

STRICTURILE URETRALE TRAUMATICE LA BĂRBAȚI

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 28 MAI 1936.

DE

SILVIA POPA

23 MAY 2005

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAİL.

Profesorii:

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

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: Domnul Prof. Dr. E. Țeposu

Membrii:	}	Domnul Prof. Dr. Alex. Pop
		" " " Coriolan Tătaru
		" " " I. Aleman
		" " " M. Kernbach

Supleant: Domnul Doc. Dr. V. Cîmoca

Introducere.

Stricturile uretrale traumatice în timpul din urmă, au devenit mai numeroase, prin accidentele tot mai variate, cari le produc. Evoluția industriei, și măsurile de protecție ale muncitorilor, contra accidentelor, au început deabia acum în timpurile noastre a reduce numărul accidentelor de muncă. În adevăr, stricturile traumatice sunt legate de profesii și se observă mai frecvent, acolo unde lucrătorii sunt mai expuși la traume ex. ceferiștii, electricienii, tăetorii de lemne din păduri etc.

Studiul mai aprofundat al acestor stricturi s'a făcut mai intens după războiul mondial, care a dat un însemnat număr de stricturați.

Pentru redarea accidentaților, în cauză la posibilitatea exercitării funcțiunilor lor, fiziologice, din punct de vedere urinar, cât și genital, s'au încercat numeroase procedee de tratament — fie conservativ, fie chirurgical.

Acești suferinzi, de cele mai multe ori, necesită un tratament îndelungat, dacă nu toată viața.

Stricturații, prin traumatism, mai apoi prezintă un interes social, deoarece pretind dela patronii sau instituția unde activează, despăgubiri materiale.

În anul 1921 Pasteau și Iselin, la Congresul Internațional de Urologie, ținut la Paris, au prezentat rapoarte, în cari afirmă că stricturile uretrale traumatice, în general se pot vindeca, dând posibilitatea celor accidentați de a-și relua activitatea lor fiziologică.

Din numărul total de 156 structuri uretrale tratate în clinica Urologică din Cluj, am constatat numai 15 cazuri ce prezintau stricturi uretrale traumatice, ceea ce dă un procent de 15%.

Dacă acest procent este redus, când între popoare e liniște, el este mult ridicat, în timpul războaielor și cataclismelor sociale.

Istoricul stricturilor traumatice

Tratamentul stricturilor se cunoaște de acum 400 de ani, când *Durante*, *Sacchi*, *Jérôme Cardano* dela Milano, *Alfonzo Ferri* din Neapole, și *Marianus Santus*, toți contemporani, au instituit primele încercări de terapie chirurgicală. Mai târziu, în anul 1570, *Ambroise Paré* în Franța, iar *Francisco Diaz*, în Spania, întrebunțează tratamentul sângerând, combinat cu substanțele caustice. Prima normă de orientare, în terapie stricturilor este dată numai în anul 1603, când *Théodore Turquet*, execută regelui Franței, Enric IV o operațiune similară uretrotomiei interne. În baza acesteia, Facultatea de Medicină din Paris, propune ca unic tratament chirurgical, dilatația forțată a stricturei și cauterizarea prin substanțe chimice. Mai târziu, în anul 1652, englezul *Eduard Molin* face prima uretrotomie perineală într'un caz de retenție la un stricturat. Urmează apoi în Franța *Jean-Louis-Petit*, *François Ledran* și *George de la Fage*, iar în Anglia, *Scharp* care folosesc uretrotomiile externe cu sau fără conductor. De uretrotomia internă nu se mai folosește nimeni, până la 1795, când *Physick* din *Filadelfia* revine asupra ei, folosindu-se de 2 instrumente, inventate de el însăși pentru această intervenție.

Sir *Charles Bell* în Anglia la 1813, secționează strictura cu un stilet, introdus într'o canulă, până la obstacol, punând bolnavul să urineze forțat, în scopul de a produce dilatare cavității retrostricturale.

Procedeele sângerând începe a fi practicat dela 1834 cu *Reybard* în Franța și *James Syme* în Anglia, primul cu uretrotomie internă și celălalt cu uretrotomie externă, secționând complet strictura. Dela această dată, chirurgii se împart, unii pentru uretrotomia externă, alții pentru cea internă și unii ca *Péan* pentru nici una dintre ele. Prinde totuși a fi întrebunțată mai ales dela 1858 uretrotomia externă, grație modificărilor aduse asupra tehnicii de către *Civiale*, *Mai-*

soneuve, Guyon, Reverdin, Martinet și comunicărilor bine argumentate, făcute de *Jean le Petit, Syme, Sedillot* și *Bechel*.

Și aici ca și în celelalte ramuri ale medicinei, descoperirile lui *Pasteur* și lucrările lui *Claude Bernard*, ale lui *Schwann, Henlé, Gerlach* aduc transformări radicale atât din punct de vedere al anatomiei și fiziologiei patologice, cât și al tratamentului. Rezultatele tardive nu tocmai bune observate de *Guyon* și școala lui, în urma uretrotomiei interne și externe, fac ca în stricturile traumatiche, să se întrebuițeze cât mai puțin aceste procedee. Astfel se caută, a se elimina sediul cicatricii vicioase prin rezecția și apoi o refacere a uretrei. Prima operație de acest gen o face *Dugas* în 1835 și apoi *Roux* în 1853 — ridicând 15 mm. de uretră. Introducându-se în practica curentă, uretrectomia și refacerea uretrei *Guyon, Albarran, Nogués, Horteloup, Genouville, Zadock* și mai târziu *Legueu, Pasteau, Horteloup, Genouville, Zadock* și mai târziu din tehnic, cu privire la rezecția și refacerea uretrei.

Cu oarecare succes sunt încercate la refacere grefele heteroplastice sau homoplastice, fapt ce reiese din lucrările lui *Carell, Nogeste* și *Sencert*. În anii cari urmară războiului mondial, apar o serie de publicațiuni prin cari se arată modificări mult superioare în tratamentul operator al stricturilor traumatiche. *Toma Ionescu, Lenormant* și *Marion*, recomandă rezecția de uretră în doi timpi; primul constând din cistostomie pentru punerea uretrei afectate în repaus, iar al doilea timp, constând din rezecție și refacerea de uretră. În această privință Clinica Urologică din Cluj de sub conducerea Dlui *Profesor Dr. Teposu* și-a format o conduită terapeutică bine studiată. Se institue când este cu puțință tratamentul conservativ, iar în cazurile cu indicațiunii operatorii, după o prealabilă cistostomie pentru punerea în repaus a uretrei, se recurge la uretrotomia externă și eventual la rezecția parțială sau totală a uretrei.

Anatomia uretrei.

Uretra la bărbat este un lung canal, care se întinde dela colul vezicii și până la meatul urinar. Servește în acelaș timp la eliminarea urinei din vezică și de canal genital pentru eva-

cuarea spermei. În tot traectul său, cuprins parte în basin, parte în afara lui, ea descrie 2 curburi de aspectul unui S italic. Prima este curbura posterioară cu concavitatea în sus și înainte, iar a doua e anterioară cu concavitatea în jos și înapoi. Prima este permanentă, iar a doua dispăre când penisul este în erecție, sau când conține la interior un cateter.

Începând dela colul vesiceii uretra traversează prostata, planurile perineului, aponevroza mijlocie, perineul superficial, baza scrotului și apoi partea inferioară a penisului.

Astfel e împărțită prin aponevroza perineală mijlocie în uretra intrapelviană și uretra extrapelviană.

După regiunile ce le străbate, distingem trei porțiuni: uretra prostatică, uretra membranoasă și uretra spongioasă.

Uretra prostatică străbate glanda prostatică în toată lungimea ei, nefiind în axul glandei, ci în partea superioară este mai mult anterioară, devenind aproape de eșire, mai mult posterioară. În lumenul uretral se găsesc: veru-montanum orificiile glandelor prostatice și utricula prostatică. Măsoară în lungime 30 mm.

Uretra membranoasă se întinde dela partea inferioară a prostatei până la partea postero-superioară a bulbului. Străbate aponevroza perineală mijlocie, care o divide în 3 segmente: a) segmentul superior înconjurat de sfincterul striat, având raport cu mușchiul lui *Wilson*, plexul lui *Santorini*, ridicătorul anal și aponevroza prostată-peritoneală; b) segmentul mijlociu cuprins între cele 2 foite peritoneale mijlocii în raport cu mușchiul lui *Gutrie* și glandele lui *Cowper* și c) segmentul inferior situat sub aponevroza mijlocie în raport fiind cu bulbul. În interior, cuprinde mai multe pliuri longitudinale, în cari se deschid orificiile glandelor lui *Littre*, ce au sediul mai ales pe peretele superior. Lungimea acestei porțiuni este de 10 mm.

A treia porțiune constituie uretra spongioasă, ce se întinde dela bulb până la meatul uretral, situată între cei doi corpi spongioși. La interior se deschid cele două orificii ale glandelor lui *Gowper*, lacunele lui *Morgagni* și valvula lui *Guérin*. Are o lungime de 12 cm. Un interes practic prezintă diviziunea uretrei în mobilă care este porțiunea liberă a penisului și uretra fixă, în legătură intimă cu organele pe care le traversează. La noul născut, uretra măsoară 5—6 cm lungime, iar la

adult 12—16 cm. lungime. În timpul repausului calibrul uretrei este virtual, pe când la micțiune, uretră prezintă un calibru real, neuniform, prezentând unele strâmtări și dilatări fiziologice. Diminuările de calibru sunt la coletul bulbului, la partea mijlocie a uretrei spongioase și la meatul uretral; iar dilatări, în imediata apropiere a acestora și înapoia lor.

Histologic, uretra e constituită din 3 straturi concentrice, cari privesc dela interior spre exterior sunt: stratul mucos, vascular și muscular.

Primul strat, cel mucos, căptușește canalul uretral în toată lungimea, având o grosime de 5 mm. Este slab consistent, foarte extensibil și la fel de elastic. Este intim aderent de tunica vasculară și prezintă la interior pliuri longitudinale. Se compune dintr'un chorion, un epiteliu cilindric stratificat și glande mucoase ce sunt de 3 feluri: intraepiteliale, foliculare și glande acinoase.

Stratul vascular, care urmează imediat spre exterior, este format din numeroase fibre elastice și cavități venoase larg anastomozate. Puțin dezvoltat în porțiunea prostatică și membranoasă, ia o dezvoltare considerabilă în regiunea spongioasă, formând corpul spongios al uretrei.

Al treilea strat și cel mai voluminos este cel muscular, constituit din două părți bine distincte. Un plan intern, cu fibre longitudinale și altul extern, constituit din fibre circulare. Cele longitudinale, continuă fibrele stratului piexiform al vezicii urinare. Sunt foarte dezvoltate în porțiunea prostatică și mai puțin în uretra membranoasă și spongioasă. Fibrele circulare, continuă pe cele ale vezicii, formând în porțiunea superioară a uretrei prostatice sub forma unui inel gros de 6—7 mm. și lung de 10—12 mm., sfincterul neted, sau intern al uretrei. Servește prin tonicitatea sa, în a închide orificiul de comunicare al vezicii cu uretra. În uretra membranoasă, fibrele se îngroașă din nou, sunt compacte, pentruca în cea spongioasă, elementele musculare să se confunde cu acele ale corpului spongios.

Arterele uretrei provin din arterele prostatice, hemoroidale inferioare, vesicala inferioară, bulbo-uretrală, cavernoasă și dorsală penisului. Venele merg în vena dorsală profundă a penisului, în plexul lui *Santorini*, în plexul vesico-prostatic și vena rușinoasă internă.

Limfaticele prezintă o dispozițiune specială fiecărei porțiuni din uretră; cele prostatice se anastomozează cu limfaticele prostatei; cele ale uretrei membranoase și porțiunii bulbare, merg la ganglionii iliaci externi și ganglionii arterei rușinoase interne; iar ale uretrei spongioase se duc la ganglioni inguinali superficiali.

Nervii uretrali provin din plexul hipogastric, din nervul perineal superficial și nervul dorsal al penisului. Acești nervi cari merg izolați la uretră, conțin și numeroase fibre simpactice, cari sosesc la uretră, urmând traectul arterelor, formând plexuri în jurul lor.

Etiologie și patogenie.

Luând în considerațiune diviziunea anatomică a uretrei, fiecare din porțiunile ei, pot fi expuse diferitelor traumatisme. Deși protejată în parte de situația topografică, iar pe de alta de variatele țesuturi din vecinătate, totuși orice traumatism uretral, uneori de o minimă importanță clinică, poate da naștere, după cum a constatat *Boeckel*, la formarea unei stricturi.

Traumatismele cari interesează regiunea perineală, sunt în regulă generală cele mai grave; le urmează cele ale uretrei prostatice, ce sunt foarte rare și apoi cele ale uretrei spongioase. După felul de a se produce, deosebim traumatisme pe cale internă sau pe cale externă. Cele interne, denumite și urologice, pentru că se produc, atunci când se intervine într'un mod oarecare asupra uretrei, de persoane puțin experimentate, în scopul unor explorări sau intervențiuni, sunt mai puțin grave. Ele se produc, practicând un cateterism greșit, și deci o cale falsă, din care cu timpul se va forma o strictură. Cateterismul prin instrumente drepte, vor produce leziuni ale peretelui inferior, pe când cele curbate, vor leza peretele superior.

Se mai produc apoi în următoarele cazuri: 1. Introducând lichid forțat în uretră, atunci când sfincterul extern, opune rezistență trecerii înspre uretra posterioară; 2. dilatând rapid uretra sub o anestezie locală; 3. în caz de intervențiuni pentru extracția corpilor streini inclavați în uretră sau chiar

și în urma expulsării unor calculi vesicali neregulați și de dimensiuni mai mari, dând la început leziuni neînsemnate; 4. substanțele chimice în concentrație mare pot produce stricturi rapide și grave; cum ar fi cyanura de mercur, acidul fenic, sublimatul, nitratul de Argint, alcoolul etc. *Boulanger* relatează un caz prin yperită; 5. În tratamentul prin electro-liza stricturilor se produc uneori escare, cari prin eliminare dau loc la o transformare cicatricială a locului în cauză.

Traumatismele externe sunt acele ce se produc, oricare ar fi starea de fapt a uretrei, fie complet sănătoasă, precum și în stare patologică. Procesul stricturei traumatice, este facilitat de procesul sclerogen anterior. Sunt stricturile cele mai grave, putând fi produse de plăgi, rupturi și intervențiuni chirurgicale. Aceste stricturi sunt legate în deosebi de profesiunea indivizilor traumatizați. Sunt expuși mai frequent muncitorii dela calea ferată, electricienii, zidarii, tăetorii de lemne la pădure și soldații în timpul exercițiilor la câmp afară. Intervențiile chirurgicale sunt cele cari dau mai puține stricturi, întrucât actul operator este executat în lungul uretrei. La fel de rare sunt și stricturile provenite în urma proceselor inflamatorii ale părților moi din vecinătatea intimă a uretrei. Procesului de congestie locală, îi va urma între timp, instituirea procesului de scleroză, ce duce la strictură.

Grupul plăgilor, ce mai frequent pot constitui o cauză de strictură, este dat de înțepături, secțiuni și plăgi contuse. Aceste plăgi se întâlnesc foarte frequent în timpul războalelor și tot ele constituie și numărul destul de mare ale accidentelor profesionale. În război, proiectilele și armele albe pot produce împunsături, zdrobiri sau chiar secțiuni ale uretrei. În accidente profesionale, căderile pe basin, dela înălțimi mai mari produc plăgi contuse, prin eschilele osoase.

Rupturile uretrei sunt frequente. În aceste cazuri pielea nu este interesată, dar există leziuni interne ale canalului uretral. Pot fi rupturi parțiale și totale.

Rupturile parțiale sunt acelea, cari interesează unul sau mai multe din straturile anatomice ale uretrei. Ele se pot clasifica, după cum traumatismul interesează straturile uretrei, în modul următor:

a) rupturi interstițiale când este interesat numai corpul spongios.

b) rupturi parțiale externe sau spongio-fibroase, ce interesează pe lângă corpii spongioși și straturile suprajacente.

c) rupturi parțiale interne sau spongio-mucoase, cari interesează atât corpii spongioși, cât și straturile subjacente.

Rupturile totale, sunt acele în cari sunt interesate toate straturile uretrei și sunt cele mai grave.

După felul cum traumatismele lezează circonferința canalului uretral, rupturile se clasifică în rupturi complete și incomplete.

Rupturile complete sunt cele în cari circonferința conductului uretral, este interesată în total; pe când în rupturile incomplete, uretra este interesată numai parțial. Fibrele elastice cari intră în constituția ei în rupturile parțiale, vor produce o retracțiune a canalului uretral, în timp ce în cele totale, se va produce îndepărtarea celor 2 capete secționate, mucoasa inversându-se spre interior.

Spre deosebire de intervențiile chirurgicale pe uretră, cari dau foarte puține stricturi, traumatismele interesând uretra în mod transversal, dau totdeauna stricturi consecutive.

Urmând cele trei porțiuni ale uretrei, traumatismele au o frecvență gradată. Uretra membranoasă fiind corespunzătoare regiunii perineale, aci se vor găsi cele mai numeroase stricturi.

În căderile corpului „de-a călare“ pe un corp tare și îngust se produc leziuni uretrale.

Deasemenea fracturile oaselor bazinului lezează uretra. *Albarran, P. Bazi, Coutaud și Voillemier* au demonstrat că numai simpla disjuncție a simfizei pubiene, produce răniri ale uretrei.

Porțiunea superioară a uretrei sau cea prostatică, este cea mai puțin lezată de traumatisme. Dacă însă aceasta porțiune este interesată, leziunile sunt minime, din cauza lipsei țesutului spongios și stricturile consecutive traumelor sunt foarte rari. În cazurile când se practică prostatectomia transvesicală, se formează unele stricturi dar de o mică importanță, deoarece dispar după câteva dilatațiuni.

Uretra în mod normal, conține o bogată floră microbiană și cele mai mici leziuni, pot produce infecțiuni grave. Când acești microbi își vor exalta virulența, orice leziune minimă a uretrei se agravează.

Hematoamele produse în rupturile spongio-fibroase sau spongio-mucoase sunt adevărate medii de cultură, în cari microbii se vor desvolta rapid. Ușor e deci de înțeies, rolul nefast al microbilor în cazul stricturilor traumatice. Este necesară și imperios cerută de toți chirurgii urologi, menținerea aseptiei uretrei cu toate mijloacele antiseptice, de cari se dispun.

Nu de multeori, s'a observat că ceea ce n'a putut face un traumatism pe uretră, a fost complectat de agenții patogeni, prezenți totdeauna în canalul uretral anterior.

Hoegler, un renumit urolog, după numeroase cercetări a ajuns la concluzia, că dacă s'ar reuși a se menține aseptia uretrei, traumatismele prin ele însăși, n'ar produce un număr atât de frequent de stricturi.

Azi însă, grație numeroaselor substanțe antiseptice urologii au reușit a combate agenții patogeni cu succes, asigurând aseptia conductului uretral și eventualele infecțiuni secundare. Clinica Urologică din Cluj, sub conducerea Dluî Prof. Dr. E. Țeposu, în toate cazurile cu stricturi traumatice prezentate la consultațiuni și-a făurit un renume prin scrupulozitatea menținerii aseptiei canalului uretral, salvând indivizii traumatizați dela numeroasele complicațiuni, inerente prezenței agenților patogeni în uretră.

Anatomia patologică.

Frecvența stricturilor traumatice ale uretrei, este divizată după porțiunile uretrale. Porțiunea uretrei corespunzătoare regiunii perineale este așezată mai superficial și deci traumatismele mai frequent vor interesa perineul.

Urmează apoi în ordinea frecvenței traumatismelor, uretra peniană. Cea mai puțin atinsă de traume, este porțiunea prostatică a uretrei. Porțiunea membranoasă, e rar supusă accidentelor.

Stricturile traumatice au caracterul special, de a fi unice dealungul uretrei, pe când cele consecutive unei inflamațiuni uretrale sunt multiple. Autorii au admis, că stricturile multiple recunosc o etiologie mixtă, produsă prin o inflamațiune la care se adaugă și traumatismul consecutiv. Observațiunile

clinice făcute asupra cazurilor de stricturi traumatice, au dus la concluzia că mai întâiu într'un traumatism, este lezat peretele uretral inferior și apoi după un timp scurt, leziunea se transmite și la peretele superior.

Chirurgii urologi au explicat locul acesta de elecție al traumatismelor, prin constituția anatomică a uretrei.

În adevăr, se știe că peretele inferior al uretrei este mai gros decât cel superior, din cauză celor 2 corpi spongioși cari formează uretrei o gutieră. Peretele uretral superior suferă leziuni atât de frecvente și spre deosebire de peretele inferior, este acoperit de părți moi, așezate într'un strat subțire.

Când traumatismul s'a produs și consecutiv s'a format strictura, se observă un calibru normal al regiunii prestricturale. Nu tot la fel se prezintă uretra retrostricturală, unde se observă o dilatare uniformă, spre deosebire de dilatățile retrostricturale, produse, prin stricturi blenoragice, la cari coexistă și numeroase funguozități și uneori leziuni ulcerose.

Am amintit mai sus că uretra în constituția histologică, cuprinde foarte multe fibre elastice.

În momentul producerii traumatismului, se formează rapid strictura din cauza fibrelor elastice, cari se retractă și reduc foarte mult lumenul conductului uretral, lăsând sau nu orificii puncti forme de comunicație.

Lungimea stricturei poate varia dela câțiva milimetri până la câțiva centimetri. Uneori când mai multe traumatisme s'au produs deodată, dar având o intensitate neegală, numărul stricturilor va fi egal cu al traumatismelor în cauză.

Când traumatisme multiple au interesat aceeași porțiune a uretrei, la locul lezat se va produce o cicatrice întinsă și se va forma un bloc de țesut sclerogen, ce va da o strictură gravă.

Regiunea perineo-bulbară a uretrei, fiind cea mai frecvent traumatizată, aci se vor găsi cele mai numeroase stricturi, dela cele mai ușoare, până la cele mai grave.

Uretra traumatizată se va găsi inclavată într'un țesut scleros de culoare albicioasă, grunțuroasă, din loc în loc prezentând hemoragii punctiforme. Deosebit de acestea caractere, uretra va prezenta neregularități și la palpare va avea o consistență lemnoasă, dură.

Caracterele uretrei traumatizate sunt consecutive cicatricelor formate și de multeori acestea sunt multiplicat de cicatricile bulbului care este frequent lezat prin traumatism.

Traumatismele cari interesează porțiunea peniană, pe lângă strictură, simultan poate să formeze hématoame produse prin lezarea corpurilor cavernoși.

Hematoamele corpurilor spongioși au mărimi variate și se pot forma suprauretral și periuretral.

Uretra membranoasă fiind traumatizată mai rar, nu se cunoaște până în prezent anatomia-patologică exactă. Numeroși autori s'au ocupat intens cu acest studiu și *Bazy, Guyon, Terrillon* au ajuns la concluzii, cari diferă unele de altele.

Voillemier a demonstrat formarea stricturei la porțiunea membranoasă a uretrei, prin leziunile mucoasei, în timp ce *Ravanier* a arătat că e necesar pentru a se produce strictura, ca să fie lezate și straturile subjacente.

Interesante sunt stricturile traumatice ale porțiunii prostatice a uretrei, pentru că sunt foarte rari și pentru a se produce, traumatismele trebuie să fie foarte violente. Se formează cavitați cari rezultă din deformarea uretrei și pericolul cel mai de temut sunt fistulele uretro-rectale, prin cari se produc infecțiuni grave.

Deasemenea sunt foarte grave comunicările uretrei cu perineul, cari deseori dau deviațiuni mari, însoțite sau nu de atrezii.

Marion a numit aceste deviațiuni „decalage” al uretrei, iar *Pasteau* le-a descris sub numele de dislocațiuni uretrale. În ambele cazuri, încercând sondajul, sonda nu poate ajunge în vezică, oricâtă îndemănare s'ar depune. Bolnavii în cazurile acestea, nu suferă de retenție urinară, fiindcă existând comunicări fie cu rectul, fie cu perineul, ei pot să-și evacueze vezica. În schimbul acestui avantaj, sunt expuși însă la infecțiuni ascendente.

Histologicește, se observă la nivelul stricturei, o alterațiune importantă a epiteliului, care se transformă din epiteliu cubic în epiteliu pavimentos, chiar atunci când există o leziune submucoasă.

Când mucoasa uretrei este lezată se produce o cicatrice regulată; în rare cazuri neregulată. Cicatricile regulate se acopăr de obicei cu un epiteliu de înveliș, ce rezultă din proli-

ferajiunea celulelor mucoasei din părțile învecinate, cari repară soluția de continuitate, prin epidermizarea țesutului fibros cicatricial.

La formarea blocului strictural, țesuturile cari constituiesc uretra sunt deaivalma amestecate.

De *Martens*, în secțiunile blocului cicatricial a găsit alături de resturi spongioase, țesut muscular, fibre elastice și fibre fibroase.

Modificările locale ale uretrei au răsunit asupra celorlalte organe urinare și *Guyon* a arătat modificări în tot aparatul urinar.

Vesica, nu poate să elimine urina adunată în acest rezervor și primind mereu cantități noi de urină din filtrele renale se va dilata enorm, ajungând să continue chiar câteva Kgr. de urină. Uneori dilatarea vesicei ajunge atât de mare, încât globul vezical se ridică până aproape de apendicele xifoid, imitând perfect o sarcină sau o tumoră abdominală.

Dilatarea vesicei se produce rapid, tot așa cum se instalează și strictura, ce produce obstruarea uretrei. Vesica nu mai are timpul necesar să se hipertrofieze cum se întâmplă în stricturile post inflamatorii, ci se dilată.

Pe lângă vesică, vor suferi și ureterele, cari vor prezenta orificiile ureterele între deschise permanent, iar în caz de retenție urinară mai îndelungată, se va produce dilatarea lor a bazinetului și a calicilor renale suferind transformări și porenchinul renal. În toate aceste cazuri, infecția renală este iminentă și starea bolnavului se agravează. Rinichii vor prezenta leziuni și vor da simptome de pyelo-nefrită, pyo-nefroză și calculi renali secundari. Majoritatea bolnavilor cu aceste simptome vor suferi mult, iar șansele de a fi salvați, sunt mai reduse, prezentând uneori un prognostic fatal.

Simptomatologia stricturei traumatice.

Simptomele unei stricturi traumatice se aseamănă cu simptomele celorlalte varietăți de stricturi. Particularitățile sunt strâns legate de instalarea rapidă a stricturii, cari spre deosebire de celălalte, se instalează lent și progresiv.

Simptomele stricturii sunt subiective și obiective.

Bolnavii semnaleză imediat după accident, durerea intensă la locul traumatizat, în timpul micțiunii.

Pe lângă durere, bolnavii inteligenți observă după traumatism, că timpul necesar urinării este prelungit și afirmativ spun că jetul urinar nu mai este puternic, ci urinarea se face picătură cu picătură. Când strictura nu obstruiază canalul uretral, ei observă că jetul ia direcții diferite de cele normale.

Simptomele obiective, sunt acele cari ne dau diagnosticul adevărat. Bolnavii prezintă importante modificări funcționale.

În urină se constată prezența sângelui, fiind de culoare roșie, când hematuria este intensă. Uneori urina are culoarea normală, dar prin examenul de laborator, se poate constata prezența de hematii.

Când jetul lipsește, bolnavul urinează gute à gute, timp îndelungat. În cazuri mai grave, unde conductul uretral este obstruat, bolnavii nu pot evacua vesica, deși ei fac eforturi, sau exercită presiuni cu mâinile pe abdomen, sau iau diferite pozițiuni (culcări pe abdomen etc.).

Când strictura n'a obstruat canalul uretrei, bolnavii prezintă micțiuni frecvente, ajungând până la 10—15 pe zi. Este foarte asemănător acest simptom, cu cel dat de hipertrofia de prostată.

În stricturile complete, se instalează rapid retenția urinară bolnavul acuzând dureri în hipogastriu. Mai târziu durerile sunt abdominale fiind produse de dilatarea crescândă a vesicii.

În majoritatea cazurilor simptomele mai sus, descrise, se găsesc la scurt timp, după producerea stricturii.

Unii autori ca *Philip, Routier, Delbet, Guyon și Bazy* au arătat că turburările funcționale pot să apară și mai târziu. *Civiale* a prezentat un caz, când strictura s'a instalat numai după 6 ani dela producerea traumatismului. Aceasta constituie desigur o excepțiune, fiindcă majoritatea bolnavilor, prezintă simptomele mai sus descrise, după un timp scurt, dela accidentul suferit.

Trebue menționate, susceptibilitatea congestivă influențele nervoase și predispoziția la infecția proprie fiecărui individ.

În afară de modificările funcționale ce apar imediat mai târziu bolnavii prezintă fenomenul de disurie și deci retenție de urină. Această retenție când este imediată, e datorită chiazgurilor de sânge, formate la locul traumatizat, sau unei congestiuni intense. Uneori retenția urinară este produsă, fie prin inhibiție reflexă, fie prin hematom periuretral.

Modificările micțiunii se mențin câteodată, timp îndelungat, fiind datorite formării inelului cicatricial. Atunci micțiunea devine dificilă întârziată și dureroasă.

Pe lângă toate simptomele mai sus descrise, bolnavii semnaleză turburări funcționale atât în timpul coitului, cât și în timpul ejaculării, cari sunt date de formarea blocului cicatricial la locul traumatizat al uretrei.

Complicațiunile stricturilor traumatice.

Complicațiunile consecutive stricturilor traumatice sunt frecvente și pot lua forme dintre cele mai grave. Prin rapiditatea instalării stricturii, urina stăgând vezica va fi primul organ care va avea de suferit transformări patologice. Când retenția este parțială, pereții se vor extinde și în interior se vor forma cavități celulare în cari se vor produce mai târziu fermentațiile rezultate depe urma stăgnării și depozitării rezidului vezical.

Se va instala deci în primul rând cistita acută cu toate fenomenele clinice consecutive.

În retenția completă vezica reacționând prin o enormă dilatare se vor produce leziuni și asupra căilor renale superioare.

Orificiile ureterale se întredeschid, ureterele se dilată în mod ascendent, staza de urină putând ajunge a dilata și bazinetul împreună cu calicele renale.

Se va institui astfel o hidronefroză, în cazul unei retenții acute neinfectate și o pionefroză în retențiile vechi piurice. Formarea de calculi secundari la nivelul căilor excretore deasemeni nu e rară. Consecutiv stricturii vom avea reacțiuni și din partea țesuturilor din vecinătate. Hematomul pro-

duș prin traumatism nu va întârzia în a supura și a se deschide fie în lumenul uretral fie la exterior.

Vor rezulta astfel abcese și flegmoane periuretrale și perineale ce vor conduce la instituirea fistulelor urinare.

Bolnavii vor prezenta atunci simptome de ordin local ca: tumoră, supurațiuni, evacuări spontane de urină, retenție, disurie și dureri; apoi simptome generale ca: febră, tachicardie, grețuri, vărsături și frisoane. Când abcesele sunt mari prin resorbție sanghină, produsă prin ruperea unui vas, infecțiunea se generalizează dând naștere la septicemii, ce pot fi fatale.

Diagnosticul și diagnosticul diferențial.

Diagnosticul unei stricturi nu este greu de precizat. În stricturile traumatiche, antecedentele sunt de o importanță covârșitoare, față de celelalte stricturi. Diagnosticul stricturii din porțiunea peniană se pune ușor prin palpația blocului cicatricial, care aduce toate turburările urinare în cauză.

Precisarea diagnosticului stricturilor din uretra membranoasă și prostatică se face cu exploratorul cu bulă, conică și olivară al lui *Guyon*, care ne indică sediul, mărimea și eventual numărul stricturilor.

Stricturile mai reduse, cari nu obstruiază conductul uretral, se pot diagnostica prin simplul sondaj întrebuițând sonde filiforme. Introducem încet sonda semi-tare și când simțim un obstacol în acel loc, se va găsi strictura.

Putem măsura lungimea unei stricturi luând dela locul unde am întâlnit rezistența în calea sondei o distanță egală cu aceea în care sondă înaintază cu greutate. Când sonda înaintază iar ușor, însemnăm locul și continuăm sondajul. Sonda retrasă afară arată distanța parcursă dealungul stricturii, dela locul întâlnirii obstacolului cu semnul făcut pe sondă. Distanța de pe sondă, indică cu precizie lungimea stricturii. Când strictura este pe porțiunea membranoasă sau prostatică a uretrei, se stabilește diagnosticul prin tușeul rectal, prin exploratorul cu bulă sau prin bitușeul uretro perineal.

Semnele clinice caracteristice stricturii încă pot aduce un aport pentru recunoaşterea lor.

Se va recurge întotdeauna la uretrografia ascendentă și descendentă atunci când sediul și forma stricturii nu ne este cunoscută. Uretrografia micțională executată prin oricare substanță opacă ne va indica numai tulburări în dinamismul funcțional al vezicii și imaginea uretrei anterioare. Uretra posterioară fiind mascată de țesuturile din jur și fiind de forma unui tub scleros nu se desemnează. Uretrografia ascendentă executată prin meat sau puțin prin orificiile fistulare se impune.

Diagnosticul diferențial al stricturilor traumatice este ușor de făcut, față de celelalte feluri de stricturi. Anamneza totdeauna indică traumatismul în cauză.

Rapiditatea cu care se formează strictura, pledează pentru o strictură traumatică, ceea ce nu se întâmplă în cazul stricturilor inflamatorii și în special a celor blenoragice.

Întâmpină serioase greutăți precizarea diagnosticului când o uretră patologică suferă și un traumatism. În aceste cazuri speciale, stricturile recunosc o etiologie mixtă.

Stricturile blenoragice se instalează întotdeauna lent progresiv și cu mult mai târziu, ceea ce e contrariu cu cele traumatice.

Stricturile traumatice ale uretrei se diferențiază ușor de hipertrofiile de prostata sau abcesele prostatice prin simplu tușeu rectal, care ne evidențiază o prostată mult mărită.

Calculoza renală primară sau secundară, dând calculi cari emigrează, ajung în conductul uretral și dau naștere la fenomene de retenție urinară. Pentru a diferenția calculi de o strictură, uretroscopia ne precizează cu ușurință diagnosticul, cu toate fenomenele existente, cari imită simptomele unei stricturi sp. ex. dureri, hematurie, retenție etc.

În cazurile retenției urinare, diagnosticul diferențial e ușor de făcut cu polipi ai vezicii sau un papilom vesical care obstruiază orificiul uretral. Cistoscopia precizează diagnosticul.

În epiteliomale primare ale uretrei diagnosticul față de o strictură e ușor de precizat, luând în considerație vârsta individului și hematurii discrete continue. Uretroscopia este aceea care precizează diagnosticul.

Diagnosticul este mai greu de precizat, când sunt spasme ale uretrei. Spasmele uretrei provin cu ușurință la neurastenici, iar sfigterii externi și intern opun o mare rezistență pasajului cateterelor.

S-a observat însă, spasme și în alte părți ale uretrei la indivizi cu sistemul nervos nealterat, dar cari se produc la bolnavii uretrali cronici, cărora li se repetă prea des cateterismul. *Neuhaus* recomandă în spasmele uretrei, să se facă un cateterism forțat la locul obstacolului, după care durerea împreună cu spasmul dispar.

Pentru a preveni producerea spasmelor uretrale se recomandă întrebuințarea sondelor subțiri.

Prognosticul.

Prognosticul stricturilor traumatice în general este în funcție de timpul când bolnavului i s'a instituit tratamentul și de îngrijirile primite.

Proгноza unui stricturat e în legătură cu graul stricturii, care când e mare va influența asupra celorlalte organe ale aparatului urinar, în rău.

Dacă nu s'a produs nici-o infecțiune sau complicațiune, stricturatul are șansa de a fi ameliorat, deși de multe ori toată viața trebuie să urmeze un tratament.

Când însă strictura nu e gravă, iar bolnavul s'a prezentat imediat după accident pentru a fi tratat el are șansa de a se vindeca.

Stricturile traumatice nu cedează dilatărilor continuii și progresive, din cauza infiltratelor formate din țesut fibros, care dă stricturii o duritate lemnoasă.

Tratamentul la un stricturat fiind instituit târziu, din cauza infecțiilor inevitabile, prognosticul devine grav, mai ales când infecția urinară s'a propagat la rinichi, dând pyelonefrite sau pyo-nefroze.

În concluzie prognosticul depinde de gradul stricturii și de timpul când s'a instituit tratamentul.

La bolnavii cu infecții urinare se va lua în considerare și modificările de ordin mecanic, pe cari le suferă organele aparatului urinar și cari întunecă prognosticul.

Azi, grație arsenalului de instrumente și de substanțe medicamentoase numărul cazurilor cu prognostic foarte grav sau redus foarte mult.

În Clinica Urologică din Cluj aproape toate cazurile bolnavilor cu stricturi traumatice sau ameliorat, grație stăruinței și tratamentului adecvat.

Tratamentul stricturilor traumatice.

De multă vreme s'a cunoscut tratamentul stricturilor, însă rezultatele obținute erau mediocre. În decursul timpului, tratamentul grație evoluției medicinei și perfecționării instrumentelor, s'a schimbat, obținând recent însemnate ameliorări, în cazurile grave și vindecări în cele mai ușoare.

Dilatația a fost prima metodă urmată în tratamentul stricturilor tratate. În special cele gonococice sunt bine influențate, pe când cele bacilare sunt mai rău. Pentru a se face dilatarea, strictura trebuie să fie permeabilă bugiului.

Se poate face dilatarea uretrei stricturate, prin glicerină sau novocaină injectate sub presiune, aceste substanțe ținând locul unui adevărat bugiu.

Schleyt propune pentru a produce dilatarea, introducerea unei canule neascuțite, până la strictură și injectarea de adrenalină 1‰ și cocaină 4%. Se continuă apoi pomparea acestor soluțiuni, până reușim a introduce cateterul în vezică.

Sunt metode ce nu utilizează soluții anestezice.

Când cateterul nu pătrunde în vezică, din cauza stricturii, ce nu e așezată excentric, ne servim pentru dilatări, de o sondă curbată special, sau de uretroscopie cu irigație de apă, până găsim orificiul.

Bolnavul se lasă 12—24 ore pentruca prin prezența lui să producă excitațiunea uretrei și consecutiv dilatarea ei. Bolnavii pot să evacueze urina pe lângă bugiu.

În cazurile când, urina analizată prezintă reziduu, fiind prezentă o infecție, se va elimina bugiul, iar când urina nu va fi infectată, bugiul se va lăsa pe loc.

Sondele mai groase, se țin 15 minute, timpul necesar, pentru a dispărea reacția introducerii unui bugiu, la sondajele

repetate. Bugiurile sunt făcute din mătase și nu sunt perforate.

Bugiurile de mătase se întrebuințează numai până la 16 charrière, iar peste acest număr sunt utilizate sondele de metal *Dittel* sau *Beniqué*.

Nu se va forța introducerea lor. Beniqué-urile se vor întrebuința până la 25 Charrière, apoi se vor trata eventualele infecțiuni urinare.

Dilatațiunea se poate face și cu dilatatoarele *Kollman*, *Pretorius* și *Vassidle*. În aceste cazuri se vor evita dilatațiunea sfincterelor uretrale.

Dilatarea cu irigație redă rapid elasticitatea uretrei, fiind că infiltratele se resorb mai ușor.

Bolnavul va rămâne mai mulți ani sub controlul medical și va fi examinat la început la 4 luni odată, iar mai târziu, la 6 luni, pentru a se controla eventualele recidive. Cu cât stricturile sunt așezate mai posterior, cu atât ele sunt mai greu de tratat și dau recidive mai frecvente.

În timpul dilatării se pot ivi și complicațiuni: febră, epididimite, hemoragii repetate cât și dureri.

Când se crează căi false prin sondaj se va face un repaus de 8—10 zile și numai după aceea se vor relua cu o sondă mai groasă.

Rezultatele nu sunt de obicei stabile, recidivele fiind frecvente.

Toate aceste metode de tratament sunt încadrate în dilatațiunile lente.

Când se urmărește dilatațiunea bruscă se introduc sonde din ce în ce mai groase; însă din cauza maltratărei uretrei, azi nu se mai practică.

Altă metodă dilatatorie este, dilatația continuativă, care se întrebuințează numai când doriim a obține rezultate rapide.

Fort a imaginat un procedeu ce constă în introducerea unui bugiu filiform în uretră ce se lasă timp de 24 ore. După aceea se ia o altă sondă mai groasă, care se adaptează la bugiu și se introduce în uretră.

O metodă mai nouă, este electroliza, ce se practică în Anglia, America și Franța. Azi și acest procedeu se întrebuințează foarte puțin sau chiar deloc.

Electroliza este de două feluri: lineară și circulară *Fort.* în electroliza lineară, unuza un bugiu filiform, care trecea prin structură, introducând la urmă electrodul.

Neuman în electroliza circulară, întrebuița un instrument în formă de cateter cu electrod olivar la vârl, cu care ajunge până la strictură, fără a trece prin ea. Prin aceasta, infiltratele se reduc și vindecarea se face mai repede. Nici acest procedeu nu mai e utilizat, decât foarte rar.

S'a încercat cauterizarea stricturei, dar deși s'au observat rezultate destul de bune imediate, complicațiunile se iveau în număr mare mai târziu.

Paralel cu evoluția și perfecționarea tehnicei, s'au îmbunătățit rezultatele tratamentului.

Tratamentul uretosopic se întrebuițează la stricturile în formă de clapă, buzunare sau în bandă, cari sunt aproape toate de origine congenitală. În aceste cazuri se întrebuițează, termocauterul electro-cauterul sau curenții de înaltă frecvență. În timpul din urmă se practică introducerea în uretră a sondelor încălzite prin electricitate și se fac spălături calde prin sonde metalice goale.

Se utilizează apoi dialermia, masajul și fibrolisina.

Peyer introduce în uretra stricturată, soluție de pepsină. *Pregol*, care digeră țesutul fibros cicatricial format de curând.

Această metodă până în prezent nu este definitiv clarificată. Pe lângă aceste varietăți de tratament s'au încercat tratarea stricturilor, prin metode chirurgicale.

O metodă sângerândă, cunoscută din timpurile cele mai vechi, și care s'a întrebuițat foarte mult, a fost uretrotomia internă. Constă în secționarea părții stricturate a uretrei, cu uretrotomia. Se practică uretrotomia ante și retrogradă. Acest procedeu s'a utilizat pentru orice fel de structură. Azi însă, e pe cale de a dispărea, în cauza, pericolului hemoragiei, a infecției consecutive și a recidivelor rapide. *Fewwich* și *Thompson* au avut în urma hemoragiilor, cazuri mortale.

Dificultatea acestei metode este, imposibilitatea de a face controlul blocului cicatricial, dacă e anterior sau posterior, neștiind cum îl secționăm.

Deasemenea, se poate leza plexul lui *Santortni*, așezat pe peretele uretral superior. Hemoragiile grave se produc mai întotdeauna înaintea sfincterului extern și dacă survine-

o infecțiune, bolnavul este supus inflamațiilor locale cari agravează prognosticul.

În afară de acestea, pot să se ivească complicațiuni mai grave, formându-se infiltrațiuni de urină, abcese periuretrale, piemie, febră și complicațiuni la distanță ca: cisuțe, pielite etc.

În uretrotomia cu secțiuni multiple recidivele sunt frecvente fiind nevoie să repețim operațiunea, de mai multe ori.

Uretrotomia externă au făcut-o și popoarele sălbatice, fiind mai cunoscută de două-trei sute de ani. Numeroși chirurghi ca: *Grégory, Cardano, Durante, Sacchi* și de *Syme*, au practicat mult timp această metodă.

Operațiunea constă, în secțiunea uretrei de din afară, înăuntru cu sau fără conductor. Se deschide uretra pe perețele inferior, cu tendința ca prin desfacerea blocului cicatricial să introducem un cateter în vezică. Pentru găsirea uretrei, se introduce o sondă pe canal, până la stricTURă și se deschide uretra pre sau retrostrictural.

Uretrotomia externă e mai dificilă în aparență decât cea internă, necesitând tehnică chirurgicală.

Wheelhouse, deschide uretra înaintea stricturei. După ce s'a deschis, se depărtează buzele uretrei și se caută cu o sondă filiformă orificiul strictural. Găsirea, de multe ori se face cu greutate, sau nu se găsește deloc. În aceste cazuri exercităm presiuni prin rect sau perineu, pentru a scoate câteva picături de urină, colorată prin albastru de meliteu, injectat înaintea operațiunei.

Când și această încercare nu dă rezultate, se pătrunde prin calusul cicatricial cu mare atențiune, pentru a preveni hemoragiile. Cu mai mult succes se va încerca, deschiderea uretrei înapoia stricturei, făcându-se sondaj retrograd. Incizia perineală se va face în formă de semilună, urmând procedeul lui *Lys*. Este procedeul cel mai utilizat.

După striturectomie, se introduce un cateter pe timp de 2—3 săptămâni și se refac planurile. Când există fistule sau infecțiuni, nu se suturează buzele plăgei.

Dilatarea stricturei după uretrotomia externă, se face la fel ca la cea internă prin sonde dilatoare.

Uretrotomia externă își găsește aplicațiuni: în stricturile infranșabile, în fistulele uretrale căi false, flegmoane urinare, staze urinare și infecțiuni ale căilor urinare superioare.

Mortalitatea în uretrotomia externă, este de 13—14%. Această operațiune nu este grea și rezultatele obținute sunt superioare, uretrotomiei interne, prin faptul că recidivele sunt, mai rare.

De curând, *Guyon* și școala lui practică rezecția totală și refacerea uretrei, lăsând în prealabil o sondă „a demeure”. Uretra se regenerează împreună cu mucoasa și corpii cavernoși. Nu se regenerează musculatura. Pericolul intervențiunii este supurațiunea.

Înainte de a proceda la intervențiune, uretra se va pune în repaus, practicându-se sondaje sau sonde à demeure.

Chirurgi de seamă ca: *Toma Ionescu*, *Lenormant* și *Murion* au pus bazele cistostomiei, drenând vezica cu două sonde *Pezzer*, pentru a pune uretra în repaus.

Guyon și *Albaran* recomandă rezecția parțială a stricturii, deoarece le cea totală, rămân defecte mari. Ei caută să mențină, întotdeauna peretele uretral superior.

Deosebim două feluri de rezecțiuni. *Guyon* și *Albaran* practică rezecția cu mobilizarea bonturilor și sutura primară, alții după ce fac rezecția uretrei recurg la plastie.

În rezecția cu mobilizarea bonturilor și sutura primară, cistostomia executată în primul timp se impune.

Când sunt abcese perineale sau uretrale, intervenția se practică în doi timpi, altfel se poate face într'un singur timp. Înainte de operație se introduce retrograd o sondă de metal până la strictură. Se secționează partea sănătoasă a uretrei și se rezecă porțiunea cu strictură.

Mobilizarea bonturilor, necesită grija de a nu se produce leziuni ale corpilor spongioși. Peretele ventral al uretrei se decaleză ușor, însă cel dorsal sau superior, fiind concreșcut cu albuginea corpilor spongioși, e foarte greu de decalat.

După mobilizare se caută a-le apropia și pentru a se evita tracțiunile prea mari, se vor fixa mai întâiu de părțile moi apropiate, prin suturi laterale.

Unirea bonturilor, se face prin suturi circulare cu fire de catgut. Mucoasa nu se prinde în sutură, iar nodurile se vor face în așa fel încât să nu fie în lumenul uretral. Apoi

se extrage sonda după 24 ore și timp de 2 săptămâni nu se introduce în uretră nici un alt cateter.

S'a observat că stricturile inflamatorii, dau defecte mai mari decât cele traumatiche. Cu cât uretra se destinde mai mult, cu atât rezecția poate fi mai mare.

După rezecție, penisul în erecție rămâne încurbat, iar raporturile sexuale devin imposibile.

Când mobilizarea bonturilor nu reușește, se execută mobilizarea penisului după procedeul lui *Eckehorn*, bonturile fixându-se într'o poziție nouă; deasemenea, când există defecte mari în canalul uretral.

În defecte mari, când este imposibilă unirea bonturilor, *Eckehorn* recomandă decalarea penisului și a uretrei, făcând o incizie arciformă, situată pe scrot și penis cu concavitatea anterioară.

Nu se va inciza ligamentul suspensor și ligamentul simfizei. *Eckehorn* a reușit, că astfel să coboare penisul și uretra ceva mai jos, mai proximal, încât unirea bonturilor devine posibilă.

Avantajul acestui procedeu este înlăturarea recidivelor. Reușita deplină depinde de vindecarea suturilor per primam intenționem. Metoda stricturectomiei prin plastică, are mai multe procedee chirurgicale.

Unul din acestea, este plastică pediculată, care se execută, când procedeul mobilizării bonturilor nu dă rezultate. Avantajul mare, este închiderea eventualelor fistule, printr'un lambou de piele. Desavantajul este dificultatea execuției: *Stettner* a imaginat procedeul de mai sus.

Rochet face plastică utilizând lambouri de pe scrot. După numeroase experiențe, s'au întrebuințat lambouri de pe penis, abdomen, perineu și chiar de pe coapsă. Înainte de a fi utilizate, lambourile se depilează prin electroliză.

Pentru o bună reușită a plastiei, lamboul trebuie să fie mult mai mare decât defectul de corectat și foarte bine nutrit.

Kroh a descris un procedeu, utilizând pielea coapsei stângi de pe care ia un lambou lung, de 8 cm și lat de 3 cm. Acest lambou l-a legat cu bontul proximal al uretrei; iar în timpul al doilea operatorul îl unește și cu cel distal. Tubul preparat din piele este înfășurat pe un cateter. Trebuie observat ca bonturile să închidă bine plastică.

Bazat pe aceste considerațiuni, *Budde* a executat un alt procedeu chirurgical.

Evidențiind bonturile uretrale a excizat din partea anterioară a scrotului, un lambou de formă patrulateră, având 3 cm lățime, fiind cu mult mai lung decât defectul uretral. Acest lambou, îl coase pe un cateter și formează un tub. La excisia lamboului se va căuta ca să aibă cât mai puțin țesut celular subcutan. Tubul astfel format se imobilizează, printr'un lung pedicul subcutanat. Evita, orice tei de tracțiun ale pedicului. Face sutura pielii, și trage tubul ca o punte între cele două bonturi.

În urma bonturile se fixează prin ligaturi circulare, cari se vor trece prin epitelii.

Avantajele procedurii lui *Budde* sunt însemnate. Locul plastiei este bun și extensibil la erecția penisului.

Pediculul subcutanat întreține o bună nutriție și o mișcare a transplantului. Operațiunea se poate executa și într'un singur timp având marele avantaj, de a putea fi executată atât la uretra anterioară cât și la cea posterioară.

Niedermeyer practica o altă metodă de rezecție comună și tratamentului hipospadiozei. Porțiunea stricturată a uretrei o transformă în hipospadias chirurgical, scoțând la suprafață bonturile și apoi le unește printr'un transplant luat din pielea muntelui lui Venus.

Pentru a reuși deplin, penisul se culcă pentru câțva timp în sus, iar apoi după pierderea plastiei, se eliberează.

Chirurgia modernă de azi, evoluând întrebuințează și transplantele libere. Aceste transplantele pot fi autotransplant când e luat chiar dela individul bolnav. Când însă e luat dela un alt individ operațiunea e numită homoplastie, iar când transplantul e luat dela un animal operația ia numele de heteroplastie. Operația de autoplastie a executat-o *Nove-Gosseland*, care așează lamboul lui *Tiersch*, în jurul unui cateter, și-l pune la defect, după ce a făcut transplantului, un prealabil tunel, în care e așezat.

Kroch și *Hochmeyer* au făcut transplantele sub forma unor tuburi din fascia lata, care se epitelizează.

Legueu, *Wöfler* utilizează ca homotransplant mucoasa vaginală. Alți chirurghi ca: *Walker*, *Mensel*, au utilizat mucoasa cavității bucale și a buzelor iar *Tanton* și *Legueu* mucoasa

uterină a uterului prolabat. *Rotchild și Schmieden* au utilizat mucoasa ureterală ca homotransplant etc.

S'au utilizat deasemenea transplantării arteriale și venoase, luate dela diferite animale.

Heteroplastie a făcut *Prungle* care a utilizat uretra bovină iar *Vanderer și Iselin* aorta, luată dela câini.

Din toate varietățile de plasti cele mai bune s'au arătat autoplastiile făcute cu transplante luate din mucoasa vaginală, uretră și apendice. Totdeauna se va îndepărta țesutul cicatricial, ce nu asigură nutriția transplantului. E necesară o perfectă hemostază.

Bugiurile se vor evita timp îndelungat. Complicațiunile cari se ivesc uneori, se produc la punctul de sutură al transplantului, alteori la distanță constând din supurațiuni, fistule, cistită, pielonefrită etc.

Bazy, Marion și Gayet au practicat, transplantarea venoasă, cu segmente luate din perețele venei safene, dar rezultatele n'au fost încurajatoare.

Se pare că metoda lui *Budde* este cea mai bună. În timpul din urmă s'a observat că tratamentul stricturilor nu se poate face după o normă precisă din cauza diferitelor leziuni produse prin traumatisme.

Clinica urologică din Cluj de sub conducerea Dlui *Prof. Dr. Țeposu* a adoptat o metodă de conduită terapeutică bine studiată. În cazurile ușoare, când strictura nu e prea pronunțată și nu există complicațiuni locale, sau la distanță în aparatul urinar, se practică tratamentul conservativ. Constă din desinfectante urinare administrate fie per os sau în injecții, repaus la pat, spălături ușoare uretro-vezicale, și dilatațiuni progresive. În primele zile, bugiul dilator se fixează demeuze pentru 24—49 ore apoi tot din două, trei zile progresiv, se dilată strictura timp de 15—20 minute cu bugiuri și filiforme moi. În cazurile combinate, cu prostatită, bolnavul primește dimineața *Artzberger*, iar seara clismă rectală cu antipirină. Tot la două zile masaje prostatice.

Calibrarea deși se va produce rapid, nu se va forța timpul necesar între o dilatație și alta.

În cazurile de stricturi infranșabile cu complicațiuni locale și la distanță, după încercări nereușite de cataterism

se practică în primul timp cistostomia cu drenajul vezical prin două sonde *Pezzer*.

Se încearcă întotdeauna sondajul retrograd, care de cele mai multe ori, în urma perfecte anestezi produse, reușește. Astfel sonda, care poate fi un număr destul de mare, se fixează pe loc pentru a servi de conducător altor sonde viitoare ce se vor aplica. Se leagă astfel la extremitatea distală prin un fir de mătase sonda fixată, de aceea ce o va înlocui, și prin tunelizare o vom schimba cu una de calibru mai mare. Căzul astfel, se va rezolva în condițiunile cele mai favorabile.

Dacă sondajul retrograd nu reușește atunci se lasă bolnavul în repaus, până la o refacere completă.

În cazul supurațiunilor locale se va face în același timp, o evacuare a colecției purulente cu debridarea regiunii.

Se remontează apoi bolnavul prin cardiotonice ser glucosaz, desinfectante urinare și tratament local pentru a-l face apt timpului doi al intervenției.

Urmează apoi refacerea uretrei, care dacă nu e posibilă, din cauza țesutului fibro-scleros și cicatricial, se va recurge la rezecția parțială sau totală de uretră și plastic.

În cazurile noastre s'au făcut 4 rezecții parțiale și 3 totale. În cele parțiale, plastia a fost cu lambou din vecinătate; iar în cele totale, s'a făcut sutura cap la cap, bonturile uretrale, fiind suficient de libere.

S'a ajuns astfel, în urma acestei conduite a se rezolva favorabil, cele mai dificile cazuri, în cari timpul lung n'a jucat cel mai mic rol.

Observațiuni clinice asupra cazurilor cu stricturi traumatice tratate în Clinica Urologică din Cluj.

OBSERVAȚIUNEA I.

Bolnavul F. D. în vârstă de 34 ani intră în serviciul clinicii, la 19 Noembrie 1920.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: Nu prezintă anomalii de dezvoltare. Neagă boli infecto-contagioase și venerice. A fost rănit

în războiul mondial, la umărul drept și la cap. Nu e alcoolic și fumător.

Debutul și istoricul boalei actuale: Bolnavul spune că pe la sfârșitul lunii Maiu 1920 după o petrecere, un individ turmentat l-a lovit cu piciorul în regiunea perineală și la organele genitale. A căzut jos de durere și la 4—5 zile în urmă a prezentat hematurii, ce au fost oprite de un medic. De atunci a început să urineze, din ce în ce mai greu cu sforțări și dureri mari. În Iulie 1930 micțiunile au devenit foarte dificile. S'a prezentat la clinica Urologică, unde a fost tratat timp de 10 zile făcându-i-se dilatări progresive. La plecare a putut urina bine dar micțiunile din nou devin dificile.

Examenul local: Uretra permeabilă pentru bugiul Nr. 4. Prin palpate externă se simte aproape de bulb, o îngroșare dură fibroasă a uretrei în formă de inel. Micțiunile se fac cu eforturi mari dureroase, jetul fiind subțire și fără forță de proiecțiune, redus aproape la picătură.

Tratament. Se supune bolnavul intervențiunii chirurgicale. Dl Dr. *Țeposu* ajutat de Docent D.r *Nichita* execută, uretrotomie internă, fixându-se sonda uretrală. Zilnic i se administrează desinfectante urinare per os și în injecții. După 2—3 zile părăsește clinica ameliorat. Uretra fiind permeabilă pentru Nr. 18 Charrière, iar micțiunea decurgând în condițiuni bune.

OBSERVAȚIUNEA II-a.

Bolnavul S. M. de 44 ani, econom a intrat în clinică la 6 Iunie 1922.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: Neagă maladii venerice, este alcoolic și tabagic moderat.

Debutul și istoricul boalei actuale: Boala actuală, datează din Ianuarie 1922, când bolnavul alunecând din imprudență, s'a lovit de un lemn în regiunea perineală. Imediat după accident observă sânge în jetul urinar. Își pune comprese reci pe regiunea perineală, hematuria încetând. Mai târziu însă revine sub formă de picături la sfârșitul micțiunii care este dificilă și dureroasă.

După 3 săptămâni dela accident, prezintă pentru prima oară retenție, completă de urină. În stare gravă, e internat de aparținători în clinica Urologică din Cluj.

Examenul local: Se constată la inspecție globul vezical ce se ridică până aproape de ombilic, având formă ovală, regulată de consistență elastică. Organele genitale de aspect și configurație normală.

Inercând cateterismul uretral, uretra în partea membranoasă, nu permite introducerea nici a celui mai mic filiform.

Tratament: În aceste condițiuni se face în primul rând punșiunea vezicii și apoi uretrotomia externă. Operator: Prof. Dr. Țeposu. Ajutor Dr. Roth.

După 18 zile bolnavul părăsește clinica cu plaga vindecată, uretra fiind permeabilă pentru Nr. 18 Charriere.

OBSERVAȚIUNEA III-a.

Bolnavul M. M. de 21 ani intră în clinică la 4 Sept. 1922.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: Neagă bolile venerice și infecto-contagioase.

Debutul și istoricul boalei: Boala actuală datează din 1916 când a căzut de pe cal fiind lovit în cădere, cu piciorul în scrotul perineal. A avut o puternică hemoragie cu care s'a prezentat la spitalul din Dej unde i s'a făcut două operațiuni de uretrotomie externă. După aceasta bolnavul s'a dus acasă, însă revenind retenția, s'a prezentat la clinică din nou unde i s'au făcut alte 3 intervențiuni de debridare la locul traumatizat. După aceasta, bolnavul s'a simțit bine, până acum două săptămâni când din nou a prezentat retenție completă de urină pentru care s'a internat în clinica urologică.

Semne funcționale: micțiuni neregulate și dureroase.

Examenul local: Se constată o vezică ce bombează și ajunge până la două degete sub ombilic. Organele genitale externe normal dezvoltate. Pe scrot se observă mai multe cicatrici.

La cateterizarea abea se poate introduce un filiform Nr. 8 prin care se evacuează urina. Uretra prezintă, cicatrizări pe întregul traect. Tușeul rectal negativ.

Diagnosticul: Stricturi uretrale filiforme de natură traumatică.

Tratament: Chirurgical făcut de Dl Prof. Teposu ajutat de Dl Dr. Filipescu la 16. IX. 1922 a constatat din uretrotomie externă cu rezecția parțială de uretră și refacerea ei.

La 8 Octombrie bolnavul părăsește clinica ameliorat cu plaga aproape vindecată.

Revine la 11 Decembrie 1922 în serviciul clinicii cu fistulă uretrală peno-scrotală. Urinează prin meat și prin fistulă. La 15 Decembrie 1922 părăsește clinica fără a i se face vre-o intervenție. La 28 Decembrie 1923 revine cu retenție completă de urină și cu dureri mari. La palpație și percuție se constată o vezică ce bombează și ajunge până la două degete sub ombilic, aflându-se sub o mare tensiune. Se pune diagnosticul de fistulă perineală post strictură traumatică.

Se intervine chirurgical la 28 Decembrie 1923, făcându-se cistostomie pentru drenajul vezical, și punerea uretrei în repaus. În 29 Ianuarie 1924 se face rezecția uretrei stricturate și refacerea prin sutură cap la cap. Starea bolnavului se ameliorează, iar în 23 Martie 1924 părăsește clinica pe cale de vindecare. Revine la 1 Februarie 1928 acuzând dificultăți la micțiune și fiind alarmat de reapariție fistulei urinare perineo-scrotale. Incercându-se cateterismul uretrei, nu se poate face nici cu o sondă filiformă. Se procedează la o recistostomie în aceeași zi. Iar la 16 Martie 1928 se face o nouă uretrotomie perineală și sondajul uretrei. Părăsește clinica la 12 Aprilie 1928 pe cale de vindecare cu indicațiunea de a urma un tratament ambulatoriu tot la 2—3 luni.

OBSERVAȚIUNEA IV-a.

Bolnavul U. I. de 62 ani, plugar, intră în clinică la 31 Maiu 1923. =

Antecedente heredo-colaterale, fără importanță.

Antecedente personale: neagă maladiile infecto-contagioase și dermato-venerice.

În 1917 a suferit un traumatism, fiind călcat de un car cu fân, sdobindu-i uretra anterioară. Se instalează imediat, la nivelul unghiului scoto-perineal, o fistulă uretrală, pe unde se evacuiază urina. Este internat și tratat în consecință, la un spital din Budapesta, unde i-se închide traeciul fistulos.

După câteva luni, încă în vara aceluși an, micțiunea începe a fi dificilă, întărită și dureroasă trebuind uneori să ia

diuretice și să facă băi calde, pentru a-și evacua conținutul vesical. Urina devine tulbură și cu multe filamențe, nefiind niciodată hematurică.

În alte câteva săptămâni, se instalează retenție incompletă de urină, pentru care fapt, caută intervenție în serviciul clinicii Urologice.

La examinarea făcută s'a constatat, o cicatrice operatorie pe linia mediană, la nivelul uretrei bulbare. În rest nimic deosebit. Bolnavul urinează foarte greu și numai picătură cu picătură. Orice încercare de a introduce vreun filiform eșuață, producând sângerare abundentă, oprit, la nivelul uretrei bulbare.

După o prealabilă cistostomie, executată de Dnul Prof. Dr. E. Țeposu pentru punerea uretrei în repaus, se intervine de către Dnul Prof. Dr. Iacoboviciu pentru rezecția parțială a uretrei și plastie.

Plaga perineală se vindecă după 29 zile, când se face o nouă intervenție, tot de către Dnul Prof. Dr. Iacoboviciu și Dl Prof. Dr. Țeposu — și anume prostatectomie, procedeul Freejer. După 3 luni, bolnavul părăsește clinica pe cale de vindecare. Uretra permeabilă pentru sonda No. 20 Charriere, iar micțiunea decurgând în condițiuni normale.

OBSERVAȚIUNEA V-a.

Bolnavul M. M. de 21 ani, intră în clinică la 4 Sept 1932. Antecedente heredo-colaterale, fără importanță.

Antecedente personale; neagă bolile infecto-contagioase și venerice.

Debutul și istoricul boalei. Boala actuală datează din 1916 când a căzut de pe cal, fiind lovit încădere, cu piciorul în scrotul perineal. A avut o puternică hemoragie, cu care s'a prezentat la spitalul din Dej, unde i s'a făcut două operațiuni de uretrotomie externă.

După aceasta bolnavul s'a dus acasă, însă revenind retenția, s'a prezentat la clinică din nou, unde i s'au făcut alte 3 intervențiuni de debridare la locul traumatizat. După aceasta, bolnavul s'a simțit bine, până acum două săptămâni, când din nou a prezentat retenție completă de urină, pentru care s'a internat în clinică.

Semne funcționale; micțiuni neregulate și dureroase, uneori retenție.

Examenul local. Se constată o vezică ce bombează și ajunge, până la două degete sub ombilic. Organele genitale externe, normal dezvoltate. Pe scrot se observă mai multe cicatrice. La încercarea de cateterizare, abea se poate introduce un filiform No. 8, prin care se evacuiază urina. Uretra prezintă cicatrizări pe întregul traect. Tușeul rectal negativ.

Diagnosticul; Stricturi uretrale filiforme de natură traumatică. Tratamentul chirurgical, făcut de Dl Prof. Dr. *Țeposu*, ajutat de Dl Dr. *Filipescu* la 16. IX. 1922 a constatat în uretrotomie externă, cu rezecția parțială a uretrei și refacerea ei.

La 8 Octombrie, bolnavul părăsește clinica ameliorat, cu plaga aproape vindecată. Revine la 11 Decembrie 1922 în serviciul clinicii, cu fistulă uretrală peno-scrotală. Urinează prin meat și prin fistulă. La 15 Decembrie 1922 părăsește clinica, fără a i se face vre-o intervenție.

Revine la 28 Decembrie 1923, cu retenție completă de urină și cu dureri mari. La palpație și percuție, se constată o vezică, ce bombează și ajunge până la două degete sub ombilic, aflându-se sub o mare tensiune. Le pune diagnosticul de fistulă perineală-post-strictură uretrală traumatică.

Se intervine chirurgical la 28 Decembrie 1923, făcându-se cistostomie cu drenaj vesical, prin talie hipogastrică.

În 29 Ianuarie 1924, se face rezecția uretrei stricturate și refacerea prin sutură, cap la cap. Starea bolnavului se ameliorează. În 23 Martie 1924, părăsește clinica la cerere proprie, ameliorat. Revine la 1 Februarie 1928 în clinică, plângându-se de dificultate la micțiune și de aparițiunea fistulei urinare perineo-scrotală. Încercându-se cateterismul uretrei, nu se poate face nici cu o sondă filiformă. Se procedează la o recistostomie în aceeași zi, iar la 16 Martie 1928, se face o nouă uretrotomie perineală și cateterismul uretrei.

Părăsește clinica la 12 Aprilie 1928, pe cale de vindecare, cu indicațiunea de a urma un tratament ambulatoriu tot la 2—3 luni.

OBSERVAȚIUNEA VI-a.

Bolnavul N. A. de 66 ani, muncitor intră în clinică la 21 Maiu 1924.

Antecedente heredo-colaterale, fără importanță.

Antecedente personale: neagă maladiile venerice, e alcoolice și tabagice moderat.

Debutul și istoricul boalei actuale. În luna Noemvrie, bolnavul spune că a căzut pe un trunchiu de copac, lovindu-se în regiunea perineală. După trei săptămâni, durerile sau accentuate și erau mai puternice la mijlocul distanței dintre anus și unghiul perineo-scrotal.

Ducându-se la spitalul din Abrud, a fost operat pentru abces perineal. După 6 luni, părăsește spitalul cu o fistulă uretro-perineală, la nivelul inciziei făcute, care persistă în a se închide spontan.

Internat în clinică din Cluj, se constată organele.

Uretra, prezintă în porțiunea prostatică, un obstacol, care e învins, numai cu un filiform. Pe linia mediană, se constată, două fistule punctiforme. Cea superioară este mai mare și mai profundă, iar cea inferioară, este mai mică și superficială. Tușeul rectal dă senzația unei tumorete foarte dură la bază. Se face numai tratament conservativ, întrucât se poate introduce pe canalul uretral, un filiform.

Bolnavul e afebril, starea generală bună. Când urinează, urina trece prin fistulă. Se introduce sonda No. 6 mai târziu No. 8. Se continuă cu dilatarea până la No. 10 progresiv.

Bolnavul la 9 Iunie 1924 părăsește clinica vindecat.

OBSERVAȚIUNEA VII-a.

Bolnavul A. A. de 25 ani, lăcătuș, înțără în clinică la 20 Aprilie 1926.

Antecedente heredo-colaterale, fără importanță.

Antecedente personale; neagă maladiile venerice, e tabagice și alcoolice moderat.

Debutul și istoricul boalei. Maladia actuală datează din dimineața zilei de 19 Aprilie 1926, când lucrând la un vagon, s'a rupt o scândură pe care stătea. În cădere, înștecă un drug de fier, dela o înălțime aproximativ de 1,50 m. Cuprins de dureri violente, își pierde imediat cunoștința. Trezit, a mers singur cu mare greutate vreo 500 m., distanța până la spitalul CFR., unde medicul de acolo, a încercat să-i cateterizeze uretra. Nu a putut introduce sonda până în vezică, scoțând-o înapoi plină de sânge. În această stare, nemaî putând urina, e îndrumat la clinica noastră.

Examenul local. La inspecție observăm o tumefiere enormă a regiunii perineo-scrotale, cu tegumentele fără soluțiuni de continuitate, de colorațiune roșie violacee.

La palpate, această regiune e foarte sensibilă și de consistență moale, elastică, din cauza hematomului produs. Penisul la exterior este intact, având la meat, câteva picături de sânge necoagulat. La tușeul rectal, se constată o bombare la nivelul peretelui anterior, care e fluctuantă și extrem de dureroasă. La încercarea unui sondaj ușor, sonda se oprește la nivelul porțiunii bulbare, stabilindu-se diagnosticul de traumatism al uretrei bulbare, cu un mare hematom periuretral și retenție de urină. Se decide pentru intervenție chirurgicală, astfel la 20 Aprilie 1926 Dl Prof. Dr. Teosu execută talie hipogastrică, urmată de o perineostomie și drenaj.

Bolnavul la 15 Iunie 1926, părăsește clinica vindecat urmând după 6 săptămâni a se reîntoarce pentru câteva dilatări.

Revine la 20 Iulie 1926, făcându-i-se dilatări lu sonda No. 14—18. In 25 Iulie, părăsește clinica ameliorat, pentruca la 2 August să revină în clinica a 3-a oară pentru stricturi. De aceasta dată, se reușește numai cu mare greutate, a se introduce bougiul filiform, care se fixează 48 ore. In mod crescând se introduc sonde din ce în ce mai groase, până la 20 Charriere, când din nou bolnavul părăsește clinica ameliorat.

OBSERVAȚIUNEA VIII-a. ,

Bolnavul I. A. de 68 ani, fierar, intră în clinică la 19 Maiu 1928.

Antecedente heredo-cotaterale.

Tatăl mort la 56 ani de tuberculoză pulmonară, mama moartă la 54 ani, de o boală necunoscută de bolnav.

Antecedente personale: Neagă bolile venerice și infecto-contagioase. Uzează moderat de tutun și alcool.

Debutul și istoricul boalei. Boala actuală a debutat înainte cu 6 săptămâni în urma unui traumatism al regiunii perineale. Bolnavul căzând, s'a lovit în această regiune, unde imediat a apărut o tumefacție dureroasă, de culoare violacee. Micțiunea devine dificilă cu dureri în lungul uretrei și cu eforturi mari. N'a prezentat uretroragie. Jetul urinar a devenit filiform, apoi întrerupt și în timpul din urmă, urina numai picătură cu picătură. Hematomul perineal evoluând, devine mai dur

și mai dureros, iar urina începe a se tulbura, fiind foarte murdară și hemoragică. După o zi și jumătate a observat, că cu toate eforturile făcute, nu mai poate urina...

Abdomenul se balonează, devine dureros, are temperatură și mai multe frisoane, când se prezintă clinicii noastre...

Examenul local. Organele genitale externe, de mărime și conformație normală. Uretra nu e permeabilă nici pentru bugiu filiform. În regiunea perineală, se constată o tumefacție periuretrală cât un pumn de copil, de consistență dură și foarte dureroasă. În regiunea hipogastric, abdomenul e destins, balonat și prin palpare, se delimitează o tumoră ovoidă, care ajunge până deasupra ombilicului. Semnul valului pozitiv. Se pune diagnosticul de stricturi uretrale traumatice și abces periuretral.

La 23 Maiu 1928 se face de către *Dr Prof. Teposu* cistostomie, debridare perineală și drenaj.

În ziua de 30 Maiu 1928 starea bolnavului devine gravă, temperatura se ridică la 39°, pulsul imperceptibil, bolnavul fiind dispneic, inconstient.

Sucombă cu fenomene de insuficiență cardiacă și respiratorie.

OBSERVAȚIUNEA IX-a.

Bolnavul C. N. de 39 ani, dogar, intră în clinică la 24 Decembrie 1928.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale; La 18 ani a suferit de malarie, iar în 1916, și-a fracturat brațul drept, prin armă de foc. Neagă boli venerice, nu uzează de alcool și tutun.

Debutul și istoricul boalei. Boala actuală datează de aproximativ 13 luni și a debutat în urma unui traumatism. Bolnavul lucra la tăiatul de lemne în pădure, când la un moment dat, un buștean mare, cade peste el, trântindu-l în pământ. Timp de o oră jumătate a rămas în nesimțire, fiind apoi transportat acasă. Sondat, de un medic particular după 24 ore, evacuează după 24 ore din vezică, urina hematurică.

Continuând tratamentul acasă, timp de 3 săptămâni urina se menține hematurică, apoi încetând hemoragia, prin sondă fixată „à demeure“ se elimină în continuu urină tulbură cu miros amoniacal. Între timp, cam la 2 săptămâni după acci-

dent, observă în regiunea perineală, apariția unei tumefacțiuni, care în 2 zile se deschide la exterior, evacuându-se o secreție purulentă și urină. Se instalează astfel, o fistulă uretro-perineală prin care urina se scurge spontan în afară.

Prin tratament local, constând din pansamente, spălături uretrale și băi calde, după 17 zile orificiul fistulei se închide spontan, urina eliminându-se numai prin sondă, iar mai târziu numai prin uretră. Micțiunile se mențin însă tot frecvente, atât ziua cât și noaptea, urinând tot la fiecare jumătate de oră. Se instalează astfel retenția de urină, cm la 6 săptămâni dela accident, când se internează în clinica Urologică din Cluj, cu retenție de 36 ore.

Examenul local. La inspecție se constată o batoanare în regiunea hipogastrică ce ajunge până la ombilic. Este de formă ovoidă, cât un cap de făt cu suprafața regulată, foarte sensibilă și de consistență elastică. În tușeul rectal nu se constată nimic patologic. Organele genitale de aspect și conformație normală. La nivelul unghiului peno-scrotal se observă prezența unei cicatrice abia vindecată. Sondajul vezical nu reușește.

—Tratament. Dnul Prof. Dr. Teșosu ajutat de Dl Dr. I. Mureșan execută în primul timp o cistostomie și apoi după interval de 3 săptămâni, execută rezecția de uretră cu rezecția stricturii. Bolnavul după 5 luni, părăsește clinica pe cale de vindecare. Revine la 30 August anul următor, prezentând de data aceasta o fistulă hipogastrică urinară și o fistulă uretro-perineală, ambele la nivelul vechilor cicatrice. Tratamentul constă din debridarea fistulei operatorii perineale cu plastia uretrei și închiderea orificiului abdominal în primul timp și apoi dilatări de uretră în timpul al 2-lea. Se ajunge cu calibrarea uretrei până la No. 17 Charriere.

Deși părăsește serviciul ameliorat, totuși după alte două luni, în 19 Decembrie 1929, revine din nou pentru dificultate la micțiune, polakiurie și piurie. Uretra se constată a fi permeabilă numai pentru da bugiuri filiforme.

Timp de o lună, până la 19 Ianuarie 1930 continuă tratamentul, prin dilatări și spălături totale, ajungând până la No. 23 Charrière, când părăsește serviciul.

După o lună în 21 Februarie, revine iar, prezentând aceleleaș simptome de dificultate la micțiune, însoțite de uretrora-

gie terminală. Astfel continua cu revenirea în clinică, tot la fie-care 3—4 luni pentru tratament, până în anul 1933, când poate a căutat consolare în alte servicii spitalicești.

OBSERVAȚIUNEA X-a.

Bolnavul V. B. de 30 ani, acar CFR. a intrat în clinică la: 5 Ianuarie 1931.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: A suferit un traumatism înainte cu 7 ani. Neagă boli venerice.

Debutul și istoricul boalei: Bolnavul afirmativ spune că boala datează din anul 1923, când a sărit dela înălțimea de vre-o 2 metri și s'a lovit puternic de o ușe în perineu.

În urma acestui accident nu poate ca să urineze, și timp de 3 zile, observă scurgeri sanghinolente din uretră. Se prezintă unui medic, care-i face sondaj și spălături uretrale.

Bolnavul își revine și timp de 7 ani, n'are nici-o tulburare la micțiune, până acum 7 săptămâni când constată că nu poate să urineze, are febră și frisoane repetate.

În această perioadă de retenție incompletă, jetul urinar este redus la picătură.

—Cu aceste fenomene intră în spitalul din Aiud unde urmează un tratament fără rezultat. Turburările menționându-se, bolnavul intră în serviciul clinicei noastre.

Examenul local: La inspecție se constată organele genitale normale. Pe fața ventrală a penisului se constată o mică cicatrice operatorie, iar în porțiunea perineală anterioară o altă cicatrice mai mare, lungă de 3 cm. La palparea cicatricelor, uretra este mai dură, scleroasă. Prezintă stricturi cam la 10 cm dela meat, de consistență dură, scleroase, care nu pot fi pătrunse de niciun filiform.

Tratament: Se recurge la un tratament conservativ. Zilnic urotropină i. v. Se încearcă dilatări, dar nu se reușește, până în ziua de 9 Ianuarie 1931 când se introduce o sondă filiformă, ce se fixează a demeure. Se schimbă apoi tot la 2 zile cu un calibru din ce în ce mai mare, ajungând până la Nr. 15, când bolnavul părăsește serviciul ameliorat.

OBSERVAȚIUNEA XI-a.

Bolnavul C. S. de 42 ani, decorator de teatru, se prezintă la clinică în 12 Martie 1931.

Antecedente heredo-colaterale: Ambii părinți morți de pneumonie.

Antecedente personale: Înainte cu 5 ani a suferit de o afecțiune renală, fiind internat în clinica medicală. A suferit de blenoragie acum 30 ani.

Debutul și istoricul boalei. Boala actuală datează de acum 2 ani. Bolnavul afirmativ spune că fiind urcat pe o scară la teatru, pentru punerea unor decoruri, a căzut pe o pârghie, lovindu-se în regiunea perineală. După acest traumatism, a simțit nevoia imperioasă, de-a urina, observând sânge în urină. Micțiunea se menține totuși normală fără dureri și usturimi. Starea aceasta a durat 2 săptămâni, când micțiunea devine dificilă, întârziată și dureroasă. De 2 zile urinează numai picătură cu picătură, iar în dimineața de 12 Martie 1931 observă că nu mai poate urina deloc. În această stare, având și dureri abdominale atroce, s'a prezentat clinicei noastre.

Examenul local. Se constată în regiunea hipogastrică o tumoră de mărimea unui cap de copil, ovoidă cu suprafața regulată, la palpare fiind elastică. În sus se întinde până la ombilic.

Diagnosticul: Stricturi uretrale traumatiche impermeabile.

Tratament: Se execută operația de cistostomie la 12 Martie 1931, operator Dl Dr. Iriminoiu. Iar la 3 Aprilie 1931 se face de către Dl Asistent Dr. Danicico uretrotomia externă.

Părăsește clinica la 11 Mai pe cale de vindecare. Revine după 4 săptămâni, observând că urinează din ce în ce mai greu, cu jet subțire, având impresia că nu-și golește vezica complet.

După 3 zile de executare consecutivă, se reușește a introduce un filiform Nr. 2. Urina se scurge, prin o fistulă hipogastrică, ce se formase cu o săptămână, înainte de a reveni în clinică.

După 5 zile dela internare se prezintă frisoane, dureri în hipocondru stâng, urmate de temperatură înaltă. Pentru combaterea pielitei ascendente ce o contractase și a retenției de urină, se decide cistostomia de urgență care se face la 11

Octombrie 1931 de Dl. asistent Dr. Danicico. Iar la 20 Noembrie se face sondajul retrograd, cu un bugiu Nr. 14 ce se fixează o demeuře.

Revine astfel la 1 Iulie 1933 în clinică, când pe lângă retenția incompletă de urină mai prezintă și orchiepididimită stângă. %

Părăsește clinica la 17 Iulie ameliorat.

OBSERVAȚIA XII-a

Bolnavul B. C. de 58 ani supraveghetor de uzine, a intrat în clinică la 4 Decembrie 1933.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: la vârsta de 29 ani blenoragie. Prezintă criptorhidie stângă, testicolul drept fiind normal. Pe gland și prepuș se observă o cicatrice, semilunară, decolorată. La vârsta de 7 ani a suferit un traumatism la nivelul glandului, ce-a lăsat cicatricea, cu caracterul retroactiv. A suferit și o intoxicație cronică cu plumb și vapori de anhidridă sulfurică la fabrica unde lucra.

Debutul și istoricul bolii: Boala actuală datorează de 5 ani având debut insidios.

Simte că la nivelul uretrei, se găsește un obstacol, localizat lângă meat. Acest obstacol, bolnavul presupune, că ar fi datorit cicatricei cu caracter retractil, rezultată în urma traumatismului avut la vârsta de 7 ani.

Pentru a ușura micțiunea, bolnavul făcea cu mâna mișcarea de mulgere. Deasemenea prezenta tulburări în timpul actului sexual și la ejaculare când sperma era opriită și se scurgea picătură cu picătură.

La examenul local: Meatul uretrei este stenodat și se constată la introducerea unei sonde filiforme, stricturi multiple.

Diagnosticul este: Strictura meatului uretral post-traumatism al glandului.

Tratament. Se încearcă tratament conservativ timp de 5 zile introducându-se zilnic filiforme ce se lasă: „a demeuře“ o oră.

Se intervine apoi chirurgical, făcându-se o incizie cu bisturiul electric, pe fața posterioară a meatului și pe o distanță de aproximativ 1 cm.

Se degajează meatul și se introduce cu ușurință o sondă de cauciuc Nr. 13 care se lasă „a demeure”. După 5 zile starea generală e bună bolnavul urinează cu ușurință, și fără sondă. Intre 16—24 Decembrie starea generală menținându-se bună cu 4—6 micțiuni la zi, părăsește clinica vindecat.

Discuția cazurilor.

În clinica urologică din Cluj, de sub conducerea Dlui Profesor Dr. Țeposu, din anul 1920 și până în prezent au fost 156 cazuri de stricturi uretrale, internate în clinică. Este de notat faptul că toate aceste stricturi, au fost filiforme sau infranșabile. Din acest număr, 15 cazuri sunt formate de stricturi uretrale, rezultate în urma unui traumatism uretral, deci 15% din totalul stricturilor.

Prezintă o deosebită importanță atât din punct de vedere etiologic și patologic cât și din punct de vedere terapeutic.

Toate aceste stricturi, abstractie făcând un singur caz (Obs. IX) s'au produs prin un singur traumatism direct. Are la bază lezarea parțială a uretrei, prin o exchilă osoasă, în urma unui traumatism al bazinului cu fracturi multiple. Toate traumatismele sunt în strânsă legătură cu profesiunea celor accidentați. Găsim astfel: 7 muncitori, 3 plugari, 1 fierar, 1 decorator, 1 soldat cavalerist, 1 lăcătuș și 1 mecanic C. F. R. Au fost internați în clinică în primele 3 zile după accident, 3 cazuri necesitând intervenție de urgență, iar restul între 3 luni și 7 ani. Dintre aceștia înafară de 2 bolnavi, toți prezentau la internare retenție parțială sau totală de urină, cu glob vezical și stare generală gravă, 14 dintre ei revenind de prin alte diverse servicii spitalicești.

Simptomele prezentate la intrare sunt: febră, frisoane, grețuri, retenție de urină totală sau parțială, hematurie, piurie, polatiurie, disurie, cistită, pielonefrită și supurațiuni perineo-serotale. Hematomul perineal-am întâlnit în 2 cazuri, abcesul în 4 cazuri și flegmonul

într'un singur caz. Fistule urinare, perineale și uretrale au fost prezentate la 7 cazuri.

Traumatismul a fost asupra uretrei anterioare în 3 cazuri, iar restul a interesat perineul și uretra posterioară; deci stricturile instalate, au fost: una la nivelul șanțului balano prepușial 2 la unghiul peno-scrotal, 7 în uretra bulbară, 4 la uretra membranoasă și una la nivelul celei prostatice.

Terapeutica urmată a fost conservatoare în 3 cazuri, iar operatorii la restul celorlalte stricturi.

Tratamentul conservativ a constat din repaus la pat, desinfectante urinare per os și în injecții, băi calde locale, spălături uretrale și vezicale zilnice și dilatațiuni uretrale. Primele bugiuri filiforme, introduse cu mare greutate s'au lăsat á deméure 48 ore, ajungându-se astfel până la Nr. 10 chriere în un caz, iar Nr. 15 în celelalte 2.

Tratamentul chirurgical a constat din cistostomie și incizie cu debridare perineală în primul timp, și uretrotomie externă cu sondaj retrograd sau rezecție de uretră în al 2-lea timp. S'au executat în total 8 cistostomii, 5 incizii pentru supurațiuni perineale, 7 uretrotomii externe, 4 rezecții parțiale cu plastie și 3 rezecții totale de uretră.

Calibrarea uretrei, suficientă pentru actul micțiunii, s'a produs în toate cazurile, bolnavii părăsind clinica, mult ameliorați. Un singur caz (obs. VIII-a) un bătrân de 68 ani, sucombă prin insuficiență cardiacă și respiratorie.

Complicațiunile ivite au fost cistite, pielonefrite, ușoare azotemii, infiltrațiuni locale, supurațiuni secundare și fistule urinare.

N'au revenit în clinică, după primul tratament urmat 3 bolnavi; 4 au revenit o singură dată, 3 de 2 ori, 4 de 4 ori, unul de 5 ori, întotdeauna pentru tulburările în micțiune cauzate de recidive.

Timpul de micțiune normală, între recidive, a fost în un singur caz 7 ani, restul fiind între 3 săptămâni și câteva luni. Au reapărut fistulele urinare la 5 dintre bol-

navii stricturați recidivați, prezentând simptomatologii urinare dintre cele mai grave.

Reese deci din cazurile expuse pe deplin gravitatea prezentată de traumatismele ureterale și consecințele produse în urma stricturilor instituite.

Rapid formate pot prezenta evoluțiile cele mai variate. Sunt foarte refractare tratamentului, putând fi rezolvate de către specialist numai prin o mare paciență și o indicație erapeutică caracteristică fiecărui caz. În parte la timp și bine executată.





Concluziuni.

1. Stricturile uretrale traumatice, survin totdeauna după traumatisme uretrale.

2. Mai accesibilă traumatismului este uretra peri-neo-bulbară, urmând apoi porțiunea peniană și foarte rar cea prostatică.

3. Stricturile traumatice se instalează mult mai rapid decât cele inflamatorii.

4. Frecvența asupra celor de ordin inflamator este de 15%.

5. Se produc numai la locul traumatizat, având caracteristic, sclerozarea țesutului cicatricial și rezistența la tratamentul conservativ.

6. Terapeutică în cazurile de stricturi permeabile, este conservatoare; în cele infranșabile, se impune tratamentul chirurgical, cu sau fără excizia stricturi.

7. Se recomandă în primul timp cistostomia și apoi uretrotomia externă sau plastia uretrală.

8. După vindecarea plăgilor operatorii se va continua tratamentul prin dilatarea uretrei.

9. Prognosticul bun în cazurile ușoare, e agravat în cazurile dificile, de complicațiunile mecanice și inflamatorii, ce survin asupra organelor aparatului urinar.

Văzută și bună de imprimat.

Președinte:

(ss) Prof. Dr. EMIL ȚEPOSU

Decan:

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL

Bibliografie.

1. *Albarran*. *Medicine opératoire des voies urinaires*. Paris 1919.
2. *Baron*. Ruptures interstitielles de l'urèthre et retrecissements consécutifs. *Presse medic.* No. 40 1898.
3. *Bazy*. Retrecissement traumatique tardif de l'urèthre. *Ann. des maladies org. genitourine* 1897 p. 726.
4. *Bazy*. Des retrecissement traumatiques tardif de la portion membraneuse. *Bull. et mem. dela société de chirurgie de Paris*. Tom. 13 pag. 64.
5. *Berthier*. Nouveau cas de retrecissement traumatique tardif. *Ann. des maladies des org. genitourin.* 1901, p. 840.
6. *Cluton*. Traumatic stricture in a child aged 3 yars 1887 p. 1231.
7. *Cochez*. Retrecissement traumatique de l'urèthre infranchissable. Uretrectomie et urethroraphie. Guérison. *Journal d'Urologie* Tom. 4. pag. 73. 1913.
8. *Delbet*. Deux cas de retrecissement traumatique traité par l'urethroplastie. *Bull. de l'assoc. d'urol.* 15 Sesion Paris 1911.
9. *Forster I. Cooper*. Über Striktur des Harnröhre *Guis hosp. reports* 3 Ses. vol. 23 pag. 173 — 1878.
10. *Grümbert*. Traitement actuel des retrecissements traumatique de l'urèthre. Thèse de Paris 1913.
11. *Guion*. Retrecissement traumatique de l'urèthre penien. *Ann. des maladies des org. genitourin.* 1894 Avril.
12. *Hans Boemighans*. *Der chirurgie und Orthopaedie*.
13. *Imbert*. Les retrecissements traumatiques de l'urèthre. Leurs indemnisation. *Presse medic.* 1912. No. 57.
14. *Jobart*. Retrecissement traumatique de l'urèthre. Uretrotomie interne. Mort. foudroyante *Bull. et mem. dela soc. de chirurgie* 1887 pag. 111.
15. *Keyes E. L.* Traumatic stricture trated by Pasteau's operation — *New-York med. journ. a med. record.* vol. 16 pag. 545. 1922.
16. *Lebec*. Traumatiscche Harnröhrenstriktur Harninfiltration eittrige Nephritis. *Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris* 4 Session. Tom. 2 pag. 210. 1878.
17. *Lefort*. Rupture traumatique de l'urèthre deux urethrotomies externes succesives; retrecissement infranchissable de l'urèthre-rupture spontanée du canal infiltration d'urine, troisième Urethrotomie. *Gaz. de hop. civ. et milit.* 1886. No. 15.

18. *Marshall*. Traumatic stricture of the urethra penieal section by Wheelhouse's plan. *Lancet*. 1891. p. 1042. Dec.

19. *Mayer Mr.* Traumatische Striktur der Harnröhre nach vorausgegangener Entfernung einer Klappe am Blasenhal. Obduktionsbefund nach 10 Jaeriger Erkrancung dauer Aerztl. Lachverst 1906. No. 9.

20. *Michon*. Retrecissement de l'urethre penien. *Soc. nation. de chirurg.* 1913. *Arch. gen. de chirurgie*. Tom, 5 pag. 565. 1913.

21. *Momo*. La stenosi uretrale traumatica nella legge degli infortuni sul lavoro. *Gazz. degli. ospedalie delle chir.* 1904. No. 37.

22. *Niculescu C.* Teză. București 1911.

23. *Pallazzoli*. A propos d'une observation de retreceissement traumaticque a recidives rapides post operatoires *Ann. des mal. des org. genitourin.* XIV. Session Tom. I. No. 12.

24. *Pasteau et A. Iselin*. La resection de l'urethre perineal dans les traumatiques grave du periné dans les retrecissements á lesions complexes consecutifs au traumatismes et dans les certains cas de retrecissement blenorrhagiques considérés comme incurables. *Ann. des. mal. des. org. genitourin*, Tom, 2 p. 21—24 — 1906.

25. *Pasteau et A. Iselin*: Resultats éloignes des traitements des traumatismes de l'urethre. Premier congrès de la soc. internat. d'Urologie. Paris Tom. I pag. 124 — 1921.

26. *Pearson*: A case of traumatic stricture treated by internal uretrotomy and continous dilatation. *Lancet*. 1886 p. 9.

27. *Petit J.*: Rerecissement traumaticque tardif de l'urethre. *Arch. medico-chirurgicales du Poitou* 1906.

28. *Pfeil*: Über traumatische Harnröhren verengerungen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz Inaug. Diss. Bonn, 1905.

29. *Piachaud*: Traumatische Hanröhren verengering innere Urethrotomie. *Rev. de mém. des med. et milit.* 3 Les, Tom. 18 p. 47 — 1867.

30. *Platt*: A case of excision of a traumatic stricture of the urethra. *Med. chron. Manchester*, Vol. 6, p. 340 — 1897.

31. *Post Alfred C.*: Traumatic stricture of the urethra severe inflammation extensive slouching perineal fistula succesful urethroplastic operation *Med. gaz.* vol. 7, No. 6 — 1880.

32. *Preil F. E.*: Über traumatische Harnröhreverengering mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz Mang. Diss. Bonn — 1905.

33. *Ravanier*: Traitement de retrecissements traumatiques de l'urethre membraneux. *Gaz. hebdom. med. et chirurg.* 1897, No. 81.

34. *Routier*: Rétreissement traumaticque tardif de l'urethre. *Soc. de chirurg.* 1897 Janv. 13.

35. *Schweig*: The cure of urethral stricture in one sitting. *Med. second*, 1883. Dec. 22.

36. *Șeicărescu Z. Ctin*: Stricturile uretrale traumatice la bărbați și tratamentul lor. Teză. București — 1926.

37. *Smith*: Traumatische Harnröhren striktur behandelt mit Ätzkali, *Lancet*, vol. 2 — 1868.

38. *Strieker A.*: Über traumatische Strikturen der männlichen Harnröhre and deren Behandlung Dtsch. Zeitschr. f. Chirur., Bd. 164 — 54.6.

39. *Teevan*: Traumatische Harnröhrenstriktur und zahlreiche Penisfistulen. Operation nach Otis Clin. soc. transact. Vol. 10, p. 7 — 1877. —

40. *Teleky D.*: Traumatische Striktur der weiblichen Urethra Zeischr. für. Urol(Chirur., Bd. G. S. 424—26 — 1922.

41. *Thörizahy*: Traumatische Harnröhrenstriktur äussere Urethrotomie. Journ. de Bruxel. Tom. 65 p. 403 — 1877.

42. *Thomas*: Two cas of urethrotomy of for traumatic strictura Brit. med. journ. 1902 Nov. 8.

43. *Thompson A. R.*: Traumatic stricture of the urethra in children and young subjects with some remarks concerning the immediate treatment of ruptured urethra. Brit. journ. of. childr, des vol. 17, p. 196 — 1920.

44. *Thompson A. R.*: Traumatic stricture of the urethra in children and young subjects the immediate treatment of suptured urethra. Clin. journ. 1920 No. 309 p. 1320.

45. *Ulcay*: Retrecissement traumatique de l'urethre. Rev. pratique des mal. des org. genit. 1910.

46. *Vignard E.*: Resection de l'urethre dans les cas de retrecisements traumatiques. Arch. prov. de Chirurg. Tom. I p. 90.

