frecventă pentru infecție. Astfel blenoragia, infecțiunea cu flora microbiană banală urmează în genere acest drum.

b) *Calea limfatică* aduce agenții patogeni din vecinătate: supurații peri-rectale, hemoroizi inflamați, osteite pelviene, tbc. al epididimului etc.

c) *Calea sanghină* este cea mai rară. Se citească în urma unei colibacilemii, furunculoză, antrax, granulie.

d) *Calea piele-uretero-vezicală.* Orice infecție vezicală pronunțată (calculi, diverticoli etc.) se acompaniază de-o infecție a uretrei posterioare. Însă cele mai frecvente cazuri sunt cele produse de piele-nefrite, al cărui agent patogen mai frecvent este colibacilul cari poate produce procese inflamatorii la nivelul trigonului vezical, uretrei posterioare, prostată și organele genitale.

Anatomie patologică.

Leziunile inflamatorii cronice ale uretrei posterioare: sunt expresiunea uretritelor cronice posterioare, cari în majoritatea lor sunt, după cum am văzut, de natură gonococică.

Modificările istologice pe cari le sufăr: mucoasa uretrei posterioare; stratul epitelial, chorionul, glandele extra-epiteliale, glandele lui Littre) veru montanum, prostata și vesiculele seminale se descriu după cum urmează.

Epiteliul răspunde unei infecțiuni prelungite totdeauna printr'o proliferare. La început această proliferare nu modifică forma celulelor, protoplasma nu mai este transparentă, putem avea o infiltrațiune intra-epitelială. Mai târziu însă, caracterul celulelor se schimbă, cele bazale devin poliedrice, iar cele dela suprafață cubice, în acelaș timp epiteliul proliferază mai departe. Această transformare se sfârșește prin aplatizarea mai ales al celulelor din straturile superficiale, obținând astfel un aspect pavimentos. Cheratinizarea la nivelul uretrei posterioare nu se produce, spre deosebire de uretra anterioară.

Chorionul este invadat de infiltrațiuni embrionare, vasele sunt sediul unei congestii, consecutiv edem și chiar a unor neformațiuni vasculare, în acelaș timp avem o endo- și o peri-vascularită. Durata prelungită a infecțiunilor face ca țesutul conjunctiv să se organizeze, să se cicatrizeze bridele, stricturile, cari la nivelul uretrei posterioare sunt excepționale, datorită lipsei țesutului erectil. Procesul de vindecare al chorionului se face prin resorbția infiltratului embrionar.

Glandele lui Littre (pe cari le găsim în uretra posterioară, doar la nivelul uretrei membranoase) cât și glan-

dele extra-epiteliale (cari sunt mai numeroase la nivelul uretrei prostatice) joacă un rol foarte mare în evoluțiunea uretritelor cronice. Infecțiunea vine prin continuitate dela mucoasa uretrală imediată. Transformările pe cari le suferă sunt aceleași ca ale epitelului și chorionului. Uneori canalul excretor al glandelor se poate oblitera provocând retențiune (chist) și infectându-se secundar iau naștere mici chiste supurate sau abcese miliare. Aceste chiste se înconjoară de un țesut conjunctiv care pe urmă se organizează, sclerozându-se.

Veru montanum având mucoasa uretrei prostatice și fiind un organ glandular, transformările istologice pe cari le suferă sunt identice cu cele ale uretrei posterioare. Acestea explică leziunile cari se observă la nivelul lui. Pentru că este un organ bogat vascularizat ne poate da o congestie intensă. Polipii adevărați, cari sunt foarte rari, cel mai frecvent se observă la nivelul colicului, dezvoltându-se prin o neoformațiune vasculară în jurul căreia proliferază epitelul.

Prostata în cursul uretritelor cronice, se poate spune, că este totdeauna invadată de procesul inflamator prin conductele excretoare ale glandei. Într'o primă perioadă avem infecțiunea conductelor cari prezintă o descuamațiune (mucus + celule epiteliale) sau pio-descuamațiune (mucus + celule epiteliale + leucocite). Într'un al doilea stadiu din cauza infiltrațiunii peri-canaliculare conductele se obliterează și se formează chiste prin dilatarea acinilor glandulari de secrețiune, sau când se adaugă o infecțiune secundară — chiste supurate sau abcese miliare. După Lallemand și Velpeau în acest stadiu avem prostata glandulară. În această fază volumul glandei este puțin mărit, avem o infiltrațiune periglandulară sub-epitelială de celule rotunde și leucocite. Infecțiunea progresând, infiltrațiunea periglandulară și interacinoasă invadează țesutul interstițial al glandei, în acelaș timp avem și o puternică congestie. Acest stadiu poartă numele de prostatită interstițială. Când evoluția ia o alură rapidă acest proces inflamator trece într'un proces supurativ dând

abcese multiple, sau un abces unic mare. De obicei evoluția procesului inflamator tinde spre cronicitate, când avem doar leziuni acinoase cu o infiltrațiune a chorionului și o proliferare epitelială discretă în forma glandulară cronică; pe când în cea interstițială cronică infiltrațiunea interacinoasă comprimă canalele excretoare și produce o dilatațiune a acinilor din dependența lor. Mai târziu țesutul conjunctiv se fibrozează și glanda devine atrofică, dură. Pe acest tablou istologic de cronicitate se pot gresa mici accidente acute dând mici abcese peri-acinoase diseminate.

Veziurile seminale iau parte și ele la suferința uretrei posterioare, dând ca aspecte anatomo-patologice: veziculita superficială, veziculita profundă; veziculita supurată și periveziculita.

Uretrita posterioară tuberculoasă se prezintă sub toate formele anatomo-patologice ale tbc., începând cu tuberculii miliari diseminați, până la mari noduli cazeoși confluenți. Ulcerele au atât formă de ulcere mucoase bine circumscrise, precum și mari pierderi de substanță mucoasă cu caverne purulente în jur. Ca urmare pot să se formeze abcese de coborâre cu perforațiuni în rect și perineu (fistule). Vindecările procesului tbc., se fac prin neoformațiuni conjunctive, cari duc la stricturi.

Accest capitol este complectat în partea ei macroscopică, mai departe, sub numele de „Endoscopia uretrei posterioare patologice”.

Uretroscopia posterloară.

Un scurt istoric al uretroscopiei.

În anul 1805 **Bozzini** în Frankfurt a. M. face primele încercări. Abia în 1853 **Desormeaux** realizează practic primul aparat, care era compus dintr'o sursă de lumină externă reprezentată de o lampă cu oleu, pe urmă cu petrol, care-și proiecta lumina în axa unei sonde metalice. **Horteloup** înlocuiește sursa de lumină de mai sus cu una electrică și face instrumentul mai ușor de mânuit. **Leiter** fixează sursa luminoasă de mânerul instrumentului. Mai recent acesta a fost modificat de **Heitz-Boyer, Otis, Casper** unde sursa luminoasă este independentă de tubul uretroscopic și e reflectată în acesta cu ajutorul unei oglinzi frontale. Aparatul lui **Grünfeld** este identic; puțin modificat de **Posner, Janet** și alții în ce privește tubul uretroscopic. Toate aceste aparate de mai sus au sursa de lumină externă.

Nitze în 1879 construiește primul aparat dotat cu sursa de lumină electrică întrenă, adică introdus în interiorul cavității de examinat. Această sursă electrică era formată de incandescența unui fir de platină, care însă micșora mult câmpul vizual. **Oberlander** și **Kolmann** dau naștere unui uretroscop în care sursa luminoasă este dată de o ansă de platină care devenea incadescent la trecerea curentului, iar pentru că temperatura era considerabilă au înconjurat această ansă cu două tuburi subțiri cari formau un circuit prin care trecea un curent de apă ce răcea constant aparatul. **Valentine** (1899) întrebuințează pentru prima dată o lampă electrică ca sursă luminoasă, a cărei temperaturi nu trecea nicicând de 38°C dând astfel posibilitatea unui examen prelungit. **Luys** (1902) perfecționea-

ză aparatul lui Valentin făcând din uretoscop un instrument solid, în întregime metalic și ușor de mânuit. El este format dintr'un tub metalic nichelat cu lungimea (7 cm. pentru uretra peniană și uretra femeii, 13—14 cm. pentru examenul complet al uretrei bărbatului) și calibrul diferit (22—30 din filiera Charrière, se obicinuește examenul cu 25 sau 26), dintr'un mandrin metalic plin și nichelat, dintr'o sursă luminoasă dată de mici lămpi electrice reci, dintr'un mâner și o lupă a cărei focar corespunde exact lungimii tubului. **G. Fraisse** a înlocuit lupa cu un mic telescop, îndepărtat de pavilionul tubului cu mai mult de 4 cm. pentru a putea introduce diferite instrumente în aparat sub controlul acestuia. **Antal și Fenwick, Wasserthal, Luys** au construit aero-urethroscopie, pentru a des-tinde uretra prin injecție de aer, cu scopul de a expune toate plicile mucoasei uretrei posterioare. Uretroscopul lui cu aer al lui **Wossidlo** este format dintr'un tub curb cu fereastră laterală, în apropierea părții sale oculare prezintă o foarte mică țeavă prin care aerul este insuflat. Uretroscopul cu irigație a lui **Goldschmidt** (1906) prezintă 2 modele: uretoscopul simplu și uretoscopul operator. Irigațiunea are rolul de a îndepărta pereții, mai ales ai uretrei posterioare, pentru a avea o vedere netă. Apa vine prin piesa metalică superioară a aparatului dintr'un dispozitiv de irigație situat la 2 m. de-asupra basinului omului bolnav. Există un uretoscop combinat din tipul lui **Goldschmidt** cu irigație și **Wossidlo** cu aer. **Léo Buerger** (din New-York) a construit 2 aparate (cisto-metroscop) primul prezentat în 1910, al doilea în 1917. În primul avem un singur mandrin, sursa luminoasă este ca și la aparatul lui **Goldschmidt** o mică ampulă electrică situată înaintea ferestrei, aparatul optic prezintă la extremitatea profundă o prismă cu reflecție totală. Al doilea are 2 mandrine, sursa luminoasă este separată de tubul uretoscopic, aparatul optic este format de un telescop neprismatic. Un alt model este cel al lui **Glingar** dotat cu aparat optic și dispozitiv special pentru irigație. Uretroscopul lui **Demonchy** (1914) este un aparat cu viziunea directă com-

pus din 4 părți: tuburi endoscopice de calibru 22—30 Charrière; piesa intermediară, în întregime metalică care suportă de o parte luneta, de alta tubul endoscopic și sursa luminoasă dată de o lampă de incandescență cu filament metalic; luneta care servește de mâner și mânuitor al aparatului este format din 2 lentile, una plan convexă acromatică dând o imagine reală și inversată, a doua lentilă mărește această imagine. Este unul din cele mai bune aparate. Deosebim 2 feleuri de uretroscopae: a) uretroscopae cu viziunea directă, la cari extremitatea tubului este deschisă și b) uretroscopae cu viziunea indirectă sau prismatică, — extremitatea tubului în acest caz este închisă, însă prezintă o fereastră laterală unde găsim o prismă; pentru a îndepărta pereții uretrei de prismă se întrebunțează dispozitivul de irigație).

Cisto-uretroscopul lui Mac Carthy (1914).

Datorită faptului, că acest aparat este cel mai practic și mai perfecționat dintre aparatele cu dilatare artificială al canalului uretral, în urma căreia este cel preferat astăzi, dând date foarte prețioase în domeniul diagnosticului și tratamentului leziunilor inflamatorii cronice ale uretrei posterioare, caut să-l schițez cu mai multe detalii.

Mac Carthy-ul este un cisto-uretroscop, compus din 6 părți:

1. tubul endoscopic cu mandrinul său,
2. lampa electrică,
3. piesa optică,
4. ongleul,
5. pensa de contact și întrerupere și
6. dispozitivul pentru irigație.

Tubul endoscopic are lungimea de 26 cm., de forma cilindrică, interiorul oval, pentru a da loc firelor electrice. Extremitatea sa vezicală are forma unui mic cioc, care-i ușurează introducerea și trecerea în uretra posterioară fără a împiedica rotațiunea sa în interiorul canalului uretral. Pe fața superioară a ei cu puțin înapoia ciocului se găsește o fereastră de 28 mm. lungime. La nivelul acestei ferestre se găsește lampa electrică fixată de partea profundă

a ei, în interiorul ciocului. Mandrenul ocupă restul ferestrei și are forma interiorului tubului.

Lampa electrică, după cum am văzut, este fixată la nivelul ferestrei tubului.

Piesa optică se compune dintr'o prismă, a cărei ipotenuză este înclinată cu 45° pe peretele uretral sau vezical, dând astfel o senzație de relief apreciabilă și din mai multe lentile la fel cu cele ale unui cistoscop.

Ongleul, fixat la partea superioară a tubului optic și analog aceluia lui Albarran este comandat de o dublă manivelă situată de-a dreapta și de-a stânga pavilionului instrumentului. La acest nivel pe tubul endoscopic se găsește tubul de intrare pentru instrumente, sonde bougie-uri etc., pe cari le putem manipula și dirija cu ajutorul ongleului.

Pensa este partea care servește la fixarea firelor electrice de aparat; aci contactul se face, făcându-se să se învâртеască un comutator.

Dispozitivul pentru irigație este compus dintr'un irigator de sticlă care se ridică la 1,5—2 m., de la nivelul basinelui omului bolnav, suficientă pentru a destinde uretra posterioară. Atașarea de tubul endoscopic se face prin intermediul a două tuburi prevăzute cu robinete, și toate de a dreapta și de a stânga lui. Unul dintre aceste tuburi este pus în legătură cu rezervorul de lichid, celălalt cu un tub de cauciuc prin care ese lichidul de irigație.

Tehnica cisto-uretrosopiei cu aparatul lui MacCarthy. Aparatul se desinfectează punând separat piesă de piesă într'o etuvă termo-electrică cu trioximetilen la temperatura de 60°C timp de 3 ore; dacă nu avem această etuvă punem într'o cutie metalică 4 sau 5 pastile de trioximetilen unde le păstrăm 24 ore. Înainte de întrebuințare diferitele piese ale aparatului se spală cu alcool, pe urmă cu apă sterilizată.

Acum montăm aparatul și verificăm sursa de lumină. Mandrenul fiind în interiorul tubului endoscopic, scufundăm aparatul în glicerină sterilizată. Bolnavul stă culcat în poziție ginecologică. Introducerea în urteră se face u-

șor. Infundăm aparatul până în regiunea bulbară, unde angajăm ciocul în așa fel ca fereastra să privească în sus. Până aci penisul l'am ținut într'un unghiu de 90° față de planul abdomenului. De-aci înainte coborâm tubul încet între coapsele bolnavului, însă în acelaș timp îl împingem înăuntru. Coborârea se face până sub linia orizontală. În acest timp tubul a pătruns în uretra posterioară, de aci în vezică.

Tubul astfel introdus, scoatem mandrenul, va curge urină care ne arată că suntem în vezică. În locul lui introducem piesa optică. Deschidem robinetul pentru ca lichidul de irigație să pătrundă în vezică, până ce ea va fi destul de destinsă, acum deschidem robinetul de ieșire al lichidului din vezică și lăsăm astfel să scurgă lichidul pentru întreg timpul examenului.

Fereastra este întoarsă în jos, pentru ca să putem examina la început fundul vezicii, pe măsură ce ea se umple ni se evedențiază trigonul și orificiile ureterale. Scoțând încetul cu încetul tubul, cădem în domeniul colului vezicii și a uretrei posterioare.

Ceace constituie un mare avantaj al acestui aparat este că putem rota instrumentul în toate sensurile fără ca ciocul sau fereastra să jeneze mucoasa și formațiunile anatomice, dându-ne astfel posibilitatea unui examen absolut complet.

Indicațiunile și contraindicațiunile uretroscopiei.

Robert Henry și Gaston Busson schițează astfel contraindicațiunile și indicațiunile uretroscopiei posterioare.

Contraindicațiuni: 1. uretrita posterioară acută difuză, pentru că poate da complicațiuni: orchi-epididimită, abces al prostatei.

2. stricturile uretrale constituie o contraindicațiune relativă, pentru că în urma mai multor ședințe de dilatarea canalului uretral, se va putea face o uretroscopie. Sau se vor întrebuinta tuburi endoscopice de calibru mai mic.

Luys recomandă ca nicio uretră să nu fie examinată endoscopic, înainte ca noi să fi studiat și bine dilatat cu un bougie model Beniqué până la Nr. 60 scara Beniqué).

(Grație acesteia se pot evita accidentele ca edemul buzelor
meatului, hemoragiile penisului etc.

Indicațiuni: **a)** afecțiunile neblenoragice.

1. Tulburări în micțiune: micțiuni dureroase, im-
perioase, frecvente (polakiurie), dificile (disurie) sau sanghi-
nolente (hematurie).

2. Tulburări genitale: tulburări în erecțiune, impoten-
ța coeundi absolută sau relativă, tulburări de ejaculare
(ejaculare precoce suprimată, dure roasă sau hemoragică);
aceste sunt legate de afecțiuni ale uretrei posteriore sau
ale prostatei.

3. Adenomul prostatic; ca terapie se poate întrebui-
ta în micile adenome ale prostatei, după prostatectomie
ca și control al stării logei prostatice.

4. Calculii și corpii streini ai uretrei posterioare.

5. Abcese (prostatice cronice rău drenate, nu pentru
abcesele acute ale prostatei, ci pentru cele cronice).

6. Polipii propriu ziși sunt excepționali, foarte frec-
venți sunt pseudo-polipii inflamatori. Papilomatoasă.

7. Tuberculoza, sifilisul, cancerul uretrei posterioare,
uretroscopia posterioară ne dă un profit foarte mic.

b) Afecțiunile blenoragice.

Uretroscopia posterioară ne dă prețioase date în ce
privește diagnosticul topografic. Rolul terapeutic al ure-
troscopiei posterioare este mai puțin importantă ca cel al
uretroscopiei anterioare. Edemul inflamator, pseudopoli-
poza, prostatitele limitate la câteva glande se pretează
admirabil acestui tratament uretroscopic. În controlul
vindecării unei blenorgii, uretroscopia să se indice cu re-
zervă, din cauza posibilității unei veziculite sau epididi-
mite.

Aspectul endoscopic normal al uretrei posterioare.

Consistența și grosimea mucoasei sunt foarte varia-
bile după indivizi, ea este mai subțire și fragilă la indivi-
zii cu organele genitale mai mici, în schimb mai puterni-
că la indivizii viguroși. Colorațunea mucoasei variază la
fel de la unul la altul după boșăția vascularizării, după
conținutul în hemoglobină al hematiilor etc., dar depinde

și este foarte important de calibrul tubului endoscopic; în mod normal ea are o nuanță dela gri-roșietic la roșu ca sângele.

Suprafața mucoasei este netedă și strălucitoare în toată întinderea sa, prezintă plice longitudinale roșietice cari contrastează cu restul mucoasei care este de un roz-galben. Aceste plice pot dispărea datorită aparatelor endoscopice cu irigație, ceace e de un mare folos pentru examen.

Întâia regiune peste care dăm scoțând cisto-uretroscopul lui Mac Carthy din vezică este colul vezical, din care vedem fața posterioară ce privește cu concavitația în sus. Colul vezical prezintă o versantă vezicală și una uretrală, vedem desenându-se plicele mucoase.

Scoborând mai jos ne apar câteodată, frăurile lui veru montanum (colicului seminal) și foseta prostatică (foseta supramontanală) care este delimitată în jos de veru montanum, în sus de infundibilul colului vezical, lateral de proeminențele bolilor prostatici.

Veru montanum apare dacă mai retragem puțin tubul uretroscopic. Este o proeminență de forma unui fus alungit dinainte, înapoi, neted, regulat, de culoare galbenă, limitat de fiecare parte de șanțurile laterale, unde se deschid principalele canale ale prostatei. Pe veru montanum găsim utricula prostatică, situată pe linia mediană și în partea ei mijlocie. Orificiile canalelor ejaculatoare nu se văd în majoritatea cazurilor. Uneori, într'un număr destul de mare de cazuri, găsim aspectul clasic al lui veru montanum de „cap de scafandru” când utricula nu există, ci numai cele 2 orificii ale canalelor ejaculatoare, foarte bine vizibile.

Lateral și în jos vedem două proeminențe, cari sunt lobii prostatici acoperiți de mucoasa uretrală roșie.

Mai în jos veru montanum se subțiază din ce în ce, pentru a fi format doar din frâul lui și ca pe urmă să dispară și acesta. Deasupra lui veru montanum, de o parte și de alta a lui mucoasa uretrală îl încadrează, formând

o proeminență (burelet) cu concavitatea inferioară, dându-i un aspect caracteristic.

Regiunea membranoasă este ultima parte a uretrei posterioare. Tubul endoscopic este destul de greu tolerat în acest moment, din cauza contracțiunii sfincterului extern. Aspectul acestei părți este caracteristic, prezintă o colorațiune roșie uniformă, doar pliculele mucoasei fac o variațiune neacestei monotonii.

Ceace am descris mai sus, este imaginea feței posterioare a uretrei posterioare; fața ei anterioară are un aspect uniform care trebuie să fie examinată și ea totuși, pentru că poate prezenta, în rare cazuri, leziuni importante în ceace privește diagnosticul și tratamentul lor.

În rezumat, în momentul unei uretroskopii posterioare, vom ține minte următorul șablon de explorare: colul vezical, foseta suprмонтанală, veru montanum, șanțurile laterale, lobii prostatice, foseta submontанală, regiunea membranoasă și fața anterioară a uretrei posterioare. În cazul aparatului lui Mac Carthy, see precede cu o cistoscopie.

Endoscopia uretrei posterioare patologice.

Pentru a schematiza expunerea, mă folosesc de împărțirea lui **Robert Henry** și **Gaston Busson**, care este următoarea:

- a) Uretrite,
- b) Prostatite,
- c) Veru montanita,
- d) Ejaculatorita,
- e) Utriculita,
- f) Polipii,
- g) Hipertrofia prostatei,
- h) Calculii și compii streini ai uretrei posterioare și
- i) Anomaliile.

a) Leziuni pe cari le găsim în caz de uretrite le putem explica ținând seama că mucoasa uretrei posterioare e bogat vascularizată și are o submucoasă laxă.

1. Infiltrațiunea moale sau congestia. Uretrosopia cu irigație constituie în acest caz un neajuns, pentru că nu

putem aprecia gradul de congestie cu aceeași claritate ca și cu uretoscopul lipsit de dispozitiv de distensie artificială a mucoasei; cauza rezidă în faptul că lichidul de irigație comprimă mucoasa și ne-o face mai palidă totdeauna. Mucoasa, în caz de congestie, este colorat intens în roșu, iar suprafața ei e mai mult sau mai puțin tumefiată. Congestia poate fi difuză sau localizată la o regiune, de ex. la foseta prostatică, veru montanum, lobii prostatici etc.

2. Edemul, prezintă mai multe grade, de la o simplă ridicătură a mucoasei până la formațiuni de bule. Ceace caracterizează edemul este transluciditatea sa, care privită prin transparentă este de o culoare dela alb-albăstruie la roz, văzută prin reflexiune este mai întunecată și proeminența mucoasei este aceea care permite de-a o aprecia.

Edemul colului vezical, de o intensitate redusă, apare ca o linie ondulată (în mod normal marginea liberă a colului descrie o linie continuă) și care se continuă cu restul colului, fără a fi limitată de o incisură. Într'un grad mai mare edemul se manifestă sub formă de bule cu bază largă de implantatie, în acest moment procesul inflamator a câștigat și submucoasa. În urma hiperproducției de serozitate, acest edem bulos trece într'unul polipoid (pseudo-polipul!), în urma faptului că părți din mucoasă sunt reținute de submucoasă prin tractusuri de țesut fibros. Acești pseudo-polipi sunt de obicei pediculați și multipli, încât uneori dau aspecte interesante colului vesical, ca cel al papilelor filiforme ale limbii.

Edemul fosetei prostatice se prezintă fie ca o bulă izolată, fie mai multe ocupând întreaga fosetă, când se pot depista doar prin reflexiune, deci vor avea o nuanță mai închisă, până la roșu.

Edemul lui veru montanum se prezintă, când are o intensitate redusă, ca mici bule risipite pe veru putând să mascheze utricula și caralele ejaculatoare. Când edemul e mai pronunțat are aspectul polipoid, cari uneori pot să-l mascheze în întregime.

Edemul regiunii submontanale este mai adesea o infiltrație edematoasă, dând uneori aspectul de circumvoluțiuni cerebrale.

3. Scleroza (infiltratul dur) este infiltrațiunea submucoasei cu țesut scleros, ce dă un aspect caracteristic uretrei posterioare. Mucoasa este palidă-mată, neregulată, orificiile glandelor sunt obliterate sau larg deschise, coliculul seminal este atrofiat aproape invizibil. Plicele mucoasei dispar, iar canalul uretral ia spect de tub rigid de culoare galbenă sau albă sîdfie, când avem o pachidermie. Avem în plus o descuamare foarte abundentă până la hemoragie, când întroducem uretroscopul.

b) Prostatita prezintă uretroscopic aspecte diferite după intensitatea afecțiunii și vechimea ei.

Într'un prim grad, avem o congestie în regiunea lobilor prostatici; orificiile glandelor prostatice proemină, așa că privind un singur orificiu are aspectul unui șancru minuscul. De obicei, pe lângă cele de mai sus avem și un infiltrat edematos în această regiune.

Al doilea grad: orificiile glandelor prostatice sunt dilatate și vedem ieșind din ele flocoane de fibrină și filamente purulente.

Al treilea grad: apare târziu, când avem un proces scleros, ce face ca orificiile canalelor prostatice să fie larg deschise ca niște caverne, mucoasa este pală, puțin vascularizată.

În abcesul prostatei, unul sau ambii lobi proemină, neregulați în regiunea submontanală cât și supramontanală. Mucoasa regiunii prostatice este foarte congestionată și uneori edematoasă.

c) Veru montanita se prezintă sub formă de:

1. leziuni congestive, cari se manifestă prin o vasodilatație și uneori sufuziuni hemoragice, cari fac colicului seminal neregulat;

2. leziunile edematoase apar sub formă de bule ce nu sunt translucide și au o culoare intens roșie;

3. leziuni polipoide, în urma edemul mai accentuat și

4. leziuni de scleroză, când coliculul seminal apare atrofie.

d) Ejaculatorita se prezintă ca sufuziuni sanghine, edem sau scleroză ce face ca orificiile canalelor ejaculatoare să fie larg deschise, când coliculul seminal ia aspectul unui cap de reptilă.

e) Utriculita pură este foarte rară.

f) polipii adevărați ai uretrei posterioare sunt foarte rari.

g) Hipertrofia prostatei. În adenomatoza incipientă fața posterioară a colului vezical în loc de a fi concavă, devine convexă, uneori putem pune în evidență în uretra prostatică un mic nodul adenomatos.

În hipertrofia prostatică manifestă, avem modificări din partea vezicii, colului vezical uretrei prostatice și lobilor prostatici. Marginea inferioară a colului vezical devine convexă. Uretra prostatică apare de o lungime de 2—3 ori mai mare. În locul fosetei prostatice avem prezența unei rigole profunde. Veru montanum este bine luminat, însă pare diminuat de volum (semnul lui M. Chevassu). Lobii prostatici sunt măriti de volum, boselați, neregulați din cauza formațiunilor adenomatoase; mucoasa la acest nivel este congestionată, iar dela marginea internă a lobilor pleacă plice orizontale cari se pierd pe fața anterioară a lobilor prostatici. Luys descrie 3 caractere endoscopice hipertrofiei de prostată: 1. alungirea hipertrofică a fosetei prostatice, care poate atinge dimensiuni considerabile (6—10 cm!), 2. pereții laterali ai fosetei prostatice prezintă niște ziduri mari, rigide proptite intin una de alta și 3. introducând un tub uretoscopic drept, nu poate trece în vezică din cauza colului ce este ridicat în mod anormal. Uretroscopia ne poate evidenția și o transformare carcinomatoasă al adenomului prostatic.

h) Calculii și corpii streini ai uretrei posterioare, au dimensiuni variabile. Mai frecvent avem calculi.

i) Anomalii ale fosetei prostatice, lui veru montanum, regiunii submontanale.

În rezumat, leziunile patologice cari isbesc ochiul medicului care face uretroscopia posterioară sunt:

- a) congestia (infiltratul moale);
- b) edemul, care atingând o intensitate se prezintă ca bule, pseudo-polipi;
- c) scleroza (infiltratul dur);
- d) polipii propriu ziși, papilomele;
- e) cavernele, diverticuli;
- f) calculii, alți corpi streini;
- g) diformația lobilor prostatici și
- h) anomaliile congenitale dela nivelul uretrei posterioare.

Importanța uretroscopiei posterioare.

Introducerea în clinică a endoscopiei, ca un nou mijloc de investigație, a făcut mai ales în domeniul urologiei servicii imense.

Uretroscopia posterioară astăzi, când avem la dispoziție aparate atât de practice ca al lui Mac Carthy, sau cel al lui Démonchy, ni-a dat un nou capitol de patologie, în care medicul poate să intervină pe aceiași cale cu mult succes în folosul bolnavului.

Pe scurt, se poate rezuma importanța uretroscopiei posterioare la următoarele:

1. Depistarea unor leziuni în uretra posterioară, la bolnavi cari se plângeau și manifestau semne din domeniul genito-urinar, a făcut să se găsească o bază anatomicopatologică pentru acestea.

2. Suferința unor organe mai profunde ca: veziculele seminale, prostată, epididim se manifestă la nivelul uretrei posterioare (veru montanum, după cum spune Luys, este oglinda veziculelor seminale).

3. Inaugurarea unei noi metode terapeutice, — pe care o voi expune la capitolul respectiv.

4. Putința de a fi în stare să controlăm cu ochiul orice uretrită cronică. Astăzi controlul unei uretrite cronice, prin endoscopie, trebuie să constituie o „regulă absolută” (Marion).

5. Intregul cortegi, așa de supărător, al uretritelor blenoragice cronice putem să-l îndepărtăm, de multe ori, prin diagnosticarea leziunii și tratarea ei, prin același mijloc endoscopic.

Deci, uretroscopia posterioară are o valoare diagnostică, prognostică și una de tratament.



Simptomatologie și forme clinice.

Semnele clinice, cari ne atrag atențiunea asupra suferinții uretrei posterioare, se încadrează în sindromul următor:

a) Picătura (guta) cronică. Sunt rari cazurile cari se manifestă, doar prin acest semn. Picătura este matinală, ea poate persista și peste zi, însă e mai puțin abundentă. Ea este clară sau gălbue, alb-griză, care face să fie lipite buzele meatului. Examenul microscopic al acesteia ne pune în evidență numeroase celule epiteliale, câteva leucocite și nicidecum gonococi. Picătura aceasta persistă îndelung, este intermitentă, survine spontan sau provocat de defecare; câteodată se clarifică, dispare și se reproduce peste câteva zile fără cauză. Avem filamente în ultima porțiune a urinei.

b) Tulburări sensitive. Se manifestă prin durere, care la început este vagă, apare în anumite momente și dispare în altele. Uneori ea este continuă, accentuându-se mai ales la sfârșitul micțiunii. Durerea provocată de defecație și cea de după coit ne traduc suferința veziculelor seminale și prostată. Ea se manifestă ca o arsură, cu localizarea profundă în perineu, de unde poate iradia în burse, cordonul spermatic, regiunea lombară. Colica spermatică (Reliquet) este datorită umplerii canalelor ejaculatoare cu secrețiuni inflamatorii, sau stricturii lor, se manifestă prin o durere vie în lungul canalului deferent și uneori iriază în testicol. Apare mai ales în timpul coitului sau la sfârșitul ejaculațiunii ca să cedeze la sfârșitul coitului, sau după un masaj al veziculelor seminale. Pe lângă acestea bolnavii acuză moleșeală și sufăr mai mult spre seară.

Unele mișcări ca așezarea și ridicarea de pe scaun, sunt dureroase. Puncte dureroase perineale, nu prezintă. Introducerea exploratorului olivar al lui Guyon se face cu mare dificultate, din cauza spasmului sfincterului extern al uretrei, întreținut de marea sensibilitate dela nivelul uretrei prostatice. Durerea este acompaniată de polakiurie.

c) Tulburări în micțiune. Aceste tulburări se traduc mai ales prin polakiurie și incontinență urinară. Polakiuria este mai ales diurnă și se deosebește de cea din cistită (care este imperioasă), prin faptul că este rezultatul senzației de arsură, mâncărime ce o prezintă bolnavul. Micțiunea nu este continuă, ci ezitantă — în mai mulți timpi, — pentru care cauză Guyon a numit-o „bégaiement urinaire”. Jetul de urină este mic, fără forță și ea se scurge aproape picătură cu picătură. Urina este clară și cu filamente. Uneori, mai ales în inflamațiunea colicului seminal avem hematurie terminală.

Intercalarea disuriei ne denotă coafectarea prostatei. Incontinența urinară este rareori totală. Se produc ziua și din când în când noaptea. Ea este intermitentă și survine în urma unui exces, dispărând apoi peste câteva zile.

Sfârșitul micțiunii este mai mult tuburat, — bolnavul crede că a terminat de-a urina, însă urina continuă a curge, într-o anumită cantitate. Noaptea apare mai ales, când bolnavul nu și-a satisfăcut necesitatea de a urina.

d) Tulburări genitale. Erejeciunile persistente sunt mai ales nocturne, favorizate poate de căldura patului. Jorge de Gouvea a citat un caz, la care erejeciunile apăreau după micțiune. Erejeciunile pot fi lipsite de senzația de plăcere, sau sunt chiar dureroase. Aceste pot duce la abuz de coit și masturbațiune. Ejaculațiunea face ca, pentru moment, bolnavul să nu mai simtă senzația de mâncărime dela nivelul uretrei.

Spermatoreea și prostatoreea au fost semnalate de Oskar Scheuer.

Poluțiunile nocturne sunt destul de frecvente.

Ejaculațiunea rapidă „ante portam”, împiedecând astfel coitul.

Ejaculațiunea dureroasă, care poate lua diferite intensități, dela o simplă senzație neplăcută de căldură, arsură, până la o durere intensă.

Hemospermia este ejaculațiunea de spermă sanghinolentă, datorită congestiunii pronunțate dela nivelul orificiilor canalelor ejaculatoare.

Impotența relativă este rezultanta ejaculațiunilor rapide, dureroase, poluțiunilor nocturne. Ea se manifestă prin persistența necesității coitului și erecțiunii.

Impotența completă avem, când dispăre atât erecțiunea cât și senzațiunea de plăcere și necesitate.

Neurastenia sexuală. Din cauza acestor tulburări din sfera genitală, starea generală a bolnavului se resimte și devine iritabil, prezintă insomnie, toropeală etc., sfârșind a deveni bolnavi, după cum spune Guyon „qui se plaignent toujours et souffrent quelquefois”.

Acest sindrom genito-urinar, rezumă schematic majoritatea simptomelor observate în leziunile inflamatorii cronice ale uretrei posterioare. Unele leziuni, cum sunt de ex. cele de natură tuberculoasă, se manifestă și prin semne proprii etiologiei, dând o marcă specială aceloră. Totuși, semnele de mai sus ne îndrumază spre uretra posterioară.

Formele clinice. Acest sindrom clinic se găsește, mai mult sau mai puțin complet, în toate infecțiunile cronice ale uretrei posterioare și a glandelor sale anexe.

Din punct de vedere anatomo-patologic, distingem următoarele forme:

1. infecțiunile cronice ale mucoasei uretrei posterioare;
2. infecțiunile cronice ale glandelor uretrei posterioare;
3. veru montanita;
4. prostatita și
5. spermatoză (veziculita) cronică.

Diagnstic și diagnostic diferențial.

În diagnosticul leziunilor inflamatorii cronice ale uretrei posterioare, trebuie să facem investigații asupra a două chestiuni:

I: asupra existenței acestor leziuni și

II. asupra determinării a altor factori, decât a inflamației cronice a mucoasei uretrei posterioare, în nașterea și întreținerea acestor leziuni. În această din urmă chestiune vom face și un diagnostic diferențial.

I: Pentru a pune în evidență existența leziunilor dela nivelul uretrei posterioare, avem la îndemână posibilitatea următoarelor investigațiuni (R. Dossol-M. Palazzoli):

1. *anamesticul*,

2. *examenul secrețiunii (gutei) și urinilor*, și

3. *explorațiunea clinică a uretrei și a glandelor sale.*

1. *Anamesticul:*

a) *Antecedente uretrale.*

b) *Natura microbiană.* Uretrita cronică gonococică se caracterizează prin marea ei repetițiune, survenind fără cauză, sau în afara terminilor obișnuiți.

c) *Cauze de iritație.* Abuz în injecțiunile profilactice; terapie intempestivă.

d) *Semne de localizare.* Secrețiunea intermitentă survenită spontan sau provocată după defecare. Tulburări sensitive: senzația de greutate în perineu; dureri rectale, palviene, lombare etc. Tulburări de micțiune: polakiurie, hematurie terminală, mica incontinență. Tulburări genitale: de erecție, ejaculație etc.

2. *Examenul secrețiunii și urinilor.*

a) *Examenul secrețiunii (gutei):* exam. macroscopic (date relative); exam. microscopic;

b) *Examenul urinei:* proba cu 3 pahare (I+II fil., III fil. multe!) nu are o valoare absolută;

exam. microscopic:

cu colorațiune (alb. de metilen, Gram),

fără colorațiune: ne dau: mucus celule epiteliale, leucocite, floră bacteriană;

proba de reactivare a gomococului: proba cu bere, cu nitrat de argint, raport sexual repetat (cu prezervativ!), iritațiunea mecanică a uretrei;

culturi (pe medii cu ascită sau sânge): al secrețiunilor, filamentelor, al secr. glandulare după masaj, spermocultura (Guépin) — rezultatele sunt variabile după autori;

metode serologice pentru gonococ (încă în studiu): aglutinarea, fixarea complementului.

3. Explorațiunea clinică a uretrei și a glandelor sale.

a) Explorarea uretrei: cateterismul cu exploratorul olivar al lui Guyon: modificarea calibrului și sensibilitatea exagerată la nivelul uretrei posterioare;

uretoscopia posterioară este metoda care ne dă datele cele mai precise,

b) Explorarea glandelor lui Littre și a uretrei membranoase:

tușeul rectal: îngroșare, nodozități, expresiunea lor: recoltarea lichidului, exam. macr. și micr.

c) Explorarea prostatei: tușeul rectal; expresiunea prostatei.

d) Explorarea veziculelor seminale: tușeul rectal; expresiunea lor.

II. Pentru că leziunile nu sunt numai expresiunea inflamațiunii cronice ale uretrei posterioare, ci și a glandelor anexe, trebuie să studiem partea de contribuție a lor. În acest sens putem distinge formele anatomo-patologice (R. Dossot-M. Palazzoli) schițate la capitolul „formele clinice“.

1. *Inflamațiunea cronică a mucoasei uretrei posterioare.* Singură uretoscopia posterioară ne dă datele certe în diagnosticul leziunilor situate la acel nivel.

2. *Inflamațiunea cronică a glandelor uretrei membranoase* este rară și puțin cunoscută.

3. *Veru montanita* după concepția clinicii Urologice dela Necker, care consideră în acest cadru patologic doar forma

glandulară a acesteia (se distinge și o formă congestivă superficială) se găsește în 10% a cazurilor cu uretrită posterioară cronică. Ca semne inconstante a acesteia: durere când exploratorul lui Guyon va atinge coliculul, durere când tușăm rectal mijlocul prostatei. Singurul semn constant este cel dat de uretroscopie.

4. *Prostatita cronică* se găsește în marea majoritate a cazurilor de uretrită posterioară cronică, încât contribuția ei este foarte însemnată în nașterea și întreținerea leziunilor, dând cauza principală a tenacității acestei uretrite. Sindromul clinic al acesteia se confundă cu cel al uretritei posterioare. Numai examenul bolnavului ne permite diagnosticarea ei, dintre aceste mai ales: tușeul rectal ne dă modificări de volum, consistență și regularitate; expresiunea ei ne va da secrețiune abundentă (doar în prostatita glandulară) și facem exam. histo-bacteriologic și cultură; uretroscopia (a se vedea capitolul „Uretroscopia posterioară“).

5. *Spermatotisticita cronică*, afectată destul de des în cursul uretritei posterioare cronice, prezintă un sindrom clinic asemănător celui al uretritei posterioare, din cari ca semne relativ patognomonice sunt: hemospermia, ejaculațiunea dureroasă și colica spermatică.

Dintre semnele obiective: tușeul rectal va provoca durere și ne va da date despre modificări ale volumului, consistenței, regularității veziculelor (Minet a descris diferite forme de vezicule); expresiunea veziculelor ((tehnică dificilă) dă o secrețiune care o examinăm histo-bacteriologic; veziculografia prin introducerea de lichid opac prin canalul deferent (Belfield) sau prin canalele ejaculatoare, din punct de vedere practic nu ne ajută la diagnostic; semnele patognomonice veziculitelor le obținem prin uretroscopia posterioară, aceste sunt: alterațiunile orificiilor canalelor ejaculatoare și eșirea puroiului din acestea.

Nu pot termina acest capitol, ne amintând necesitatea de a preciza contribuția cauzelor favorizante (a se vedea capitolul „Etiologie și patogenie“) ale acestor leziuni ale uretrei posterioare, și de a preciza calea de infecțiune.

Câteva noțiuni de evoluție, prognostic și complicațiuni.

Aceste leziuni ale uretrei posterioare au o evoluțiune, un prognostic și complicațiuni în funcțiune mai ales de etiologia și patogenia lor, substratul anatomo-patologic, lipsa sau greșeala în tratament și tratamentul bine condus.

Mai jos redau sumar acestea, având ca bază considerențul etiologie.

1. În majoritatea cazurilor leziunile fiind expresiunea *uretrei cronice posterioare gonococice* (căreia i se asociază suferința glandelor anexe), evoluția, prognosticul și complicațiunile acesteia echivălează cu cea a leziunilor.

Uretrita cronică posterioară, căreia nu se aplică nici un tratament, mersul ei va fi marcat de reșule, survenite în urma unui coit, unui chef, unei oboseli etc., datorită reinoculării canalului cu microbii evacuați dintr'un focar glandular. Pe de altă parte stricturile cari iau naștere la nivelul uretrei anterioare și rareori la nivelul uretrei membranoase notează în evoluția uretritei o consecință gravă.

Complicațiunile posibile sunt variate, cele mai frecvente sunt: prostatita, spermatozisita, orchi-epididimita (sterilitate) cistita blenoragică, stricturile (retenție de urină), complicațiuni articulare, complicațiuni cardiace etc.

Prognosticul va fi în aceste cazuri rezervat și relativ grav.

Uretrita cronică gonococică căreia i se aplică un tratament bine condus va remedia evoluția, prognosticul și complicațiunile acesteia. Ceace va persista este epiteliul pavimentos al uretrei (căci epiteliul normal nu se mai reface) și cicatricele dela nivelul uretrei și glandelor anexe (când în locul infiltratului embrionar avem organizarea scleroasă a țesutului conjunctiv).

2. *Flora microbiană banală* în cazul când se localizează primitiv la nivelul uretrei, prezintă o benignitate din toate punctele de vedere de mai sus, totuși trebuie îngrijită până la vindecarea completă.

Flora microbiană banală grefată secundar pe uretră, constituie o agravare a celei preexistente (gonococice), iar vindecarea ei este foarte dificilă.

3. *Tuberculoza uretrei posterioare* are un prognostic rezervat dar nu defavorabil. La procesele inițiale și localizate este posibilă o vindecare. În asociația ei cu o tuberculoză manifestă uró-genitală sau generalizată, prognosticul ei e infaust. Cu cât procesul este mai localizat, cu evoluție lentă și bolnavul mai robust prognosticul e mai bun.



Tratamentul leziunilor inflamatorii cronice ale uretrei posterioare.

Tratamentul acestor leziuni, în cea mai mare parte a lor, se confundă cu cel al uretritelor cronice, în rest adăugându-se câteva restricțiuni în funcție de cauza favorizantă sau determinantă.

Tratamentul modern al uretritelor cronice posterioare, constă în diferite metode:

- I. *Lavajul uretro-vezical;*
- II. *Masajul prostatei și veziculelor seminale;*
- III. *Dilatațiunea mucoasei uretrale;*
- IV. *Tratamentul uretroscopic;*
- V. *Instilațiunile;*
- VI. *Aplicațiunea de căldură pe mucoasa uretrală;*
- VII. *Aplicațiune de ioni pe mucoasa uretrală.*

I. *Lavajul uretro-vezical* trebuie efectuat cât timp există procesul inflamator. Lavajul se poate face: a) fără sondă și b) cu sondă.

- a) 1. Cu irigatorul lui Janet, sau
2. cu siringă vezicală;

b) Cu sondă care poate fi de cauciuc sau mătase și de un calibru Nr. 20—23.

Soluțiile antiseptice întrebuițate sunt: permanganatul de potasiu (sol. 1:10.000—1.4.000), nitratul de argint, albargina, protargolul (0,5—1‰), argirolul (1‰), phitolul, argentamina (0,5—1‰), argonina (1:4.000), citatul de argint sau itrolul (1:10.000—1:4.000) ichtarganul (1:4.000—1.000), largina, sublimatul (1:20.000—1:10.000), oxicianura de mercur (1:4.000—1:1.000), cianura de mercur (0,5—5‰), colargolul, acidul picric, citratul de bismut (1:2.000—1:500), acidul citric (1:10.000—1:3.000), gonacrina sau trypaflavina (1:10.000—1:5000).

Acest tratament are ca scop să distrugă bacteriile (anti-septic), iar ca acțiune mecanică și chimică să curețe mucoasa de puroi, mucozități, sânge, părți necrotice etc.

II. Infecțiunile masajului ustadic este mai ales în tratamentul uretritei cronice posterioare. Contraindicațiunea doar în prostatita acută sau când avem ca și complicație orchita sau epididimita.

Masajul se poate face prin metodă digitală, digitală combinat cu dilatație (Benigné), cu instrumente speciale (aparatură de masaj al lui Feleki, instrumentul lui Keyes etc.), masajul vibrator al prostatei (pneumovibratorul lui A. Wolbarts), masajul prostatei cu electricitate (galvanizare, faradizare). Aceste două metode din urmă se aplică doar la bolnavii nervoși și impreionabili.

Indicațiunea principală a *masajului veziculelor seminale* este spermatozistita cronică, contra-indicațiuni sunt mai multe, în genere orice proces inflamator acut al veziculelor sau al vecinătății. Pericolul acestui masaj este hemoragia, perforația și epididimita.

III. *Dilatațiunea mucoasei uretrale*, este una din metodele cele mai eficace în tratamentul uretritei cronice. Iată ce spune Menahem Hodara despre efectul acesteia: „Părțile normale ale uretrei fiind foarte elastice și rezistente prin bogăția lor excesivă în fibre elastice, nu suferă după această dilatațiune decât o simplă mișcare de gimnastică, în timp ce focarele de infiltrație oricât de mici ar fi, fiind lipsite de elasticitate, cedează sfâșiindu-se și această nouă inflamațiune produsă de rupere face să dispară vechea inflamațiune și favorizează resorbția elementelor a acestui focar desăgrogat. Uretriscopice, putem urmări pas de pas progresul, până la vindecarea care se face sub forma unei cicatrice foarte netede și foarte inofensive. Cu resorbția și disparițiunea acestor focare celulare, dispar foarte adesea simptomele subiective ale blenoragiei cronice, cât și filamentele din urmă”.

Dilatațiunea se începe când există doar o secrețiune minimă. Janet o contra-indică când găsim gonococi în secrețiune, pe când alți autori ca Vignerout Oberläuder, Kolmann, Luys etc. din contră o admit. Contraindicațiunile dilatațiunii

sunt: uretrita posterioară acută și orice complicație al ei, pacienții emaciați și febrili, hipertrofia prostatei, suspecții de tumoră vezicală, lbc. al uretrei și organelor genitale; dilatațiunea va fi delicată la diabetici și nefretici.

Dntre bougie-urile de metal: Dittel, Guyon și Beniqué, cele mai întrebuințate sunt cele Beniqué (Nr. 24—60 din scara Beniqué; un grad Beniqué corespunde la $1/2$ grad Charrière, iar un grad Ch. reprezintă $1/3$ mm. diametru). După Oberländer se începe cu 23—25 ch. și se crește cu 1—2 grade până la 23 Ch. iar de aci până la 32 Ch. cu 1 grad. Timpul de menținere al longi-ului în canalul uretral este de 10—15 minute pentru Nr. mici, iar pentru cele mari 30 minute. Intervalul dintre o ședință și cealaltă este de 8—10 zile.

Când nu obținem rezultatul dorit cu simpla dilatare a bougie-urilor Beniqué, ducem dilatarea mai departe, întrebuințând sonda de dilatare și spălătură cu 3 branșe al lui Franck (aci branșele dilată doar uretra posterioară). După Lohnstein dilatarea asociată cu spălătură mărește efectul dilatării. Ca accidente putem avea hemoragia și febra uretrală.

Trebue să accentuez despre utilitatea mare a combinării dilatațiunii cu endoscopia de control, care ne face să înțelegem de ce mărim pauza între 2 șed. de dilatare în cazul unei uretroragii (căci atunci facem ca buzele plăgii să se mărească) și de ce timp cât nu s'a stabilit cicatricea definitivă este nevoie de continuarea acestui tratament îndelungat (căci după cum spune Luys, cât timp nu s'a format cicatricea îndepărtăm doar buzele rupturii una de alta, iar asupra restului acțiunează fără vreo eficacitate).

Ca metode adjuvante ale dilatațiunii sunt: uretrotomia complimentară, făcută cu diferite tipuri de instrumente (metoda lui Albarran, Kolmann etc.) și electroliza care se face fie cu Beniqué-uri simple, fie cu un electrolizor cum e cel al lui Luys. Domeniul aplicării lor este mai ales uretra membranoasă sediul cel mai frecvent al stricturilor uretrale (la nivelul uretrei posterioare).

Este metoda cea mai modernă, cu rezultate rapide surprinzătoare și cea mai puțin cunoscută și aplicată de medicul

practician; pentru aceasta merită să fie descrisă cu mai multe detalii.

Ceace constituie marele avantaj, este că lucrăm sub controlul ochiului, ceace ne dă precisiunea manoperele noastre, putând acționa numai asupra părții patologice, lăsând intacte regiunile vecine.

Luys recomandă să fie întrebuințată doar secundar, când metoda dilatațiunii mucoasei uretrale și-a făcut efectul.

Distingem mai multe feluri de tratamente ureiscopice (după Luys):

1. *Intingerile caustice localizate a suprafețelor bolnave;*
2. *Electroliza lacumitelor și foliculitelor uretrale;*
3. *Inciziunile chirurgicale ale mucoasei uretrale;*
4. *Curetajul endoscopic;*
5. *Galvano-cauterizarea intra-uretrală;*
6. *Electro-coagularea intra-uretrală.*

1. Constituie un mare avantaj asupra celorlalte metode cari au acelaș scop uretro-vezical, instilațiunile și injecția uretrală. Avantajul constă în faptul că atacăm direct procesul patologic sub controlul văzului, lăsăm părțile învecinate neatinse și acționăm cu substanțe în soluții mult mai concentrate.

Substanțele întrebuințate mai frecvent sunt: nitratul de argint sub formă de creioane sau soluții de 5—10%; tinctura de iod, indicată mai ales în stare de descuamare a epiteliului; sulfatul de cupru sub formă de cristale; resorcină în soluție glicerinată.

Indicațiunile aplicării acestei metode, sunt infiltrațiunile moi, granulațiunile, vegetațiunile și cauterizarea punctului de implantare a polipului care în prealabil a fost smuls cu o pensă.

Contraindicațiunile se confundă cu cele ale uretoscopiei.

2. Pentru că glandele ale lui Littre le găsim și în uretra membranoasă, cade în domeniul acestui subiect amintirea succintă a acestei electrolize. Inflamațiunea glandei lui Littre poartă numele de litrită sau foliculită. Aceste glande formează diverdicoli, unde pot persista focare inflamatorii. Indicațiunea e dată acolo unde prin metoda dilatațiunii nu s'a obți-

nut vindecare. Se efectuează cu ajutorul electrizorului lui Kollmann, întrebunzând o intensitate de 4—6 miliamperi maximum, având ca durată a aplicațiunii 3—4 miute.

3. *Inciziunea endoscopică a mucoasei uretrale*. Indicațiuni: deschiderea pe cale mucoasă a unui abces și uretrotomia internă sub controlul ochiului a unei funcțiuni stricturale fibroase. Ca instrument avem de ex. cușitul uretoscopic a lui Kollmann.

4. *Curetajul endoscopic* au inconvenientul de-a da recidive mari cicatriciale. Ca și tipuri de curete amintesc pe cel al lui Asch și a lui Lohnstein. Curetajul a fost preconizat în tratamentul stricturilor.

5. *Galvano-cauterizarea intrauretrală* constă în distrugerea procesului patologic prin foc, sub controlul ochiului. Folosul rezidă în a substitui procesului patologic o cicatrice care împiedică orice recidivă; are o acțiune rapidă și o durată mai scurtă, decât cel prin electroliză. Desavantajul este că necesită o practică uretoscopică îndelungată.

Sunt indicate acestui tratament: toate producțiunile papilomatoase, focarele de litrită și baza de implantație a polipului.

Contraindicațiunile sunt date, la fel ca mai sus, de aleal întrebunzări uretoscopiei (inflamațiune acută și dilatațiune preventivă a mucoasei uretrale).

Ca și galvano-cautere sau imaginat multe: unete pentru uretra anterioară, altele pentru uretra posterioară, precum și pentru marile suprafețe papilomatoase.

Rezultatele obținute, ținând cont de indicațiunile și contra-indicațiunile de mai sus, sunt excelente. Ședințele se fac la intervale de 8—10 zile. Idealul tehnicei constă, în a distruge tot ce este patologic și a lăsa intact partea sănătoasă subiacentă și din jur, ceiace face tocmai dificultatea acestei operații pentru un începător.

Recidivele citate, după o tehnică bună, se explică prin suferința concomitentă a prostatei și mai ales al veziculelor seminale, în care caz nu este suficient a trata doar leziunea din uretra posterioară ci și a acestora precum și invers.

6. *Electrocoagularea intra-uretrală*.

Electrocoagularea este astăzi una din mijloacele terapeutice cele mai eficace. Galvano-cauterizarea astăzi, este înlocuită cu electrocoagularea, căci acțiunea sa este mult mai profundă și mai puternică. Pentru acest fapt și pentru că domeniul de aplicațiune este atât de variat, iar rezultatele obținute cu această metodă întrec pe celelalte, pe de altă parte insistența diferiților autori în acest domeniu, mă obligă ca acestei metode uretoscopice să-i dau cea mai mare atenție.

Aparatul pentru electrocoagulare derivă din aparatul diatermic bipolar al lui d'Arsonval. Are doi electrozi: electrodul indiferent reprezentat de o placă metalică de zinc sau plumb de 25—30 cm. și electrodul activ format de un fir de cupru de o lungime de 18—20 cm. acoperit de un strat izolator. Intensitatea acțiunii depinde de miliamperaj și de distanța la care este așezat electrodul activ de suprafața leziunii de tratat. Durata unei aplicațiuni variază între 30—50 secunde care poate fi repetată timp de aproape 30. de minute. Placa se așază pe coapsa, sau leșa bolnavului, iar electrodul activ este introdus în interiorul tubului endoscopic. Electrodul este astfel montat că se poate mânui cu ușurință. Intensitatea curenților pentru uretră este de 300—800 miliamperi.

Ca aparat endoscopic, Luys recomandă pe cel în care nu avem interpus lichid, pentru că aci acțiunea electrocoagulării este mai intensă. Eugenio Franceschi publică rezultate admirabile obținute cu cisto-uretoscopul lui Mac Carthy. Totuși aparatul lui Mac Carthy ne dă cele mai bune rezultate nu numai în diagnosticul acestor leziuni ci și în tratamentul lor, pentru că micșorarea intensității acțiunii electrocoagulării se poate remedia prin ridicarea intensității curentului de înaltă frecvență (miliamperajul) al aparatului, iar tulburarea mediului lichid în timpul operației se poate preveni și corecta cu ușurință. Avantajul aparatului lui Mac Carthy, constă în faptul că ne pune în evidență fără plice întregul proces patologic, încât putem opera și controla complect și putem manevra în interiorul uretrei, după necesitate, cu ușurință.

Cu ajutorul curenților de înaltă frecvență putem acționa în două feluri:

1. Acționând în suprafață prin „etincelagé“ și

2. Acționând în profunzime prin electrocoagulare.

Avantajul acestor feluri de aplicare, ne dă posibilitatea să o întrebuițăm în tratamentul tuturor leziunilor uretrei postreioare.

Infiltratul moale, edemul cu variațiunile sale: bule pseudo-polipi și papilomatoza se pretează foarte bine pentru tratamentul prin „étincelage“. Acesta constă în așezarea polului activ la o anumită distanță, de leziunea de tratat, încât iau naștere scântei cari după câțva timp albesc regiunea tratată, iar dacă efectul se prelungește ea se carbonizează luând culoarea neagră. Această acțiune în suprafață al curenților de înaltă frecvență produce și o hemostază bună, pentru care fapt se întrebuițează în tratamentul papilomatozei.

Acțiunea în profunzime prin electrocoagulare al acestor curenți se indică în caz de infiltrat dur, cavernă prostatică diverticoli, dar mai ales în adenomul prostatic rămas după prostatectomie sau în micile adenome cari se dezvoltă spre interiorul canalului uretral. Efectul său, în comparație cu cel dat de galvano-cauterizare, este mult superior, de ex. în adenomul prostatic de multe ori cu galvano-cauterul nu putem obține aproape nimic, pe când distrugerea obținută prin electrocoagulare este remarcabilă.

Asupra rezultatelor obținute prin această metodă (electrocoagulare și „étincelage“) n'am decât să citez articolele lui E. Papin, Heitz-Boyer, E. Franceschi (a se vedea bibliografia).

Accidentele pe cari le poate prezenta sunt: 1. retențiunea de urină, datorită contra acțiuni sfincterului uretral intern, ce durează între 24—48 ore; 2. hemoragia — o obținem după operație la 6—12 zile, datorită căderii escarei; 3. infecțiunea care este posibilă doar când este infectată urina.

Și aci ca mai sus, trebuie să amintesc că recidivele cari ne pot surprinde sunt datorite complicațiunilor ca: orchiepididimită, prostatită, dar mai ales spermatoză, cari reclamă și ele tratamentul lor.

V. *Metoda instilațiunilor*, a fost imaginată de Guyon în 1867 și constă în a depune pe o suprafață anumită a uretrei, o soluție medicamentoasă concentrată. Această metodă are inconvenientul practic, că nu putem aplica precis pe supra-

fața dorită (uretra posterioară) din cauza difuziunii substanței și înainte și înapoi. Azi această metodă se înlocuește acolo unde se dispune de uretoscop.

Ca instrumentar avem o seringă „compte-gouttes“ a lui Guyon și un explorator olivar a lui Guyon perforat, sau sonda capilară a lui Ultzmann. Substanța întrebuințată mai frecvent este nitratul de argint în conc. de 1—5%, doza obișnuită este 2%. Alte substanțe întrebuințate sunt sulfatul de cupru, ac. picric, oleul gomenolat.

VI. *Aplicațiunea de căldură pe mucoasa uretrală*, are de scop distrugerea gonococului prin hipertermie. Ca aparatură de producere a căldurii avem: 1. bougie-urile termo-electrice a lui Luys și 2. diatermia.

Bougie-ul este excavat, unde se introduce o rezistență pentru a-l încălzi. Pentru a obține temperatura dorită se interpune între bougie și curentul orașului un reostat. Efectul acestuia este aproape nul, pentru că temperatura mucoasei uretrael obținută este inferioară cele crezute ;ori pentru a avea una mai ridicată, ar fi nevoie să încălzim mai mult bougie-ul, ceea ce nu poate fi suportat de bolnav.

Diatermia necesită o aparatură complexă. Temperatura pe care o obținem este de 42—43° C și durata de aplicațiune este de 20 minute aproximativ. Rezultatul nu este cu mult superior, celui obținut cu bougie-ul lui Luys, produce în plus o hiperleucocitoză și elimină detritusurile celulare și microbiene.

Alcarea căldurii asupra prostatei, pe cale rectală dă rezultate decongestive foarte frumoase. Indicațiunea este dată de prostatita cronică. Aparat pentru realizarea acesteia sunt numeroase.

VII. *Aplicațiunea ionilor asupra mucoasei uretrale (ionoterapie)*. Metoda are de scop introducerea în interiorul mucoasei uretrale a unor substanțe medicamentoase cu ajutorul curentului electric. Se știe, că substanțele antiseptice în contact cu albumina celulelor o coagulează (astfel obținem un albuminat de Ag de Hg, cu sărurile de Ag și Hg cari se introduc în canalul uretral) care-i paralizează acțiunea sa mai profundă.

Stephan Leduc, este acela căruia i se datorește această metodă. Ea constă în a introduce în canalul uretral sonde de argint sau zinc (după preferința autorilor), cari reprezintă electrodul pozitiv, iar cel negativ este reprezentat de o placă de plumb așezată pe coapsa bolnavului. Intensitatea curentului, care trece prin sondă este de 10—15 miliamperi, iar durata de 15 minute. Ionii de Ag, sau Zn cari se desprind de pe aceste sonde pătrund în țesuturi unde își dezvoltă acțiunea.

Indicațiunea este dată de uretritele cronice rebele. Rezultatele obținute sunt excelente.

Câteva adausuri de terapeutică. — În genere se recomandă un regim adecuat, fără excitante și condimente. Regim bogat în legume (eliminând varza, guliile, sparanghelul și țelina), supe carne albă, compoturi. Apele minerale alcaline sunt contraindicate pentru că scad aciditatea urinară și favoriziază astfel infecțiunea ascendentă. Dăm laxative ușoare pentru a decongestiona organele din basîn. Coitul poate uneori servi de scop terapeutic. Putem da în timpul tratamentului un desinfectant urinar ca urotropina sau hexal 2—3×0,5 tabl. pe zi etc.

Vaccinoterapia este o metodă adjuvantă, întrebuintată și cu rezultat bun mai ales în prostatită (ca stockvaccin sau autovaccin). Se mai recomandă băi de șezut (38—40° C). Un tratament ce dă bune rezultate uneori în spermatocistita cronică este injecțiunea vesiculară de substanțe antiseptice ca și argîrolul, nitratul de argint, hipocloritul, mercurcromul, dar mai ales collargolul 5% prin canalul deferent (Belfield) sau canalele ejaculatoare (prin pan-endoscopul lui Mac Carthy).

În uretrita posterioară tuberculoasă facem un tratament general antituberculos (climatoterapie, helioterapie etc), putem încerca alt-tuberculina lui Koch; local facem cauterizare chimică sau galvanică ale ulcerațiunilor sau granațiunilor și instilațiuni cu nitratul de Ag 2%, acid sulfuric 3—4%, glicerină iodoformată 5%. Abcesele reci se deschid pe cale perineală, iar în cazuri grave cu retenție completă de urină facem fistulă vezicală permanentă.

În leziunile datorite masturbațiunii, coitului întrerupt, excesele sexuale etc. interzicem practicarea acestora.

Câteva considerațiuni. Ca un model schematic în aplicarea metodelor terapeutice de mai sus, se dă după cum urmează. Lavajul uretro-vezical se face la începutul fenomenelor produse din uretrita cronică și se va combina cu masajul glandelor anexe. În momentul când fenomenele acute vor ceda, începem dilatațiunea lentă, făcută metodic. Intervine acum uretroscoopia pentru a controla starea mucoasei uretrale și a verifica efectul dilatațiunii. Dacă după dilatațiunea dusă până la maximum posibil, mai găsim leziuni uretrale cerem ajutorul terapeutice uretroscopice, în special electrocoagulării și aplicării substanțelor caustice.

Nu trebuie uitat să controlăm și tratăm afecțiunea veziculelor seminale și prostatei, cari sunt de cele mai multe ori afectate în leziunile inflamatorii cronice ale uretrei posterioare. Tratamentul acestor leziuni este deci unul complex. Alegerea diferitelor metode și combinarea lor nu este o chestiune de șablon. Varietatea tratamentului, dela un autor la altul dovedește aceasta. Simțul clinic preferințele clinicianului (medicului practician), particularitățile boalei ce diferă dela un bolnav la altul, variabilitatea susceptibilității bolnavului etc. decid acest tratament.

Cazuistica.

Cazuistica prezentă este formată dintr'un număr de 79 cazuri, cărora li s'au făcut uretroscopie posterioară în clinica Urologică, condusă de *Dl Prof. E. Țeposu*. Majoritatea din aceste cazuri au fost trimise de clinica Dermato-enerică, de sub direcțiunea *Dlui Prof. C. Tătaru*, cu diagnosticul de uretrită cronică posterioară gonococică, sau de stare post-blenoragică.

Aceste uretroscopii posterioare, le-am extras din Condița de cistoscopii și uretroscopii al clinicei Urologice și reprezintă întregul număr pe parcursul a 12 ani, — începând cu anul 1923 și terminând cu anul 1934 inclusiv.

Iată mai jos tabloul schițat al acestor cazuri:

Nr de ordine	Nr. din condiță și anul	Numele și pron.	Vâsta	Aparatul endoscopic întrebuințat	Diagnosticul
1	171.1923	I. F.	20 ani	Uretroscopul lui Gillgar	uretrită posterioară cronică gon.
2	172.	" I. O.	49 "	" "	" " "
3	175.	" M.	"	" "	" " "
4	189.	" G. K.	47 "	" "	neurastemie sexuală
5	14.1924	C. S.	"	" "	uretrită posterioară cronică gon.
6	28.	" G.	34 "	" "	polip al colului vezical
7	75.	" P. F.	34 "	" "	uretrită posterioară cronică gon.
8	81.	" T. U.	22 "	" "	" " "
9	89.	" N. T.	28 "	" "	prostatita cronică
10	106.	" E. W.	44 "	" "	" " "
11	113.	" S. S.	23 "	" "	vern montanită
12	120.	" V. B.	22 "	" "	uretrită posterioară cronică gon.
13	192.	" U. I.	29 "	" "	" " "
14	196.	" L. P.	24 "	" "	" " "
15	246.	" C. C.	29 "	" "	stricturi largi
16	253.	" E. P.	52 "	" "	uretrită posterioară cronică gon.
17	261.	" G. M.	24 "	" "	" " "
18	271.	" G. H.	28 "	" "	" " "
19	283.	" Ș. I.	20 "	" "	" " "
20	8.1925	O. W.	26 "	" "	" " "
21	19.	" G. S.	18 "	" "	" " "
22	31.	" I. H.	27 "	" "	" " "
23	43.	" A. S.	37 "	" "	" " "
24	66.	" C. U.	33 "	" "	" " "
25	74.	" G. B.	30 "	" "	" " "

26	91	1925	R. C.	23	ani	Ureoscopul lui Glinjar	uretrită posteroară cronică gon.			
27	105.	"	V. T.	44	"	" " "	" " "	"	"	"
28	111.	"	I. R.	20	"	" " "	" " "	"	"	"
29	122.	"	G.M.	23	"	" " "	" " "	"	"	"
30	136.	"	A.M.	38	"	" " "	neuratonicie sexuală			
31	137.	"	R. A.	21	"	" " "	uretrită posteroară cronică gon.			
32	140.	"	I. P.	27	"	" " "	" " "	"	"	"
33	143.	"	B. S.	19	"	" " "	" " "	"	"	"
34	150.	"	A. B.	24	"	" " "	" " "	"	"	"
35	172.	"	G.M.		"	" " "	" " "	"	"	"
36	174.	"	D. V.	20	"	" " "	" " "	"	"	"
37	198.	"	S. M.		"	" " "	" " "	"	"	"
38	153.	1926	C. P.	44	"	" " Goldsch.	" " "	"	"	"
39	81.	1927	M. V.	26	"	" " "	uretrită cronică s. leroasă (tbc)			
40	82.	"	C. U.		"	" " "	uretrită posteroară cronică gon.			
41	92.	"	N. I.	26	"	" " "	" " "	"	"	"
42	95.	"	O. J.		"	" " "	prostatită cronică tbc?			
43	96.	"	S. A.		"	" " "	uretrită posteroară cronică gon.			
44	52	1928	G. S.	22	"	" " "	" " "	"	"	"
45	362.	1930	C. P.	27	"	" " "	" " "	"	"	"
46	413.	"	A. P.	34	"	" " "	" " "	"	"	"
47	459.	"	P. P.	38	"	" " "	" " "	"	"	"
48	464.	"	O. G.	33	"	" " "	" " "	"	"	"
49	487.	"	S. D.	28	"	" " "	" " "	"	"	"
50	490.	"	C. E.	27	"	" " "	" " "	"	"	"
51	30.	1931	F. N.	21	"	" " "	" " "	"	"	"
52	48	"	A. L.	26	"	" " "	" " "	"	"	"
53	64.	"	R. S.	29	"	" " "	" " "	"	"	"
54	120.	"	B. A.	19	"	" " "	" " "	"	"	"
55	154.	"	W. T.	26	"	" " "	" " "	"	"	"
56	161.	"	P. O.	43	"	" " "	" " "	"	"	"
57	165.	"	C. P.	21	"	" " Goldsch, Wossidlo	" " "	"	"	"
58	20	"	G. T.	38	"	" " "	" " "	"	"	"
59	468.	"	A. H.	39	"	" " "	" " "	"	"	"
60	499.	"	U. V.	26	"	" " "	" " "	"	"	"
61	849.	"	S. F.	38	"	" " "	" " "	"	"	"
62	5.	1932	D. C.	32	"	" " "	" " "	"	"	"
63	8.	"	G. R.	35	"	" " "	" " "	"	"	"
64	214.	"	R. I.	40	"	" " "	" " "	"	"	"
65	238.	"	P. O.	44	"	" " "	" " "	"	"	"
66	643.	"	S. M.	20	"	" " "	" " "	"	"	"
67	75.	1933	T. I.	33	"	" " "	" " "	"	"	"
68	86.	"	I. N.	30	"	" " "	" " "	"	"	"
69	116.	"	R. E.	25	"	" " "	" " "	"	"	"
70	223.	"	C. V.	23	"	" " "	" " "	"	"	"



71	76.1934	N. P.	19	ani	Vretoscopul lui Wossido	uretrită	posteroară	cronică	gon.
72	77.	"	V. C.	34	"	"	"	"	"
73	536.	"	M. C.	25	"	"	"	"	"
74	537.	"	O. D.	28	"	"	"	"	"
75	538.	"	G. I.	45	"	"	"	"	"
76	549.	"	L. A.	30	"	"	"	"	"
77	592.	"	M. V.	30	"	"	"	"	"
78	619.	"	A. I.	36	"	"	"	"	"
70	661.	"	B. J.	34	"	"	"	"	"

Tabloul uretroscopic. A prezentat după frecvență următoarele aspecte anatomo-patologice: pe primul plan: congestia, edemul scleroza însoțite de descuamații epiteliale, plăci echimotice, false membrane, secrețiuni purulente, filamentoase ce ies din orificiile glandelor prostatice sau orificiile canalelor ejaculatoare și proeminența lobilor prostatice, sau mici formațiuni nodulare la nivelul lobilor prostatice; pe planul al doilea (în puține cazuri!) polipi adevărați, papilome, mici caverne, ulcerazioni.

Simplptomele cari le-au prezentat acești bolnavi se pot grupa după cum urmează:

a) Guta matinală cronică, urini tulburi, urini filamentoase.

b) Tulburări sesitive: durere perineală, durere uretrală genă la depecație și durere în regiunea pubiană.

c) Tulburări în micțiune: polakiurie, incontinență mică urinară, hematurie terminală și disurie.

d) Tulburări genitale: erecțiuni persistente, spermatooree prostatoree, poluțiuni nocturne, ejaculațiune precoce (ante portam), ejaculațiune dureroasă, hematurie și impotență sexuală.

e) Siptome de neurastenien.

Pentru a complecta și a prezenta tabloul clinic, evoluția și efectele bune ale unei terapeutice just aplicate (deci importanță practică!!), reproduc din comunicarea *Dlui Dr. E Colbazi* — „Considerațiuni asupra stării post-blenoragice ale uretrei“ (a se vedea bibliografia) — 2 observațiuni (din cele 4).

„Obs. 1. B. C. de 40 ani, funcționar. A avut înainte cu 15 ani o blenoragie totală cu prostatită. A urmat tratament la un

specialist, a fost vindecat și vreo 13 ani n'a avut nimic deosebit, afară de o senzație vagă pe traectul întregii uretre. De doi ani remarcă dureri la micțiune pe cari le localizează în deosebi în uretra posterioară și la meat. Are senzația de plenitudine a rectului, dureri în momentul ejaculațiunii, cari iradiază spre uretra anterioară, accentuându-se în meat, dureri iradiate spre texticol. Adese ori ejaculații precoce. Observă o scădere a potenței, care cu timpul devine totală. Bolnavul în decurs de doi ani a consultat o întreagă serie de medici, cari iau făcut diferite tratamente, ca spălături largi uretrale, masaj de prostată, Bénéquéri, paradizări, galvanizări, injecții cu strichnină și diferite extracte texticulare. Rezultatul tratamentelor a fost o neurastenizare complectă și exasperare a bolnavului."

Consultându-mă pe mine și luând în considerare simptomele subiective prezentate de bolnavi, am crezut necesar un examen al uretrei posterioare."

„L-am examinat împreună cu Dl Prof. Teposu și am constatat: pe veru montanum, în regiunea canalului ejaculator stâng un papilom pediculat, care pendulează în curentul de apă. Colicului seminal mărit și congeștionat. Papilomul îl tăiem cu electrocauterul și tot atunci tragem câteva dungi cu electrocauterul pe coliculul seminal. Il tratez ulterior cu instilații de nitrat de argint 0,5—1% și oleu gomenolat 10% și pleacă liber de toate simptomele supărătoare. Il revăd după două luni și era aproape de nerecunoscut. Omul nostru a înlinierit, exprima forță și plăcere de viață și nu găsea cuvinte să-și arate recunoștința că și-a recăpătat sănătatea și forța vîrîlă."

„Obs. 2. M. C., 30 ani, proprietar. Un om viguros și bine conformat. Fața lui exprimă însă disperare și suferință. Se prezintă la consultațiile mele și-mi comunică următoarele: înainte cu 4 ani a avut o blenoragie, a fost tratat timp de 8 săptămâni, din motive profesionale a trebuit să întrerupă tratamentul și la reluat după câteva luni. De 3 ani s'a tratat la diferiți medici cheltuind o avere, fără să simtă vreo ameliorare."

„Prezintă următoarele acuze: dureri în regiunea prostatică, cari iradiază spre lombe. Are senzația continuă a necesității de a defeca. În timpul defecației simte dureri la nivelul meatusului uretral. Dimineața și peste zi scurgere uretrală. În decursul erecțiunii simte dureri pe canal, iar în timpul raportului genital se înămplă foarte des că erecțiunea se întrerupe și observă că din uretră se scurge o materie cleoasă. Consecințele acestei stări se remarcă și la soția bolnavului prin dureri puternice de cap, nervozitate și fenomene de congestiune uterină. Adeseori ejaculații precoce, în momentul ejaculației are în permanență dureri la prostată și meat“.

„Uretroscopia posterioară: tot traectul uretrei posterioare congestionat, veru montanum mărit, aproape cât o alună, suprafața neregulată granuloasă, sângerează ușor“.

„Îi fac spălături cu cateter Nélaton în uretra posterioară cu oxicianură de mercur, rivanol și soluție de acid tanic, instilații cu oleu gomenolat. Deja după câteva zile bolnavul se simte mai bine. După 2 săptămâni se face un control. Inflamația este mult mai redusă. Coliculul seminal se atinge cu electrocauterul. După un tratament de 3 luni bolnavul pleacă vindecat și mulțumit. Din când în când l-am revăzut, numai avea nici o acuză, putându-și îndelini toate îndatoririle conjugale“.

Pentru a demonstra efectul tratamentului local redau aspectul uretoscopic a 3 cazuri, din cele 79 ale clinicii Urologice din Cluj, înainte și după o intervenție terapeutică locală.

N. R. 11 S. S. 23 ani. Primul tablou uretoscopic: întreaga mucoasă a uretrei posterioare și în deosebi coliculul seminal, care este mărit de volum, este puternic congestionată. Al doilea tablou uretoscopic: coliculul de mărime normală ambele versante prezintă încă o ușoară inflamație; regiunea supra montanală normală.

N. R. 13 U. I. 29 ani. Primul tablou uretoscopic: colul vezicii neregulat cu mici excrescențe ale mucoasei; uretra posterioară mată-congestionată; coliculul seminal enorm mărit de volum și congestionat cu suprafața regulată. Al doilea tablou uretoscopic: mucoasa uretrei mult ameliorată, are

rare infiltrate moi; coliculul seminal cu suprafața regulată, dimensiuni normale; pliurile laterale prezintă încă ușoară inflamație.

N. R. 24 C. V. 33 ani. Primul tablou uretroscopic: mucoasa supra montanală, șanșurile laterale ale coliculului seminal și regiunea infra-montanală congestionate. Al doilea tablou uretroscopic: colul vezicii normal; regiunea supra — și infra-montanală și ambele șanșuri ale coliculului seminal prezintă o mucoasă de aspect normal. Coliculul seminal nu prezintă nimic patologic.

Conșiderațiuni finale.

Din tabloul cu cele 79 de cazuri reese clar că majoritatea leziunilor inflamatorii cronice ale uretrei posterioare au în etiologia lor gonococul, sau mai bine blenoragia cronică, uretrita totală cronică gonococică. Dacă facem un procentaj al cazurilor de mai sus, din acest punct de vedere, obținem aproximativ 80%; de aceea se poate spune că problema acestor leziuni se confundă în cea mai mare parte cu cea a uretritei posterioare gonococice, sau a stării post-blenoragice a uretrei posterioare și a glandelor anexe.

Endoscopia leziunilor observate traduc un proces inflamator în care domină congestia, edemul și apoi procesul de reparațiune cicatricial. Acest proces inflamator se extinde și la glandele anexe. Uretroscopia posterioară ne descopere substratul anatomo-patologic al semnelor cu cari vin bolnavi de se plâng.

Simptomatologia acestor leziuni, după cum vedem din tabloul schițat mai sus, ne dă un sindrom genito-urinar, pentru că avem semne atât din domeniul stărei genitale, cât și cele urinare. Acest sindrom este cel al uretritei posterioare cronice.

Tratamentul, mai ales cel uretroscopic, din care în deosebi electrocoagularea intrauretrală, precum și controlul ulterior endoscopic ne permit să stăm în ajutorul bolnavului cu maxime șanse,

Concluziuni.

1. Uretra posteroară, din punct de vedere fiziologic și patologic, are deosebită importanță fiind locul de întâlnire al celor două sisteme de organe: urinar și genital.

2. Leziunile inflamatorii cronice ale uretrei posterioare, sunt expresiunea nu numai al inflamațiunii cronice a mucoasei uretrei posterioare, ci și în ordine descrescândă, a prostatitei cronice, spermatocistitei cronice.

Toate aceste procese inflamatorii și indeosebi al prostatei concură la permanentizarea acestor leziuni.

3. Cauza cea mai frecventă al acestor leziuni este uretrita posteroară gonococică; de aceea problema acestor leziuni se confundă în marea lor parte cu cea a blenoragiei cronice.

Leziunile de natură tuberculoasă sunt în majoritatea lor secundare unei tuberculoze uro-genitale.

4. Istoricul acestor leziuni este strâns legat de cel al endoscopiei uretrale.

5. Aparatul endoscopic cel mai practic pe care-l posedăm astăzi, este cisto-uretroscopul lui Mac Carthy.

6. Substratul anatomo-patologic al acestor leziuni inflamatorii cronice sunt: a) congestia; b) edemul: sumplu, bulos, polipoid; c) scleroza.

7. Uretroscopia posteroară este metoda de investigație cea mai importantă pentru diagnosticarea acestor leziuni; în acelaș timp ne dă datele cele mai prețioase pentru diagnosticul acestora și tot prin ea s'a inaugurat cea mai eficace metodă terapeutică (tratamentul uretroscopic).

8. Simptomatologia acestor leziuni se rezumă în sindromul uretritei posterioare: a) guta matinală; b) tulburări senzitive; c) tulburări în micțiune și d) tulburări genitale.

Neurastenía sexuală este mai ales consecința tulburării din sfera genitală.

9. Pentru diagnosticarea leziunilor va trebui să ținem seamă de două chestiuni: a) să ne convingem de existența acestora (prin uretrocopie posterioară) și b) să determinăm gradul de contribuție al celorlalte cauze, decât inflamațiune cronică a mucoasei uretrei posterioare. În acest din urmă caz vom face și un diagnostic diferențial.

10. Prognosticul uretritei posterioare gonococice este, pe lângă un tratament bine condus, cât se poate de bun.

11. Tratamentul se rezumă schematic la a) lavajul uretrovezical b) masajul glandelor anexe; c) dilatațiunea mucoasei uretrale; d) tratamentul uretroscopic; e) instilațiunile; f) aplicațiunea de căldură pe mucoasa uretrală și g) aplicațiunea de ioni pe mucoasa uretrală.

Electrocoagularea intra-uretrală este metoda ce dă rezultatele cele mai bune, într'un timp scurt.

12. Rezultatul unui tratament bine condus, care va ține seamă de factorii determinanți și favorizanți ale acestor leziuni va fi cât se poate de bun (excepțând pe cele de origine tuberculoase).

Cluj, 2 Martie 1935.

Văzută și bună de imprimat.

Președinte:

ss. Prof. Dr. E. TEPOSU

Prodecan:

ss. Prof. Dr. C. GRIGORIU

Bibliografie.

1. A. Branca. Précis d'histologie 5-ème édition 1921
2. H. Busquet. L'appareil génital malé. Traité de Physiologie normale et pathologique. Masson et Cie Ed. 1927.
3. Dr. E. Colbazi. Considerațiuni asupra stării post-blenoragice a uretrei. Buletinul celui de-al treilea congres român de Chirurgie, Obstetrică, Gynecologie și Urologie, 1930, Cluj.
4. R. Dossot-M. Palazzoli. Les urétrites chroniques diagn. et trait. Masson et Cie Éd. 1932.
5. E. Franceschi. Le curretage radicale de l'urètre postérieure. Journal d'Urologie médicale et chirurgicale. Tome XXXVIII No. 3, 4, 5. 1934. Masson et Cie Éd.
6. Heitz-Boyer. Les formations diverticulaires de la prostate. Journal d'Urologie médicale et chirurgicale. Tome XXXVI. Jouillet-December 1933. Masson et Cie Éd.
7. R. Henry-G. Busson. Manuel d'Uretroscopie (Urétroscopie postérieure. Masson et Cie Éd. 1931.
8. R. Henry-A. Démonchy. Manuel d'Urétroscopie. Masson et Cie Éd. 1920.
9. Em. Jeambreau. Pathologie de l'urètre. Pathologie de la prostate. Pathologie des vésicules séminales. Précis de pathologie chirurgicale. Tome V. Masson et Cie Éd. 1928.
10. G. Luys. Traité de la blénnoragie et des ses complications. Quatrième édition. S. Doin et Cie Éd. 1932.
11. G. Luys. Maladies de vésicules séminales. G. Doin et Cie Éd. 1930.
12. M. Felix Marsan. Les lésions de l'urètre postérieure dans la néurasthénie urinaire. Archives Urologiques de la Clinique de Necker. Tome I fascicules 2. 1913.
13. E. Papiu. Explorations et traitements des lésions de l'urètre postérieure et du col vésical, avec l'appareil de Mac Carthy. Archives Urologique de la Clinique de Necker. Tome III, fascicule 1. 1921.
14. Prof. Dr. E. Teposu. Propedeutica Urologică.
15. Prof. Dr. E. Teposu. Sifilisul urinar. Clujul Medical No. 4. 1928.
16. L. Testut-Latarjet. Traité d'Anatomie humaine. Huitième édition. Tome cinquième. S. Doin et Cie Éd. 1931.
17. L. Testut-O. Iacob. Précis d'Anatomie topografique 6-ème édition. Collection Testut 1920.
18. B. Vandelde. Quelques considérations sur certaines urétrites latentes d'emblée caractérisées par des graves troubles génitaux. Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie. Tome I, Nr. 2, 1930. Masson et Cie Éd.
19. E. Wossidlo. Die chronischen Erkrankungen der hintern Harnröhre. Leipzig, 1913.