

Nr. 1150.

CONSIDERAȚIUNI asupra tratamentului artritelor gonococice



TEZĂ
pentru
Doctorat în Medicină și Chirurgie

Prezentată și susținută în ziua de 1 Iulie 1937.

DE

IONEL CRIȘAN

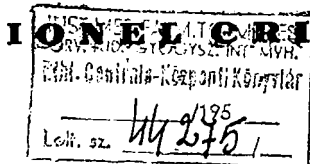
CONSIDERAȚIUNI asupra tratamentului artritelor gonococice



Doctorat in Medicină și Chirurgie

Prezentată și susținută în ziua de 1 Iulie 1937.

DE



UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan Prof. Dr. MICHAÏL D.

Profesori :

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



JURIUL DE PROMOTIE

Președinte :	D-nul Prof. Dr. C. Tătaru
” ” ”	T. Vasiliu
Membrii :	” ” ” G. Buzoianu
” ” ”	V. Bologa
” ” ”	I. Aleman
Supleant :	DI. Doc. Dr. I. Voicu

I S T O R I C

Mondor ocupându-se în cartea sa „Les arthrites gonococciques“ de autorii cari au abordat problema complicațiilor articulare cauzate de gonococ, amintește printre aceștia pe Pierre van Forest la 1507. În 1664 Martinière amintește ceva de artrita gonococică în „Traité de la Maladie Vénérienne“. În 1781 Swediaur stabilește date ceva mai precise despre acest subiect.

În 1786 în Anglia Hunter și Benjamin Brodier vorbesc despre artrita gonococică. Mai târziu Ricord (1833), Hélot (1844) și Teissier (1845) fac descrieri bune ale acestor artrite.

Anul 1879 reprezintă o dată importantă, căci atunci a fost descoperit gonococul de către Neisser. Încă înainte de această dată Féréol, Lasègue și Hervieux au fost convinși de natura infecțioasă a artritelor gonococice. În 1883 Petrone a identificat gonococul în două cazuri de artrite ale genunchiului. Wyszynirsky (1886) și alții au găsit gonococi într-o artrită sterno-claviculară.

După multiple neresușite în domeniul bacteriologic, al unor autori (Widal, Bornemann, Roux, Bumm etc.), Marcel Sée a fost acela care în 1896 în teza sa a publicat un inventar amănunțit al cazurilor în care s'a pus în evidență gonococul în articulațiile bolnave și a stabilit definitiv legătura dintre gonococ și artrita blenoragică. Cercetări numeroase confirmă acest rezultat, iar Bordoni și Ofrenduzi produc experimental artrite gonococice. În 1894 Hawes izolează prin hemocultură gonococul în două cazuri de poliartrită blenoragică.

E T I O L O G I E

Artritele gonococice sunt o complicație destul de frecventă a blenoragiei și după statistica lui Renaud s'ar produce în 3% a cazurilor de blenoragie. Agentul patogen este diplococul lui Neisser.

L. Ramond în cartea sa „Conférences de clinique médicale“ deosebește :

Cauze determinate: blenoragia uretrală la bărbat, cea vulvo-vaginală, uterină și salpingo-ovariană la femei, cea oculară la sugar. Manifestațiunile articulare apar mai ales în faza de declin a blenoragiei (ziua 15-a — 45-a), dar ele se pot produce și mult mai târziu după încetarea scurgerii (5, 7, și 24 ani, Besançon, Mathieu, Pierre-Weil și Mondor).

Cauze predispozante: vârsta (mai frecventă la adulți, dar se întâlnește și la copii și la bătrâni), sexul (mai deasă la bărbați). Calitatea și virulența microbului par a juca un rol.

Cauze ocazionale: frigul, surmenajul, dar mai ales traumatismul articular au un rol în producerea artritelor blenoragice.

A N A T O M I E P A T A L O G I C A .

Leziunile sinovialei. Sinoviala este îngroșată, de culoare roșietică-violacee, tumefiată, cu luciul dispărut, uneori asemănătoare cu mucusul intestinului strangulat. În lichidul intra-articular se găsesc flocoane de fibrină, uneori grupate în grămezi, fiind mai abundente în fundurile de sac. Într'un stadiu mai înaintat cavitatea sinovială e plină cu un lichid purulent. Se formează numeroase bride, aderențe și tracturi fibroase ce unesc pereții sinovialei.

Lichidul intrasinovial variază cantitativ de la 20-300 cc, are o culoare galbenă-închisă sau verzui, uneori fiind lactescent sau sero-purulent, alteori purulent.

Leziunile cartilajilor. Cartilajele intra-articulare se alterează rapid, leziunile lor variind foarte mult: își pierd luciul, sunt de culoare cenușie murdară, ulcerate sau perforate, ori chiar dispăr complet.

Leziunile țesuturilor peri-sinoviale. Capsula este infiltrată, îngroșată, alterațiile putând progresa până la ceea ce germanii numesc flegmon blenoragic al capsulei (Klöse). Ligamentele sunt la început destinse, ramolite și mai târziu retrăctate, osificate.

Țesurile periarticulare sunt cenușii, infiltrate, edemate, pielea îngroșată și roșie. Țesuturile conjunctive periferice se pot osifica, ducând la osificare totală (Ollier). Tecile tendinoase vecine prezintă concomitent alterații importante. Bursitele cele mai frecvente sunt cele retro-calcaneene.

Leziunile osteoperiostice. Uneori se găsesc simple periostite, dar în cazurile grave se formează veritabile tumori aderențe de periost, infiltrațiuni plastice osteoperiostice (periostoze).

Leziunile osoase după Mondor sunt destul de frecvente putând evolua ca adevărate osteomielite. Oasele sunt uneori friabile din cauza osteitei rarefiante. Alte ori se produc osteite necrozante, osteomielite acute supurate, osteomielite cavitare necrozante.

Ca o consecință a tuturor leziunilor mai sus enumerate se pot produce luxații patologice (mai ales în articulația coxofemurală), anchiloze și atrofi musculare.

FORME CLINICE

Profesorul Mondor deosebește următoarele forme clinice:

A. FORME ACUTE

a.) *Artritele fruste (artralgii)*. Când constituiesc simple epizoade trecătoare, se manifestă prin dureri vagi, tolerabile, mai intense noaptea, cu sediul în una sau mai multe articulațiuni, dispărând apoi spontan.

Când constituiesc preludiul unei veritabile artrite, durerile sunt continue, foarte intense, cu localizare felurită în genunchiu, cot, pumn, etc. Produc adesea turburări funcționale articulare.

b.) *Artritele cu epansament*, corespund hidrartrozei artro-riilor clasici. După natura exudatului articular ele pot fi simple hidrartroze (cu exudat sero-fibrinos), sau piartroze (cu exudat purulent). Simptomele clinice nu sunt în concordanță cu natura colecției, căci unele piartroze pot evolua mascat, latent, fără simptome clinice alarmante, iar altele din contra au o evoluție supraacută, amenințând cu iminente complicații septicemice. Localizarea mai frecventă este la genunchi, mai rar la cot, articulația scapulo-umerală ori tibio-tarsiană. Semnele locale sunt tumefacția, roșeața pielii, durerile foarte accentuate mai ales la mișcări, căldură locală. Tesuturile vecine (mușchii) pot fi interesate în procesul supurativ. Complicațiile cele mai grave sunt septicemiile și septico-piemiile.

c.) *Poliartritele pseudo-reumatismale*. Articulațiile pot fi interesate ori simultan, ori succesiv, fiind mai mult atinse articulațiile mici (sternoclaviculară, tibiotarsiană, etc.) decât cele mari (genunchiul).

Uneori e greu diagnosticul diferențial între o poliartrită reumatică și una blenoragică. În această privință Laségue a spus: „reumatismul articular acut linge articulațiile și mușcă codrul“, iar Mathieu: „reumatismul blenoragic linge articulațiile, dar mușcă mai ales din una“. După Fournier, aceste două forme

de poliartrită se deosebesc prin următoarele caractere mai importante: reumatismul blenoragic e precedat de o blenoragie uretrală, e mai frecvent la bărbați, afectează mai puține articulații decât cel reumatic, se vindecă mai încet și nu totdeauna complet, cauzează dureri mai moderate și uneori e indolent, în opoziție cu cel reumatic care e foarte dureros, are tendință de a forma hidrartroze, nu dă sudori ca reumatismul, nu dă complicații cardiace, pe când reumatismul acut le produce foarte frecvent, și recidivează foarte des în cursul blenoragiilor ulterioare.

d.) *Artritele flegmonoase.* Delbét spune că sunt veritabilele artrite blenoragice. Se instalează după dureri articulare vagi, sau uneori după o poliartrită. Debutul nu este totdeauna brusc, cu fenomene subiective accentuate. Adesea bolnavul acuză dureri ușoare, dar repetate și constante. Perioada de stare este net caracterizată în toate cazurile prin apariția bruscă a fenomenelor articulare localizate. Uneori în timpul somnului bolnavii simt o durere vie în articulația bolnavă, urmată la scurt interval de o tumefiere articulară destul de pronunțată. Acestor două simptome principale li se adaugă imediat deformațiunea regiunii și impotența funcțională a membrului. Pielea cores și unzătoare regiunii bolnave e roșie, întinsă, lucioasă și foarte caldă la palpate. Toate țesuturile periarticulare sunt inflamate, edemate, ceea ce contribuie la exagerarea tabloului clinic. Evoluția acestei artrite, zisă și pseudoflegmonoasă, este spre vindecare, însă nu sunt rare cazurile de anchiloză.

e.) *Formele septicemice.* Unii autori (Debré și Paraf, Faure-Beaulieu) susțin că artrita este precedată de o septicemie gonococică. În opoziție cu aceștia Mondor susține că gonococemia succede artritei. Se produc metastaze în cele mai variate organe: burse seroase, mușchi, piele, iris, conjunctivă, endocard (endocardite maligne embolizante), pericard, plămâni, etc.

B. DUPĂ EVOLUȚIE Mondor deosebește:

a.) *Formele prelungite.* În privința acestor artrite prelungite Morestin spune că ele s'ar datora ori unei rezistențe diminuate a organismului, ori unui tratament medical irațional sau tardiv aplicat. Bolnavii sunt reținuți la pat mai multe luni și leziunile lor articulare evoluează lent, uneori mutându-se la alte articulațiuni.

b.) *Formele cu recăderi (rechutes),* sunt mai rare decât ce-

lelalte și afectează mai ales micile articulațiuni. Mondor explică aceste forme mai ales prin persistența gonococilor într'un focar din organism, (prostată, veziculele seminale) și în special în sinoviale unde dormitează și-și mențin vitalitatea încă lung timp cu tot tratamentul efectuat.

c) *Formele tardive*. Sunt rare. Artritele pot apărea la intervale diferite de la infecțiune, și în această privință Jousset citează un caz de poliartrită apărută la 20 de ani după infecțiune.

C. FORMELE CRONICE.

Artritele cronice. Este admisă în genere existența unui reumatism de la început cronic, fiind localizat mai ales la coloana vertebrală și la degete. Totuși pentru Nathan afecțiunile articulare gonococice pot să recidiveze, dar nu sunt niciodată cronice.

Artritele cronice sunt de mai multe feluri :

1.) Artrite cronice monoarticulare, numite și artrite plastice anchilozante se pot localiza la diferite articulațiuni (pumn, cot, genunchi) și se caracterizează prin evoluție lungă, fenomene inflamatorii cronice și anchiloze terminale.

2.) Formele nodoase sau pseudo-gutoase descrise de Fournier, se caracterizează prin deformațiuni articulare asemănătoare cu acelea din reumatismul nodos sau din gută.

3.) Artrita vertebrală descrisă de Pierre Marie sub numele de spondiloză rizomelică, se caracterizează prin anchiloza coloanei vertebrale și anchiloza articulațiunilor rădăcinilor membrilor.

4.) Piciorul blenoragic se poate prezenta ca picior plat, picior pseudo-gutos, etc.

5.) Poliartrita generalizată cronică anchilozantă și cașectizantă. Se instalează după mai multe infecții gonococice repetate ; fiecare puseu produce artrite, dar pe când primele se vindecă, ultimele trec în cronicitate și produc anchiloze și ulterior atrofii musculare.

D. FORME DUPĂ TEREN.

1.) Artritele peurperale.

2.) Artritele copiilor sunt des consecutive unei vulvite. Au o evoluție destul de benignă, de obicei fără a cauza septicemii ca la sugari, sau anchiloze, ca la adulți.

DIAGNOSTIC

O problemă importantă este diagnosticul precis și precoce,

care într'adevăr poate produce vindecări. Nu trebuie să confundăm reumatismul poliarticular acut cu poliartrita blenoragică (v. formele clinice), deoarece expunem bolnavul la complicații grave (septico-piemii, anchiloze) Uneori aceste erori de diagnostic le fac medicii interniști, pe când chirurșii se gândesc mai des la artrite tuberculoase (Mondor).

Trebuie să se ia antecedentele în mod precis, să se facă un examen clinic minuțios, radiografiile clare și mai ales să se pună în evidență gonococul (în uretră, veziculele seminale, col uterin, în sângele circulant, sau mai bine în articulația bolnavă).

Nu trebuie să pierdem din vedere faptul că unele artrite apar târziu după infecție (20 de ani chiar).

În cazurile dubioase se poate recurge la diagnosticul biologic, prin reacția de fixare a complementului, prin vaccinoterapie intravenoasă care provoacă reacții generale puternice și face să apară gonococul în secreția uretrașă, sau prin seroaglutinare.

TRATAMENTUL

Terapia artritelor blenoragice este foarte complexă și uneori ne descurcăm destul de greu în bogatul arsenal terapeutic pe care-l avem la dispoziție și care se mărește continuu. Diferite metode terapeutice laudate și recomandate de unii autori cari le-au aplicat cu pricepere, au fost combătute de alții. Nu trebuie să neglijăm faptul, că multe metode sunt eficace, dacă sunt aplicate la timpul oportun, cu precauțiune și uneori cu perseverență. De aceea nu le vom abandona cu ușurință dacă nu ne-au dat rezultate imediate. Trebuie să știm să alegem metoda, să o aplicăm corect și de multe ori să individualizăm tratamentul.

Înainte de a aborda tratamentul propriu zis al artritelor gonococice trebuie să amintim că întotdeauna chiar dela început trebuie să tratăm focarul inițial localizat la genitale (uretră, prostată, epididim, uter, salpinge, etc.), care constituie rezervorul microbilor, de unde se pot ușor produce recidive.

Tratamentul propriu zis al artritelor gonococice îl împărțim în:

- A.) TRATAMENT MEDICAMENTOS
- B.) TRATAMENT BIOLOGIC
- C.) FIZIOTERAPIE
- D.) TRATAMENT CHIRURGICAL

A.) *Tratamentul medicamentos*, este foarte complex. Au fost întrebuințate multe medicamente pe cari încercăm să le grupăm în cele ce urmează.

Medicațiunea locală, întrebuințată cu scop revulsiv și antiflogistic cuprinde salicilatul de metil, cloroformul, gaiacolul, ichtiolul, colargolul, unguentul napolitan, tinctura de iod, liquor Burowi, etc.

Medicațiunea generală. Arsenul întrebuințat cu succes de unii autori (Janet, Durveux) se administrează pe cale intravenoasă sub formă de novarsenobenzol (neosalvarsan, neosalutan). Efectul bun s'ar datora acțiunii lui desinfectante și hemopoietice.

Iodul s'a întrebuințat sub formă de iodură de K și iodură de Na, pe cale intravenoasă, ori ca lipiodol pe cale subcutană, cu rezultate uneori bune.

Mercurocromul preconizat de Joung poate da accidente grave (colaps, stomatite).

Preparatele caloidale în special produsele argintului (colargol, electrargol) întrebuințate pe cale intravenoasă, intramusculară ori intraarticulară, ale sulfului, ale manganului (intramina), dau rezultate variabile, fiind laudate însă de mulți autori.

Trypaflavina și Gonacrina nu dau rezultate apreciable în artrite, acțiunea lor fiind mult mai puternică în cistitele gonococice.

B. *Tratamentul biologic*.

Proteinoterapia. Substanța cea mai frecvent întrebuințată, care are avantajul de a fi la îndemâna oricui, este laptele. Se injectează ori lapte simplu, fierț timp de 10-15 minute, în injecții intramusculare la interval de 3 zile începând cu 3 cc. și crescând treptat la 5-10-15 cc., ori lapte peptonat (Thirolaix) în injecții de 3 cc. la fiecare 3 zile. Uneori produce reacțiuni dureroase locale și întotdeauna reacțiuni generale vii, dar nepericuloase, cari constau în frison, temperatură de 39°, puls de 90-100, și ușoară cefalee. După 5-6 ore toate fenomenele dispar, fiind succedate de transpirație abundentă și senzație de oboseală. Injecțiile ulterioare dau reacțiuni slabe. În locul laptelui se pot folosi preparate similare (aolan, etc.) În Anglia se utilizează soluție pe peptonă 5%. Proteinoterapia acționează prin sporirea anticorpilor (Müller și Schmidt), prin hiperleucocitoză (Thirolaix) sau prin producerea unor fermenți cari distrug toxina microbiană, (Weichardt).

Autoseroterapia. Această metodă constă în injectarea pe cale intramusculară a lichidului articular. E o metodă nepericuloasă și a dat multor autori rezultate bune (Maillet, Dufoar). Se injectează 10-20 cc. la intervale diferite.

Autohemoterapia, cu efecte bune, se asociază cu vaccino-terapia (Walter, Descarpentries).

Seroterapia. Au fost întrebuințate seruri specifice și seruri nespecifice, fiind administrate pe diferite căi: subcutanată, intramusculară, intravenoasă sau intraarticulară. Dintre serurile specifice cităm: serul antimeningococic, întrebuințat uneori cu rezultate surprinzătoare mai ales dacă este aplicat la începutul manifestărilor articulare ale gonocociei. Se dau câte 30 cc. intramuscular la interval de 2 zile. Mondor publică următoarea statistică asupra 60 de cazuri tratate cu acest ser: 18 bolnavi vindecați, 18 ameliorați și 23 rămași cu anchiloze Azi serul antimeningococic se întrebuințează foarte rar.

Serul antigenococic al lui Sterian este un ser preparat prin injectarea în peritoneul și vaginala armăsarilor, a unui puroiu blenoragic recoltat din mai multe surse. Deși întrebuințat cu succes de unii autori (Marion, Clerc), azi aplicarea lui terapeutică este restrânsă aproape numai la oculistică, și aici cu rezultate inoșelnice (prof. Michail).

Serul specific al lui Nicole preparat de institutul Pasteur, administrat pe cale subcutanată ori intramusculară, nu a dat nici un rezultat favorabil. Aplicat intraarticular este lăudat de unii autori (Debré și Paraf), dar alții l-au găsit ineficace (Mondor, Besancon). Aplicat intravenos acest ser este util în marile septicemii gonococice. Deși produce uneori accidente (frisoane, delir, dispnee, tahicardie, eriteme și artralгии) este totuși indicat.

Vaccinoterapia. Una din cele mai valoroase arme terapeutice față de artritile blenoragice este vaccinoterapia. În acest domeniu s'au făcut încercări numeroase, unele fiind încoronate de succese strălucite, altele având rezultate neînsemnate. Variabilitatea acestor rezultate nu trebuie atribuită însăși metodei terapeutice, care s'a dovedit a fi bună atunci când este bine aplicată și când se întrebuințează vaccinuri eficiente, ci mai mult modului de preparare a vaccinurilor și căilor de administrare.

În genere distingem vaccinuri specifice și nespecifice, auto-

vaccinuri mono- sau polimicrobiene, stock-vaccinuri mono- sau polivalente. Conținutul microbial al vaccinurilor este suspendat ori în ser fiziologic, ori în ulei (v. lui Le Moignoc), altele conțin antiseptice ca alcool, eter. Calea de administrare este subcutanată, intramusculară, intravenoasă, submucoasă prin poarta de intrare și orală. Toate vaccinurile antigonococice actuale derivă într-o oarecare măsură din vaccinul monovalent al lui Wright și din vaccinul polivalent al lui Brück. Sunt vaccinuri cu gonococi vii (virus vaccin sensibilizat al lui Chruveilhier), sau omorâți prin căldură (v. lui Wright, al lui Brück sau „Arthigon“, enterovaccinul lui Lumière și Chevrotier, etc.), prin frig (v. lui Sezary sau „Lepogon“), prin antiseptice (Dmegon, Paugon). etc. În Germania se întrebuințează mai mult „Compligon“-ul, în Anglia „Phylacogene“ sau v. lui Parke și Davis, în Italia „Pangon“-ul lui Volpino. La noi cel mai utilizat este vaccinul antigonococic preparat de Institutul de seruri și vaccinuri Cantacuzino.

Modul de acțiune a vaccinului nu este încă precizat. După unii autorii (Hauduroy) vaccinoterapia ar fi o simplă proteino-terapie, efectele datorându-se șocului terapeutic și fiind asemănătoare cu acelea obținute prin injecții de lapte. După alții (Bordet) vaccinul antigen ar avea o acțiune specifică. Sunt alți autori cari admit o acțiune mixtă a vaccinului: un șoc proteinic imediat (faza negativă de acțiune) și un efect specific ceva mai tardiv (faza pozitivă.) Pentru acest motiv se lasă două zile pauză între o injecție și următoarea.

Reacțiunile locale după administrarea subcutană se traduc uneori prin durere, roșeața și infiltrarea țesuturilor (Compligon). Reacțiile generale sunt puternice mai ales când calea de administrare este intravenoasă ori submucoasă și constau în frison, febră de 39^o-40^o, curbatură, cefalee, mai rar insomnie, vărsături și albuminurie. Din acest motiv nu vom face vaccinoterapie cardiacilor decompensați, sau pulmonarilor și renalilor cu leziuni evidente.

Vaccinoterapia regională prin poarta de intrare. Vaccinarea regională prin poarta de intrare constă în injectarea unui vaccin specific al unei infecțiuni, în țesuturile sensibile prin cari microbii cauzatori au pătruns în organism. Metoda aplicată practic în tratamentul complicațiilor blenoragiei și inclusiv a artritelor gonococice a fost inaugurată de Basset și Poincloux în Franța.

Autorii citați introduc vaccinul în intimitatea țesuturilor parazitare prin injecții submucoase. După părerea lui Poincloux, efectele vaccinării prin poarta de intrare sunt mult mai favorabile decât acelea obținute prin vaccinoterapia aplicată pe alte căi. Această constatare se bazează pe efectele rapide și multiple obținute prin această metodă și autorul își sprijină afirmația pe statistici destul de edificatoare: 85% rezultate bune rapide (adică obținerea unei funcțiuni quasi-normale a articulațiilor interesate în timp de 6-20 de zile), 8,7% rezultate bune dar relativ lente (20-30 de zile), 2,9% rezultate mediocre, 2,9% rezultate nule.

Technica injecțiilor este următoarea: la bărbați ele se fac sub mucoasa părții terminale a uretrei, iar la femei în planșeul uretrei unde se găsesc glandele lui Skene, sub mucoasa cervixului, sau în glandele lui Bartholini. La bărbați se face întâi o spălare anterioară cu oxicyanură de mercur 1/4.000 și apoi se anesteziază partea terminală a uretrei cu un tampon de vată îmbibată cu o soluție de novocaină 5%, care se lasă pe loc 4-5 minute. Apoi cu o seringă înarmată cu un ac foarte fin se pătrunde de preferință pe părțile laterale sub mucoasa uretrală și se injectează cantitatea necesară de vaccin. La femei se întrebunțează aceeași tehnică numai cu deosebirea, că anestezia locală nu e indispensabilă. Autorii francezi întrebunțează un vaccin anti-gonococic francez preparat de Institut Pasteur. La noi în Clinica Urologică de sub conducerea Dlui Prof. Țeposu s'a aplicat aceasta metodă întrebunțându-se vaccinul Cantacuzino, cu rezultate bune. Injecțiile se fac la interval de 2-3-4 zile cu doze crescânde de vaccin începând cu 0,05 cc. — 0,10 — 0,20 — 0,30 cc. etc., până la doza maximă de 1 cc. În genere sunt suficiente 5-6 injecțiuni.

De regulă local nu se produce nici o reacțiune, injecțiile fiind bine suportate. Reacțiile generale sunt aproape totdeauna vii, manifestându-se la 30—45 minute dela injecție. Temperatura se ridică la 40°, se observă artralgiile fugace, și uneori scurgeri uretrale trecătoare. A doua injecție și eventual a treia dau reacții mai puternice decât prima, dar următoarele sunt urmate de reacțiuni slabe. Efectele bune se observă curând: „După fiecare injecțiune fenomenele inflamatorii retrocedează; durerile se calmează după prima sau a doua injecție; febra scade; infiltrațiunile țesuturilor se rezorb; colecțiile intraarticu-

lare pot dispărea ; ceulita deasemenea." (Basset-Poincloux).

C. Fizioterapia.

Căldura sub diferite forme e o terapie veche: cataplasme calde, băi de nămol încălzit, săculețe cu nisip ori sare caldă. Efectul e o hiperemie activă.

Băile de aer cald, au fost practicate de Perrier și Chauvet. E nevoie de aparate speciale cari sunt cutii de lemn, prevăzute cu termometru și anumite dispozitive cari permit încălzirea aerului. Temperatura variază între 80° -100°, durata băii fiind de jumătate oră, iar băile repetându-se în fiecare zi, mai multe săptămâni.

Dușul de aer cald necesită deasemenea aparate speciale. Efectul este bun, mai ales durerea este favorabil influențată.

Staza venoasă pasivă prin *metoda lui Bier* se practică făcând o ligatură deasupra articulației bolnave și menținând-o timp variabil (1/2 -1 oră). Intotdeauna e o metodă adjuvantă fiind aplicată împreună cu altele mai eficace. Este recomandată de unii autori, iar alții nu-i atribuiesc vre-o însemnătate deosebită (Robin, Hirsch).

Imobilizarea este o metodă aplicabilă numai la început și numai în cazurile cu evoluție supraacută. Ea trebuie să fie limitată la minimum de timp și să fie înlocuită cu mobilizarea precoce. Mondor a obținut rezultatele prin această metodă (27 vindecări din 90 cazuri).

Mobilizarea. După Willems numai mobilizarea precoce poate produce o vindecare funcțională. Ea trebuie făcută metodic fără a maltrata bolnavii și de preferință în apa caldă (băi Kinetoterapeutice).

Masajul, indicat de Fege are drept singură contraindicație supurația. Deși unii autori (Carnot, Michel) condamnă această terapie, mulți o recomandă călduros (Rasch, Fauvel, Boas).

Diatermia se bazează pe „efectul Joule“ adică pe producerea de căldură care se propagă în profunzimea țesuturilor. Prin această metodă se obține calmarea durerilor, decongestionarea focarelor inflamatorii, hiperleococitoză. Are un efect analgezic, antispasmodic, rezolutiv și fibrolizant. Diatermia este indicată aproape în toate formele clinice sub care evoluează artrita gonococică. Ședințele se fac zilnic, ori la două zile și au o durată de 20-30 minute.

Röntgenterapia. Cei dintâi autori cari aplică razele X în tratamentul artritelor gonococice sunt Wetterer și Rammazoti la 1921. Holfelder susține efectul preventiv al radioterapiei față de anchiloze. Alți autori cred că prin efectul sedativ al razelor X se poate proceda mai devreme la massoterapie și mobilizare. Colecțiunile articulare se rezorb uneori foarte rapid, durerea diminuează și tumefacția dispăre.

Efectele sunt cu atât mai bune și mai rapide, cu cât se aplică röntgenterapia mai precoce. Se fac mai multe iradieri (2-4) din diferite poziții cu doze și filtre cari variază după diferiți autori. Putem afirma că röntgenterapia este foarte utilă în tratamentul artritelor gonococice și e bine să fie combinată cu alte metode terapeutice.

Curenții galvanici, acționează prin calmarea durerii, rezorbția edemelor și activarea circulației.

Radiumterapia a fost aplicată în artritele cu colecții mari și cu tendință la anchiloză.

D. Tratamentul chirurgical. Puncția care formează trecerea dintre tratamentul medical și chirurgical, a fost preconizată de Schaede, Nicaise, etc. Prin evacuarea colecției intraarticulare diminuează durerea și se poate face mobilizarea precoce. În locul lichidului evacuat putem introduce substanțe antiseptice (acid fenic 5%, sublimat 1%, apă caldă la 55°, oleu iodat, etc). Raymond face un lavaj cu citrat de Na 20%, apoi introduce aer cald sterilizat și ulterior aleu iodat, după care face un pansament compresiv. Mondor a abținut 37 videcări din 79 cazuri, prin puncție.

Artrotomia a fost practică de Lister în 1820. Se poate face ori o simplă puncție ori o incizie, ori chiar sinovectomie (A. Martin). Azi se practică mai mult artrotomia largă, fără drenaj, afară de oazurile de artrite flegmonoase unde se pune un mic dren. Willems face 2 incizii pe laturile articulației și imediat mobilizare activă și pasivă. Alți autori introduc și un dren de crin. Mondor crede că articulația trebuie imediat închisă. Artrotomia se poate aplica în caz de dureri atroce, infecții articulare grave, febră ridicată, cu rezultate bune (Mondor).

Se mai pot practica meniscectomia, rezecția precoce, sinovectomia, ablația exostozele. Amputația se face numai excepțional, când ne amenință o septicemie.

Conduita terapeutică obicinuită față de artritele gonococice în Clinica Dermato-Venerică din Cluj.

Nu putem da o schemă tip a tratamentului artritelor blenoragice, deoarece conduita terapeutică variază dela caz la caz în raport cu gravitatea leziunilor articulare, cu stadiul în care se prezintă boala la internarea în clinică, cu terenul, etc.

În cele ce urmează vom încerca să arătăm mijloacele cele mai uzuale terapeutice, aplicate în Clinica Dermato-Venerică din Cluj, de sub conducerea Dlui Prof. Dr. C. Tătaru.

Independenț de forma clinică a artritelor, totdeauna concomitent cu tratamentul artritei facem chiar dela început tratamentul focarului primitiv, care în majoritatea cazurilor este localizat pe organele genitale. (uretră, prostată, testicol, uter, ovar, salpinge, etc).

În fază supraacută punem bolnavul în repaos complet la pat și immobilizăm articulația într'o gutieră căptușită cu vată. Punem comprese cu liquor Burouvi pe articulația bolnavă. Immobilizarea se face numai pe un timp strict limitat, până trece faza supraacută. Când durerile sunt insuportabile, recurgem la opiacee (dilaudid).

Tot dela început facem röntgenterapie care e cu atât mai activă, cu cât e aplicată mai precoce. Se fac 2-4 iradiieri (în raport cu dimensiunile articulației bolnave), din poziții diferite (anterior, posterior, și lateral), la interval de 3 zile, cu doze mici de 100 r întrebunțând un filtru de Al. de 3 mm. În caz de nevoie se repetă după 6 săptămâni. În acelaș timp aplicăm vaccino-terapie, proteinoterapie și medicamente cu acțiune desinfecțantă generală (Trypaflavină, Gonacrină) și metale coloidale (Electrargol). În mod curent întrebunțăm vaccinul antigonococic Cantacuzino, administrat pe cale intravenoasă la intervale de 3 zile, în doze progresiv crescânde dela 0,10 cc.—0,20—0,30 cc. până la 1. cc. sau chiar mai mult când e nevoie. Uneori combinăm vaccino cu proteinoterapia (lapte fiert în cantitate de 3-10-15 cc. la intervale de 3 zile).

Îndată ce faza acută a trecut facem mobilizarea cât mai precoce a articulației bolnave prin mișcări pasive la început și apoi prin mișcări active. Kinetoterapia nu trebuie neglijată sub nici un motiv. Mișcările se fac mai ușor în baie caldă. Aplicăm comprese calde sau termofor pe articulația bolnavă. În acelaș timp facem stază venoasă pasivă după metoda lui Bier, de 2

ori pe zi câte $1/2$ -1 oră, combinată cu masaj rațional, bine efectuat. Tot în această fază de evoluție facem bolnavu'ui 15-20 ședințe de diatermie, zilnic una, variind ca durată dela 5-20-30 minute.

Aceasta este conduita terapeutică cea mai obicinuită, care ne-a dat rezultate bune în majoritatea cazurilor.

Tratamentul chirurgical se aplică numai în cazuri excepționale și după indicațiile expuse anterior.

* * *

Dăm mai jos câteva rezumate din foile de observație ale bolnavilor tratați în clinica Dermato-Venerică din Cluj:

Observațiuni Clinice.

Obs. 1-a

Bolnavul N. N. de 24 de ani, necăsătorit. Intră în cl. la 29 IV 1936, iese la 9 VI 1936. Diagnosticul: Uretrită blen. tot., artrită gon. tibiotarsiană dreaptă, abcès parauretral, canal parauretral infectat, prostatită. Ant. pers.: a mai suferit de bl. înainte cu trei ani și s'a vindecat în $1\frac{1}{2}$ luni fără complicații. Epoca infecției aproximativ înainte cu 3 săpt. Primele simpt.: scurgere uretrală seromucoasă și usturimi la micțiuni. Înainte cu 2 zile simte dureri mari în artic. tibiotarsiană dr. Ex. obiectiv: secreție uretrală purulentă, Gc. i+e. Se observă o tumefacție în partea internă a acestei articulațiuni, foarte dureroasă la palpăre și mișcări. Pielea la nivelul articulației și în treimea inf. a gambei este roșie, puțin edemațiată, lucioasă. Tratament. În tot timpul bolii se face tratamentul focarului localizat la genitale, cu spălături totale alternative cu permanganat de K, oxicyanură de Hg, rivași și trypaflavină în concentrații crescânde dela 1/10.000- 1/3.000, masaj prostatic la 2 zile, Arzberger, supozitorii cu ichtyol-belladonna, tablete de Salol-Urotropină per os, injecții de trypaflavină la 3 zile una. La sfârșit provocări cu nitrat de argint, sonde Béniqué, uretoscopie, și cauterizări multiple uretrale. Examenul bacteriologic al secreției uretrale arată apariția și dispariția repetată a gonococilor. Trat. artritei a fost următorul: în primele patru zile repaos, comprese cu Burow, 2 injecții de electrargol.

Încă dela început röntgen 2 ședințe, distanțate cu 3 zile. Efectul se arată imediat: durerile diminuează mult, tumefacția evident micșorată, sunt posibile mișcări limitate, bolnavul părăsește patul și se servește de un baston la mers. Încă din ziua 4-a a bolii se face stază după Bier, comprese calde și vaccinoterapie (gono yatren 0, 50-3 cc. i. v., la fiecare 3 zile și în continuare vaccin Cantacuzino până la sfârșit). Se fac continuu mișcări active și pasive, băi calde, masaj. În ziua a 17-a a bolii umblă fără ajutorul bastonului, tumefacția e aproape complet dispărută, articulația indoloră, persistă însă ușoare dureri dacă face mișcări întinse și multe. Încă din ziua a 10-a a bolii i se fac zilnic ședințe de diatermie. La sfârșitul primei luni de boală articulația de aspect normal, mișcărilor libere, indolare. Bolnavul mai rămâne o lună în clinică, din cauza abceselor parauretrale și părăsește clinica în interes de serviciu. Revine în 1937 cu altă blenoragie. Articulația în perfectă stare funcțională.

Obs. 2-a.

Bolnavul G. A. de 35 ani, căsătorit, plugar. Intrat în clinică la 4 I/1935, ieșit la 7 III. 1935. Diagnosticul: Uretrită blen. ant., artrită blen. tibiotalarsiană și astragalo-calcaneană dreaptă. Ant. pers.: a suferit de bl. în 1918 în timpul serviciului militar. Boala actuală datează de un an, a debutat prin scurgere purulentă uretrală, usturimi la mișcări și după 8 zile simte dureri în art. tibiotalars. dr. Se prezintă la clinica medicală de unde este transpus la noi. La examenul obiectiv se constată tumefacția art. tibiotalars. și astragalo-calc. dr. Pielea la acest nivel este roșie, întinsă, lucioasă. Mișcările active sunt imposibile iar cele pasive produc bolnavului dureri mari. Subiectiv acuză dureri spontane, ce se exacerbează la palpație. În secreția uretrală Gc. i+e. Se face tratamentul obicinuit și tratamentul artritei. În primele zile repaos la pat, imobilizarea articulației, comprese cu Burow, inj. cu electargol, stază venoasă după Bier, injecții i. v. cu vaccin Cantacuzino, începând cu 0,10-1 cc. la 3 zile, alternând cu inj. de trypaflavină la același interval. În ziua doua se începe mobilizarea precaută prin mișcări pasive, se aplică comprese calde și se fac trei ședințe de radioterapie la intervale de 3 zile. Se continuă cu comprese calde, diatermie, băi calde kinetoterapeutice, masaj. După primele două ședințe de radioterapie și primele inj. de vaccin,

tumefacția scade simțitor, durerea e mult diminuată, sunt posibile și mișcări limitate active. După încă 5 zile bolnavul părăsește patul, servindu-se la mers de baston. Se simte mult mai bine. La sfârșitul unei 1-a de tratament merge fără baston, dar are încă dureri articulare ușoare. Părăsește clinica mult ameliorat; are dureri vagi numai la mers îndelungat și eforturi mai mari.

Obs. 3-a.

Bolnavul P. S. de 29 ani divorțat. Intră în clinică la 19 XI. 1935, iese la 7 XII. 935. Diagnosticul: Uretrită bl. tot. acută. Artrită bl. a articulației tibioastragaliene dr. Ant. pers.: înainte cu doi ani a suferit de bl. complicată cu artr. genunchiului st. și a fost tratat în clinica Dermato-Venerică din Cluj. De 7 zile are scurgere uretrală, de 3 zile dureri mari în glezna dreaptă. Examenul ob.: regiunea maleolei interne dr. este tumefiată, edemațiată, cu tegumentele hiperemice și căldură locală. Mișcările active și pasive sunt limitate la minimum, bolnavul semnaland dureri la cea mai mică atingere sau mișcare. În secreția uretrală Gc. i+e. Temperatură 38,3⁰. În afară de trat. focarului primitiv se face următorul tratament: repaos la pat, comprese cu Burow (iar mai târziu comprese calde, termofor), 3 inj. de electrargol, 2 ședințe de radioterapie, vacinoterapie i. v. (dela 0,10-0,70 cc.), stază după Bier, mișcări active și pasive până la sfârșit. După 3 zile de tratament sensibilitatea și edemul dela nivelul maleolei int. dr. diminuate. În a 8-a zi tumefacția aproape dispărută, durerile mult scăzute. Sunt posibile mișcări active și pasive. La plecarea din Clinică, articulația are aspectul normal și este în perfectă integritate funcțională.

Obs. 4.-a.

Bolnavul H. E. de 20 ani necăsătorit. Intră în clinică la 11 V. 934, iese la 11 VII. 934. Diagnosticul: Uretrită blen. cronică totală, prostatită catarală, artrită blenoragică a genunchiului drept. Boala act. datează de 6 luni. A debutat cu scurgere uretrală și usturimi la micțiuni. De 9 zile are dureri în genunchiul drept care este umflat. Exam. ob.: articulația genunchiului drept este tumefiată, fixată în semiflexiune, pielea este roșie, întinsă, lucioasă. La palpate sensibilitate excesivă. În secreția uretrală Gc. i+e. Se face tratamentul uretritei și concomitent al artritei;

vaccinoterapie i. v. dela O, 10-1 cc. alternând cu inj. de trypăflavină. Local comprese calde, stază după metoda Bier, mișcări active și pasive cari la început sunt dureroase, dar mai târziu tolerabile. Incă dela început 4 ședințe de röntgenterapie la intervale de 3 zile. Ulterior masaj, băi kinetoterapeutice, exerciții de mers. Până in ziua 5-a a tratamentului tumefacția e puțin regravată, atitudinea vicioasă intrucâtva corectată și durerea micșorată. După 20 de zile atitudinea vicioasă dispărută, tumefacția abia perceptibilă, mișcările pasive și active posibile, dar durerea se menține încă. După 40 de zile bolnavul poate merge bine, însă are ușoare dureri. Examenul radiografic arată integritatea articulației. După două luni părăsește clinica complet vindecat.

Obs. a 5-a.

Bolnavul C. S. de 24 ani necăsătorit. Intră in clinică la 22 V. 934, iese la 2 VI. 934. Diagnosticul: uretrită blen. tot., artrită blen. a articulațiilor ambelor mâini. Inainte cu 2 ani a suferit de blen. fără complicații. S'a vindecat complet. Este bolnav de 20 de zile. Boala a debutat cu scurgere uretrală și usturimi la micțiuni. De 4 zile are dureri intense in articulațiile ambelor mâini și dureri fugitive in talpa piciorului dr. și in ambii genunchi. In secreția uretrală Gc. ite. Articulațiile ambelor mâini sunt tumefiate și foarte sensibile la palpare și la mișcări pasive și active, cari sunt limitate. La celelalte articulații nu se constată nimic obiectiv. Se face tratamentul adecuat focarului primitiv și trat. artritei. I se administrează 3 inj. de electrargol, vaccinoterapie i. v. dela 0,10—0,50 cc., comprese calde, cari sunt curând înlocuite cu diatermie și câte 2 ședințe de röntgenterapie. Deasemenea se fac mișcări pasive și active. In primele trei zile tumefacțiile articulare se micșorează, durerea scade in intensitate și sunt posibile mișcări mai ample. In a 7-a zi bolnavul acuză dureri foarte discrete in articulațiile bolnave și poate executa cu ușurință mișcări. Părăsește clinica complet vindecat.

Obs. 6-a.

Bolnava D. M. de 22 ani, necăsătorită. Intră in clinică la 9 IX. 935, iese la 10 X. 935. Diagnosticul: uretrită, cervicită și artrită blen. a articulației mâini stângi. Are scurgere albă de 2

luni. Înainte cu 3 săptăm. în timp ce muncea a căzut și s'a lovit la articulația mâinii stângi, care a devenit f. dureroasă și s'a umflat. În secreția uretrală Gc. i + e. Articulațiile radiocarpiană și carpo-metacarpiană a mâinii stângi sunt tumefiate, țesuturile moi edemațiate, pielea roșie, mișcările active și pasive imposibile din cauza durerilor mari. Articulația e sensibilă spontan și la palpare. Concomitent cu trat. uretritei și cervicitei se face și trat. artritei. I se fac 3 ședințe de radioterapie, vaccino-terapie i. v. (0,10-0,80 cc.), inj. de Trypaflavină, comprese calde, mișcări active și pasive, băi calde. După opt zile tumefacția articulară este mult diminuată, fenomenele inflamatorii reduse, durerea scăzută, mișcările posibile dar dureroase. După 15 zile mișcările se execută cu destulă ușurință, durerea mai persistă, dar e mai puțin exprimată, tumefacția redusă. La părăsirea serviciului funcțiunea articulară e în bună stare, durerile foarte slabe, tumefacția dispărută.



CONCLUZIUNI

1.) Tratamentul artritelor gonococice este foarte complex. Totdeauna vor fi combinate mai multe metode terapeutice.

2.) Concomitent cu tratamentul artritelor gonococice se va face dela început tratamentul focarului infecțios primitiv (uretră, prostată, veziculele seminale, uter, salpinge, etc.)

3.) Rezultate eficace se obțin combinând tratamentul biologic cu fizioterapia.

4.) E recomandabilă aplicarea simultană a vaccinoterapiei, röntgenterapiei, diatermiei și mecanoterapiei, aceste metode producând efecte favorabile.

5.) Tratamentul chirurgical e indicat în infecții articulare grave și complicații septicemice iminente.

6.) Diagnosticul și tratamentul precoce hotărăsc evoluția bolii și posibilitatea vindecării.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. C. Tătaru

Decan:

(ss) Prof. Dr. D. Michail

