

Tratamentul vulvo-vaginitei

fetişelor mici în lumina noilor concepţii
terapeutice.



PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 MARTIE 1939.

DE

A S Z K N A Z Y J E T T I

Tratamentul vulvo-vaginitei

fetișelor mici în lumina nouilor concepții
terapeutice.



PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

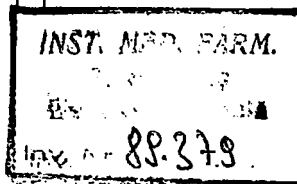
24 MAY 2005

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 MARTIE 1989.

DE

A S Z K N A Z Y J E T T I

9673



UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: D-l Prof. Dr. I. DRAGOIU

Profesori :

Clinica stomatologică	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 G. H.
Istologia și embriologia umană	" DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	" GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" GRIGORIU CR.
Clinica medicală	" HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" KERNBACH M.
Chimia biologică	" MANTA I.
Clinica oftalmologică	" MICHAİL D.
Clinica neurologică	" MINEA I.
Igiena și Igiena socială	" MOLDOVAN. I.
Radiologia medicală	" NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală }	" POP A.
Medicina operatoare }	" POPOVICIU GH.
Clinica infantilă ,	" POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	" STURZA M.
Balneologia	" TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică	" ȚEPOSU E.
Clinica urologică	" URECHIA C.
Clinica psihiatrică	" VASILIU T.
Anatomia patologică	" RACOVITĂ E.
Biologia generală	" SECĂREANU Ș.
Chimia	" ZOLOG M.
Igiena generală	" BĂRBULESCU N.
Fizica medicală	Conf. "

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte : Prof. Dr. CORIOLAN TĂTARU

Membrii : { Prof. Dr. BOLOGA V.
 " " GRIGORIU C.
 " " POPOVICIU GH.
 " " VASILIU T.

Supleant : Dl Doc. Dr. POPOVICIU TRAIAN

Introducere și plan.

Înainte de a intra în subiectul propriu zis al acestei lucrări, pentru a mă ține în cât posibil cu strictețea în limitele titlului propus, voi încerca să prezint într'un prim capitol pe cât se poate de concis tabloul clinic al simptoamelor și complicațiilor vulvo-vaginitei blenoragice ale fetițelor tinere, atingând și chestiunea etiologiei și diagnosticului. Voi trata pe urmă mai detaliat tratamentul clasic apoi cel mai modern al acestei afecțiuni în aplicarea sa în clinica derm. ven. din Cluj și în cele din străinătate. Profilaxia și concluziunile formează ultimele capitole.

Îmi este o datorie să aduc viile mele mulțumiri Domnului Prof. *C. Tătaru* pentru onoarea ce mi-a făcut prezidând această lucrare și pentru cunoștințele ce mi le-am însușit în clinica de sub conducerea Domniei Sale.

Sincere mulțumiri Domnului Șef de lucrări *Dr. Leonida Pop* pentru prețioasele sfaturi în elaborarea tezei mele.

Tabloul clinic al boalei și al complicațiilor.

Vulvo-vaginitei blenoragice în secolele trecute nu i-sa dat atenția cuvenită. Scurgerile vaginale la fete se considerau ca un semn al maturității precoce, cu toate că blenoragia era cunoscută de mult timp. În 1848 *Behrend* introduce termenul de vulvo-vaginită. Pe la 1860 era considerată de origină sifilitică. În 1879 după descoperirea gonococului prin *Neisser* etiologia bacteriologică era definită. Recent *Scomazzoni* susține că numirea de vulvo-vaginită este falsă, deoarece infecția în cele mai multe cazuri e localizată și pe canalul cervical, ba chiar pe adnexe.

Vulvo-vaginita blenoragică e o formă aparte a gonocociei. E contractată mai ales în mod indirect și e caracterizată printr'o inflamație a mucoasei. În stadiul acut care poate dura 1—2 luni, organele genitale externe sunt roșii, tumefiate, introitul vaginal foarte sensibil. Fața internă a labiilor mari e roșie și acoperită cu o secreție purulentă, galbenă-verzuie, ce duce la alipirea celor două labii. Mâncărimea violentă provoacă scărpinături, ce duc la eroziuni. La urinare copilă are senzații de arsură. Scurgerea abundentă poate duce la intertrigo, eczeme, etc. Copilele preferă să steie în pat cu picioarele îndepărtate. Starea generală mult alterată. Diagnosticul clinic îl confirmă ușor printr'un examen bacteriologic, punând în evidență gonococi extra sau intracelulari.

În stadiul cronic care poate dura 2—3 luni până ani de zile, fenomenele inflamatorii sunt mai atenuate. Uneori se manifestă numai prin niște pete roșii pe vulvă. Scurgerea e redusă, totuși ea este aceea care prin petele pe lingerie ne atrage atenția asupra procesului morbid. Pruritul și mâncărimea duc la mici ulcerări. În urma unui tratament conștiincios, procesul poate dispărea, în aparență însă numai, deoarece recedivează adesea.

În ce privește patogenia afecțiunii, majoritatea autorilor susțin că blenoragia s-ar localiza primar pe uretră, iar urina infectată ce se scurge, ar produce secundar vulvo-vaginita.

Complicațiunile V.-V. sunt numeroase. Ele rezultă prin propagarea afecțiunii la organele genitale, urinare, peritoneu, inoculări la distanță sau o infecție generală gonococică.

Complicația cea mai frecventă e cistita care apare de obicei în săptămâna a 3-4-a. Simptome clasice de cistită. Netratată dă complicațiuni ascendente. Rectita e relativ destul de frecventă. N-ar da manifestățiuni clinice și se observă numai la rectoscop constituind un izvor periculos pentru recidive. Relativ frecventă e și bartolinita când stagnând puroiul în glandă, se poate forma abces, dând infecții secundare în vagin sau rect. V.-V- rar se propagă spre uter, trompe, ovar și peritoneu. Tulburări de menstruație survenind în pubertate, pot avea la baza lor o v-v. din copilărie. Tot așa și deformațiile și turburările în dezvoltarea uterului. Peritonitele, de altfel rare, au un prognostic bun. Dacă v-v. ar duce la sterilitate părerile sunt divergente. Oftalmia blenoragică e o complicație destul de frecventă și se poate explica ușor copila infectându-se, ducând degetele sau lîngeria la ochi.

Reumatismul blenoragic își are localizarea predilectă la articulația genunchiului. Unilateral, mai ales, cu o evoluție extrem de lentă. Gonococul poate da însă și o formă artritică acută, cu dureri vii, febră până la 39⁰, tumefiere cu impotență funcțională absolută. Se termină prin anchiloză, uneori prin supurație.

În complicațiile tardive enumărăm endocardita, (benignă sau ulcero-vegetantă, această putând fi fatală lăsând în urma ei deranjări organice persistente). Mai rare sunt pericarditele și pleureziile. Flebita are o importanță patogenică, fiind o probă clinică a acțiunii directe a microbilor în transportarea gonococilor prin sânge. Vena safenă internă e cea mai frecvent atinsă, dând aspectul gambei de flegmazia alba dolens.

Tratamentul clasic al vulvo-vaginitei.

Diagnosticul fiind pus, evidentând și gonococii în frotiu, vom începe tratamentul medicamentos. Este de recomandat repaos la pat în tot timpul tratamentului, rezultatele terapeutice fiind mai bune. Pe de altă parte ar fi măsură draconică pentru împiedicarea infectării altor copii.

Pentru combaterea durerii și a edemelor punem comprese cu Burov diluat 1% sau bacili choleval 0.25% de lungime și grosime dată. Mai putem pune tamponuri cu pulbere adstringente (alun) sau după prescrierea lui Lesser: nitrat de argint 1 gr., bismut subnitric 9 gr., talc pulverizat 90 gr. Mai sunt întrebuințate tamponuri cu ichtiol, glicerină 10% sau tanin-glicerină. Sau bacili iodoformați :

Rp. Iodoform 3.0 gr.

Tragach, Gumi arab.

Apa dist. q. s. u. f. bacili longit 2-3 cm. (diam. 2 mm.

Mai punem bugiuri în vagin cu salol 1 gr. butir cacao 10 gr.

Cura se face la început de 2 ori pe zi, dacă se ameliorează atunci odată pe zi, apoi tot mai rar. Între labii se pun tamponuri cu Burov pentru curățenie și contra mâncărimei. Copilele să poarte pantaloni închiși și să îngrijim de ochi.

În urma acestui tratament fenomenele inflamatorii regresează 1—2 săptămâni, scurgerea devine mucoasă. Acum putem începe tratamentul local propriu zis.

Ștergem vulva cu vată îmbibată într-o soluție desinfectantă, apoi facem spălături cu cateter Nelaton dintr-o soluție de calihipermangan în concentrații din ce în ce mai mari. (1 : 10.000—1 : 1.000). Se mai întrebuințează tamponuri imbibate cu soluție de nitrat de argint sau gaz iodoformat în vagin.

La gonoreia canalului cervical trebuie tratate eroziunile cu tinctură de iod, acid tricloracetic, sau clorura de zinc 5—10%, apoi tampon cu gaz iodoformat. Cu soluția protargol, albargin

2—4%, ștergem canalul cervical. Nu se recomandă instalație pentru a evita ascensia infecțiunii spre organele genitale superioare.

Vom trece în revistă diferitele metode, cari după autorii lor ar da rezultatele cele mai bune.

a) *Metoda lui Asch și Wolf*. Tratamentul uretral cu bacili de protargol 5—10%, tratament rectal cu tripaflavină. Tratament vaginal: de 3 ori pe zi spălături, după aceia bacili în vagin (alternativ protargol și Isural). În caz de mâncărime a vulvei aplicăm pomada cu alomenol 2%. În cazuri renitente, introducem în vagin agrochrom 2%, cu rezultate destul de bune. Se introduc în vagin bacili înveliți în vată imbibată în soluție de agrochrom. Bacilii rămân pe loc până ce le schimbăm. Apoi facem spălături. Acest tratament îl urmărim 2-4 săptămâni. Cu toate că agrochromul a dat unele rezultate foarte mulțumitoare în terapia V-V., totuși noi nu ne putem exprima asupra eficacității lui, neavând a judeca decât puține încercări.

b) *Metoda lui Bendix*. La copiii mai mari băi de șezut călduțe de 2 ori pe zi, la copiii mai mici, spălăm genitalele. După baie și toaletă minuțioasă a organelor genitale externe, facem spălături în vagin cu o sondă moale (de dimensiune conform vârstei) cu soluție de acid boric 20/0, soluție de acetat de Pb. 30/0. NO₃ Ag. 2—30/0, protargol 20/0 sau sublimat 1/200. În uretrită nu facem spălături pentru a evita infecția vezicii pe cale ascendentă. Facem deci numai instilațiuni cu una din soluțiunile susamintite. Tamponăm vaginul cu vată imbibată în iodoform, ichtiol-glicerină, tanoform, etc.

c) *După Mann și Lewis* acriflavina este cel mai bun medicament în tratamentul blenoragiei. Acțiunea bactericidă ar fi de 600 ori mai mare ca al protargolului. În soluție de 1/4000 în ser fiziologic pentru spălături vezicale și uretrale nu produce iritații, acționând chiar în straturile profunde.

d) *Metoda Palschke*. Albargin 10/0 plus suprarenin 0.5 la cm.³ soluție. Incepem cu 0.50/0, după 3 zile 1.50/0 și după alte 3 zile 20/0. Tratamentul cu soluție 20/0 se face 8—10 zile de 4 ori pe zi. Lăsăm soluția vre-o 5 minute în vagin, strângând labilele cu mâna. După ce s'a scurs soluția punem în vulvă tampon cu protargol 50/0 și un pansament în T ceea ce e foarte im-

portant căci împiedecă reinfecția cu lîngeria murdară și infecția la ochi. Metoda *Patschke* este apreciată fiind nedureroasă și nedând nici o reacție inflamatorie.

e) *După E. I. Valentin*. Soluția protargol 0.50/o în uretră, 10/o în vagin, 1—2 ori pe zi. După obținerea frotiurilor negative, mai urmăm tratamentul 2—3 săptămâni.

f) *Metoda Tomazzi*. Acest autor recomandă tratamentul gonoreei acute și cronice prin electroliză introducând ioni de argint în stare născândă în țesuturi mai profunde. În 15 ședințe Tomazzi a vindecat 4 cazuri într'un mod admirabil.

g) *După Rolburg*. Soluția acriflavină 2% în soluție fiziologică, instalație de 2 ori pe săptămână în spălături zilnice cu calihpermangan.

În afară de acest tratament medicamentos „umed” mai putem întrebuința un tratament uscat, făcând prin uscarea mucoasei un teren nefavorabil gonocoului, acesta nemai putând pătrunde în profunzime. Uscarea se face cu un pulverizator și sicator cu choleval 3% sau cu protargolbolus și carbo-animalis după spălături.

Weiss, Bendix, Enover, recomandă băi fierbinți. Pacientele se pun în baie de soluție cu cali-hipermangan 35%, în care lăsam să curgă încet apă fierbinte până la temperatura de 43—44 grade. Pe cap comprese reci. Durata băii 40 minute. Alți autori recomandă 45 grade C. cu durata de 15—20 minute. După baie, lîngerie curată, schimbată zilnic. Se fac 2 băi pe săptămână pe lângă tratamentul local. Metoda băilor fierbinte ar da după preconizatorii ei rezultate prompte. *Hack* și *Schütz* au avut însă numai urmări neplăcute. Această metodă cere prezența medicului timp îndelungat, pe la sfârșitul băilor copilele sunt foarte iritate, uneori au crampe și chiar colaps.

Tratamentul biologic. Sero și vaccino-terapia sunt în blenoragia în general de dată recentă. Această metodă de tratament în blenoragia acută sau cronică, poate servi ca adjuvant prevenind complicațiile. Adesea însă vaccino-terapia dă rezultate insuficiente. Injecțiile intravenoase nu se prea fac din cauza venelor mici și a neliniștei pacientelor. Din punct de vedere anatomopatologic în urma vaccino-terapiei în stadiul acut, vedem o atenuare a puterii de apărare a organismului. Leococitele palid co-

lorate, distruse cu gonococi inchiștați ori grămezi distruși lângă leucocite, mai în urma tratamentului înmulțirea leucocitelor cu forma celulară mai rezistentă, inchiștând gonococii. Leucocitele își au recâștigat puterea fagocitară putând să lege și să distrugă gonococii. Clinic: înmulțirea secreției blenoragice abundente ceea ce înseamnă un pas spre vindecare. Apoi secreția scade pentru a dispărea în urmă. Microscopic: leucocitele intens colorate cu puțin gonococi cari apoi dispar. Apare flora vaginală cu puțin leucocite. Müller recomandă tratamentul v—v blenoragice a fe-
telor mici cu gonargin. Incepe cu 25.000.000 germeni, ridicându-se la 50.000.000 de două ori pe săptămână. Afară de asta zilnic o baie de cali-hipermangan și pudrarea genitalelor cu protargol-bolus pulver 10%. După 3 preparate negative într'o săptămână, fețițele mici se vor mai trata, după ce în ultima săptămână a fost suprimat tratamentul. În timp de 14 zile se face control. Tratamentul local acționează în mod mecanic, iar vaccino-terapia stimulează reacția întregului organism față de agentul patogen. Vaccino-terapia e în special indicată în artritile bienoragice și în septicemia de aceeași natură.

Pentru ca vaccinul să fie eficient și să acționeze, el trebuie să fie preparat proaspăt și să conțină diferite soiuri de gonococi, deci să fie polivalent.

Bucura (Wiena) zice că, dacă gonococul este localizat în straturile celulare profunde vascularizate, vaccinul prin anticorpii mobilizați, cari vor circula în sânge, ajunge la localizarea gonococilor. Nu însă atunci, când localizarea gonococilor este la suprafața mucoasei. În acest caz vaccinul din lipsa vascularizării nu poate ajunge la gonococi. În aceasta presupunere a lui Bucura stă explicația pentru ce are acțiune vaccino-terapia în v—v. blenoragică cu localizare profundă a gonococilor, renitentă la tratamentul local.

Ca tratament general mai putem întrebuița proteino-terapia sub forma injecțiilor cu lapte, etc. Proteinele injectate provoacă unele reacții ca: temperatură, modificări în tabloul sangvin și reacțiuni în focare. Temperatura care se realizează variază după modul de introducere, felul proteinei, și după individ. Ea se poate ridica până la 38—40° C. Dacă sunt administrate direct în sânge, reacția e mai puternică. Reacțiunile în focar: accentuarea

simptomelor. După incorporarea artificială a antigenelor, se prezintă și reacțiunile locului bolnav.

Cel mai vechi întrebuințat este laptele de vacă. Laptele proaspăt și smântânit să fie sterilizat 4 minute prin fierbere după fierbere răcit la 37—38° și injectat intra-fesier. Doza variază, începem cu 1 cmc., 2 cmc. mergem până la 5—6 cmc. după cum suportă copilul. Injecțiile par-enterale cu lapte au acțiune numai în cazurile acute, reagând cu dureri și febră.

Aolan: extract din albumina laptelui, este lipsit de orice toxină și nespecific. Se dă în doze destul de mari intra-fesier 2—8 cmc. Nu dă febră așa mare ca injecția cu lapte. Se dă de două ori pe săptămână.

Caziozanul: albumina animală în soluție de 5% i. m. începând cu 1/2 cmc. Dozarea să fie atentă, căci poate da fenomene anafilactice. Se dă la interval de 3—5 zile.

Deși v. v. blenoragica a noilor născuți este mai rară în aparență decât blenoragia conjunctivală, în realitate este tot atât de frecventă, însă raritatea se datorește faptului că ochii sunt mai expuși observației anturajului decât vulva și vaginul, ceea ce face ca vulvo-vaginita este neglijată și se observă abea la câteva luni sau ani de zile după naștere, când ne atrage atenția petele pe cearceafe, lingerie, sau semnele subiective ale copilelor, sau chiar complicațiile tardive.

V—v. copilelor este foarte remitentă. Introitul vaginal care este în mare parte acoperit de himen, este așa de mic, încât secreția se colectează, stagnează din care cauză gonococul câștigă timp pentru a se fixa în toate cutele și a pătrunde în straturile mai profunde ale epiteliului. Din aceasta cauză boala merită o deosebită atenție, iar tratamentul timp lung și paciență.

Dificultatea tratamentului gonoreiei la fetițe preocupă azi lumea medicală mai mult, fiindcă blenoragie e foarte întinsă azi. Cauza anatomo-patologică este: epiteliul senzibil și delicat al vaginului fetițelor constituie un substrat foarte prielnic, din care cauză procesul este localizat pe vulvă și vagin. Se poate extinde pe uretră și pe cervix. Scurgerea purulentă se poate colecta și din uretră se scurge spre rect. Dificultatea tratamentului este datorită și faptului că organele genitale sunt mici, și strâmte, iar micile paciente sunt neliniștite-

Tratamentul modern.

După expunerea tratamentului zis clasic al v—v. blenoregice mă voiu ocupa cu tratamentul modern din ultimii 2—3 ani al acestei afecțiuni, tratament bazat pe întrebuințarea hormonului folicular și al substanțelor sulfamidice. Acest tratament judecând după rezultate obținute până acum va înlocui cu timpul desigur tratamentul clasic, care mult timp și anevoios. Această înlocuire o observăm înfăptuindu-se în mai toate clinicile dermato-venereice din străinătate, precum și în cea din Cluj.

Tratamentul hormonal. Lewis bazându-se pe faptul că gonococul nu atacă decât excepțional epiteliul vaginal al femeiei adulte, și-a propus să trateze vaginita fetițelor tinere provocând transformarea puberală a epiteliului prin administrarea foliculinei. Aceleași încercări le face și L. v. Dobzays aducând terapia foliculară a v—v. gonococice pe o bază științifică. Și lui Dobzays i-a reușit să dovedească, că după administrarea foliculinei se produc în vaginul fetiței acele transformări fiziologice, cari inhibează creșterea gonococilor și cari le găsim constant la femeia adultă (mediu acid, etc.) și că după încetarea administrării a hormonului folicular se produce regulat o reîntoarcere la starea obișnuită a mediului vaginal al fetiței.

Rezultatele raportate sunt în general foarte favorabile (Lewis, Brown, Hubermann, Izraeloff, Nabarro, Müller). Wilher spoon le găsește inconstante, Goldberg, Smith nu le găsesc durabile.

În cazurile favorabile, chiar dacă e vorba de scurgeri rebele, cu o durată chiar de mai mulți ani, acțiunea se manifestă foarte rapid, scurgerea diminuând câte odată după 10 zile deja.

În general după 4 săptămâni frotiurile vaginale arată dispariția gonococilor și apariția celulelor cheratinizate. Din punct de

vedere histologic, epiteliul devine pluristratificat și numai în cazurile în care el nu suferă această transformare, afecțiunea nu se va vindeca. Sistarea tratamentului atrage după sine regresarea cheratinizării vaginale (*Lewis, v. Dobzays*).

Hohorst (Berlin) n'a obținut rezultate favorabile decât cu doze mai mari de foliculină Menformon („Degewop“) cu care a lucrat. Acest autor indică următoarea conduită a tratamentului (fără a lua în considerare stadiul și forma boalei): În afară de tratamentul local obicinuit în prima zi 10.000 unități F. M. i. m. În zilele următoare câte 4000 unități per os (1000 unități de 4 ori pe zi) până ce obținem frotiurile negative. Ajunși în acest stadiu dăm 14—21 zile câte 3000 unități zilnic (1000 unități x 3.) fără alt tratament local. În urma acestui tratament *Hohorst* găsește în mediu după a 14-a zi froturile negative, menținându-se astfel și după o observare îndelungată.

Calea de administrare a foliculinei este diferită după autorii: *Lewis, Brown, Izrailoff* o administrează pe cale subcutanată sau orală, *Linde, Browner* preferă supozitorii căii subcutanate și consideră calea orală ca fiind ineficace. *Novak* crede că calea vaginală de administrare ar fi cea mai favorabilă. Am văzut pe *Hohorst* întrebându-l calea intra m.

În orice caz vom căuta să evităm apariția reacțiilor locale sau generale: turgescența labiilor mari, tensiunea sânilor, etc. Dacă am provocat aceste reacțiuni vom fi obligați să diminuăm dozele sau să mărim intervalul injecțiilor.

Dozele întrebunțate (ale lui *Hohorst* de ex.) ne permit să nu ne temem de o desvoltare a reacțiunii lor secundare. hipofizare și ovariene. Totuși *Witherspoon* atrage atențiunea asupra consecințelor tardive posibile ale acestui tratament și recomandă o mare prudență în administrarea lui.

Chimio-terapia v—v. gonococice. Chimio-terapia a fost introdusă în tratamentul diferitelor afecțiuni microbiene, în sensul principiilor lui *Ehrlich*, anume de a realiza nimicirea agenților patogeni pe cale sangvină, cu ajutorul unor substanțe chimice sintetice. Aceste principii au fost încercate și în tratamentul blenoragiei cu o serie lungă de preparate (preparate coloidale și cristaloidale de Ag., Aur, Hg., Cu., Mn., produse colorante, ca albastru de metilen, preparate acridinice: ca gonacrina, tripafla-

vina, gonoflavina, rivanol, etc.) fără a obține însă rezultate care să li corespundă așteptărilor optimiste dela început. Însfârșit din seria sulf-amidelor, preparate de I. G. Farbenindustrie s'a făcut remarcabilul produs cunoscut în comerț sub numele de „Uliron” cu formula chimică: Benzol, sulfon — dimetil — amină. Preparatul acesta care a provocat atâtea discuții atât la noi cât și în străinătate, este un derivat al prontosilului. El a fost introdus în tratamentul blenoragiei în urma lucrărilor lui *Grütte* și *Felké*. Ulironul se caracterizează prin acțiunea sa selectivă asupra gonococilor, având totodată o toxicitate mai redusă decât preparatele cunoscute din grupa sulfonamidelor. Prin experiențele făcute la animale, ulironul s'a dovedit a fi bine tolerat mai bine chiar decât prontosilul. Astfel s'a văzut că iepurii tolerează acest medicament până la 5 gr. pe kg. greutate. Asupra infecțiilor streptococice are același efect ca și prontosilul, iar la infecțiunile cu stafilococi este absolut superior.

După *Domack* și *Bürger* acest preparat ar avea următoarele proprietăți: a) o acțiune bactericidă, b) o acțiune antitoxică neutralizând toxina microbiană, c) împiedecă încapsularea microbiană și d) ridică forța de apărare al organismului. Ulironul se administrează pe cale bucală sub formă de tablete.

Din cercetările clinice rezultă că ulironul nu influențează eficace decât dacă organismul a câștigat un oarecare grad de imunitate antigonococică și dacă propria sa apărare se adăogă la acțiunea preparatului.

Administrarea ulironului poate fi făcut în două feluri. Sau metode cu atacuri lungi de 10 zile, sau 7 zile, sau metode cu atacuri scurte, de 4 zile, intercalând pauze de 6 zile. În ambele metode, s'a ajuns la concluzia că cea mai bună metodă de administrare este aceea cu atacuri scurte, repetate.

În ceea ce privește v—v. gonococică, ulironul a fost întrebuințat în clinica din Cluj cu rezultate destul de mulțumitoare. Din 130 de cazuri de blenoragie (din Noembrie 1937—Decembrie 1938) 5 cazuri de v—v. gonococică a fetițelor mici, au fost supuse tratamentului cu uliron. În aceste 5 cazuri s'a obținut cu atacuri de 3—7 zile à 1.5 gr. pe zi, dispariția gonococilor după seria 3-a de Uliron în 3 cazuri, 2 cazuri au recidivat. O fetiță de 2 ani, face un exantem scarlatiniform generalizat, a 3-a zi după

terminarea atacului 2, care însă a dispărut fără nici un tratament în decurs de câteva zile. Cazurilor de mai sus nu li s'a aplicat niciun tratament local.

Accidentele ce se observă în cursul administrării Ulironului sunt: a) fenomene toxice ușoare: dureri de cap, oboseală, greață, vărsături cu ușoară temperatură, exanteme și alte erupțiuni cutanate, edeme, căderea părului și b) fenomene toxice grave: nevrite motorice mai ales la extremitățile inferioare, pareze și chiar cazuri mortale.

Este importantă și selecționarea cazurilor cunoscut fiind, că față de cazuri acute cu infecție recentă Ulironul nu pare a avea un efect prompt, pe când cazurile evoluat se pretează mai bine la acest tratament. În aceste cazuri ar fi vorba pe lângă acțiunea directă a Ulironului asupra infecției gonococice, de o mobilizare a forțelor de apărare ale organismului.

Un alt preparat din seria sulfamidelor este încercat de *Van Sintjan* și rezultatele obținute publicate în *Journal Belgie d'Urologie*. Este vorba de o sulfanilamida („astreptin“) administrată în comprimate á 30 ctgr.

Van Sintjan se referă la 7 cazuri de v—v. blenoragică tratate în serviciul Dr-ului *Cantiniemux*, clinica Brugman pe lângă un tratament local (spălături vaginale cu hipermangan) cu sulfanilamida (astreptina) și trage următoarele concluziuni:

În ceea ce privește doza este recomandabil 60—80 ctgr. de sulfanilamida pentru 9 kgr. și 24 ore. Raportându-ne la vârsta copilului ceea ce e mai comod și mai obișnuit în terapeutică infantilă, dăm un comprimat de 30 ctgr. pe zi și an — de vârstă.

În ceea ce privește toxicitatea preparatului, autorul remarcă că toți copiii l-au suportat bine în timpul celor 2 săptămâni de administrare. În afară de o ușoară scădere a poftei de mâncare către ziua 5-a, care de altfel a revenit imediat prin diminuarea dozei de administrare, autorul n'a avut nici un fel de accident.

În ceea ce privește acțiunea microbicidă a preparatului, autorul găsește frotiul negativ în 6 cazuri din 7 deja după a 4-a până a 5-a zi de administrare a medicamentului. Autorul a continuat, din precauție, administrarea sulfanilamidei pe timp de încă o săptămână.

Este remarcat că, în cazurile în care sulfanilamida a avut un succes deplin, era vorba de fetițe infectate de câteva timp.

În singurul caz în care sulfanilamida a eșuat era vorba de o copilă căreia i s'a administrat medicamentul dela începutul infecției blenoragice. Deci aici ca și în cazul Ulironului vom lăsa să treacă un oarecare timp între debutul infecției și administrarea medicamentului, în care timp o oarecare imunitate și rezistență a organismului se poate instala. Vom prescrie deasemenea mici intervale de repaos între curele de atac.



Profilaxia

În afară de tratamentul curativ vom ține bineînțeles cont și de profilaxia boalei, știut fiind că e mai ușor să ne ferim de o boală, decât s-o vindecăm odată instalată fiind. Această problemă ne duce la patogenia adică la modul de contractare a boalei.

Modul de contractare la copii este direct ori indirect. *Indirect*: Lîngeria patului, copilul culcându-se în patul părinților de pe cearceaful patului infectează copilul. Blenoragia se mai contractă și prin lîngeria de întrebuintare comună, contaminată prealabil. *Wolbarsl* a putut observa un caz de infecție, prin cateterism al uretrei cu o sondă infectată. *Suchard* citează o epidemie de v-v. la mai multe fetițe, durată 12—15 zile, care a încetat numai după desinfecțarea vanei în care fetițele își făceau băile lor comune. Prin folosirea în comun a vaselor de noapte, a lavoarelor, a ștergarelor, și pongilor de baie, prin instrumente medicale boala își găsește o cale de infectare.

Enidemiile și epidemiile de v-v. observate în azile și spitale de copii ne dovedesc îndeajuns posibilitatea infecției indirecte. *Adkinson* amintește endemia dintr'un pension, unde copilele aveau obiceiul să meargă noaptea una la cealaltă în pat. În acelaș timp băntuia și oftalmia purulentă și stomatita ulcerosă. *Well* și *Barjon* la spitalul Charité au observat o epidemie de 30 v-v. transmise prin termometru. Infecția indirectă a copiilor este mai frecventă decât la adult, din cauza condițiilor speciale ale vieții copiilor. Mîna copilei încă, poate transmite infecția dela ochi la vulvă.

Cauze directe: Infecția este directă la copii noi născuți în cursul facerei, când secreția gonoroică a mamei pătrunde în genitalele copilei. Ca cauze directe mai cităm: *actele criminale*.

a) adult cu copile și b) copii între ei.

a) *adult cu copile*: pedofilia erotică este un fenomen des-

tul de frecvent. În multe țări se crede că prin contactul sexual cu copile inocente, se poate vindeca bărbatul de boli venerice, sau și de alte maladii. În alte locuri se crede că contactul sexual cu fetițe fragede prelungește viața bărbatului; ori bărbatul bătrân reintinereste prin contact sexual. Mai rară cauza acestor acte criminale este impotența bărbaților, cari sunt incapabili pentru un contact cu femeii și violează fetițe neștiutoare. În timpurile mai noi drept cauză a acestor criminalități se crede că ar fi: 1) constituția neuropsihopatică patologică, 2) sadism, 3) alcoolism, 4) vagabondajul, copile cerșetoare, 5) ocazia: ocupația servitori, guvernante, institutori, etc.

Pericolul acestor acte criminale, cari pot provoca blenoragia, la copile, constă în faptul că ele se țin în secret, în interesul familiei, așa că acești copii contaminați pot infecta pe alți copii, frați, surori, etc.

b) *copii între ei*. Cauzele: copii degenerați, starea patologică moștenită, la idiști, la cari sexualitatea se dezvoltă precoce. Foarte des se întâlnește această perversitate și la copii sănătoși din cauza unei dezvoltări sexuale exagerate. La popoarele naturaliste această dezvoltare sexuală precoce ar fi în legătură cu clima. De altfel este un fapt cunoscut, că sexualitatea e mai dezvoltată la fete.

În ce privește vârsta copilelor: după statistica clinicienilor, sunt contaminate fetele de 2—7 ani, rare ori până la 10 ani, urmează apoi o pauză, care corespunde perioadei pubertății, urmând perioada infecției directe. Infecțiozitatea la copii s-ar explica și prin faptul că epiteliul vaginal al fetițelor e mai puțin rezistent față de pătrunderea gonococilor, ca cel al adultului. După *Benedix* e mai frecventă la vârsta de 6—12 ani, și adesea la copile în primii ani. *Joseph* zice că pot fi atinse fetițele de orice vârstă. După o statistică adunată de *Olteanu* din 138 de cazuri în prima copilărie au fost 11, în a doua 68, în a 3-a copilărie 59 cazuri. Deci numărul cel mai mare l-au dat copilele în vârstă dela 2—7 ani.

Constituția anatomică încă favorizează infecția. Organele genitale externe a fetițelor sunt expuse cu o suprafață mai mare pentru virusul gonococic. Vulva este intra-deschisă la partea superioară, lăsând să se vadă meatul urinar (uretrita atât de frec-

ventă : după unii autori blenoragia ar fi localizată primar în uretră) și închisă în partea inferioară (invers la adult. Deschizătura vulvei este îndreptată înainte).

În legătura cu vârsta o altă cauză care ar mări dispoziția la invazia virusului gonococic ar fi susceptibilitatea mucoasei, pentru acest virus, căci congestia mucoasei favorizează infecțiunea, când gonococul vine în contact cu mucoasa inflamabilă.

După cele enumerate mai sus, profilaxia v-v. blenoragice va consta în combaterea a tuturor cauzelor cari sunt susceptibili direct sau indirect să, provoace boala și s'o extindă sub formă de epidemie.

Profilaxia constă deci în a face atente mamele pentru a evita să se culce copilele cu persoane care au scurgere blenoragică și să nu folosească obiectele de toaletă ale acestora. Evitarea epidemiilor în spitale, educarea mamelor prin medicul școlii, surorii de ocrotire. La intrarea în spitale a copiilor examinarea lor apoi a petelor de albituri, examenul clinic și microscopic din secreția uretrală și vaginală. Educația igienică, responsabilitatea, conștiința cel puțin în clasele academice. Examinarea stării sănătății înaintea contractării căsătoriei.

Având în vedere că majoritatea cazurilor ne infectează întrapartum, profilaxia — să se impună din partea institutelor de obstetrică.

Concluziuni.

1. Vulvo-vaginita a fetițelor tinere este o formă specială a gonocociei, destul de răspândită și care se contractează în mod direct (acte criminale, etc.) sau mai ales în mod indirect prin lipsa de igienă și antisepsie.

2. Vulvo-vaginita blenoragică se supune în afară de tratamentul clasic al spălăturilor vaginale cu diferite antiseptice și unui tratament nou: foliculinei și chimio-terapiei.

3. Foliculino-terapia se bazează pe transformarea puberală a epiteliului vaginal al fetițelor tinere, transformare fiziologică, care inhibază creșterea gonococilor. După încetarea administrării foliculinei, se produce regulat o reîntoarcere la starea obișnuită a mediului vaginal al fetiței.

4. Chimio-terapia prin sulfamide (Uliron, Sulfanilamida) se bazează pe acțiunea bactericidă și antitoxică a preparatelor și ridicarea forței de apărare a organismului. Se administrează pe cale orală și dau rezultate mai favorabile în cazuri de v—v. blenoragică prelungită, nefiind administrate chiar de la începutul boalei

5. Profilaxia prin igiena și combaterea cauzelor sociale își are un loc de frunte în lupta contra acestei boli.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, la 24 Martie 1939.

Decan,
s. s. Prof. I. DRĂGOIU.

Președintele tezei,
s. s. Prof. Dr. V. BOLOGA.

Bibliografia

- Banciu, Ghîtescu, Nedelcu.* Incercări chimio-terapeutice în tratamentul blenoragiei prin Uliron. Rom. Med. Dec. 1938.
- Chick Grégoire* Vulvo-vaginite des petites Filles. Progres Méd. Dec. 1935.
- Fesler.* Diagnostic et traitement de la vulvovaginite infantile. Wiener Kl. Wochenschr. No. 35 1932.
- Gate, Michel, Delbos.* Traitement hormonal de la vulvo-vaginite. Revue Franc. de gynécologie et d'obstétrique No. 9 1938. Journal de Méd. de Lyon No. 2, 7, 3, 1931.
- Hohorst W.* Neue Wege in der Behandlung der Vulvo-vaginitis. Med. Kl. No. 32. 1936.
- Hubermann — Israiloff.* Therapeutic value and effects of aminotin in gonorrhoeal vaginitis in children. J. A. M. A. 103 1034.
- Van Sindtjan.* La Sulfanilamid dans le traitement de la Vulvo-vag. Journ. Belgique d'urologie No. 2. 1928.
- Simonet Henri.* Vaginite Gonorrhéique de la Fillette. Thèse Paris 1936.
- Olteanu Minerva.* Considerațiuni asupra vulvo-vaginitei blenoragice la copii. Teza Cluj, 1924.
- Tălaru, Pop, Cîrlea.* Contribuțiuni la chimio-terapia blenoragiei. Clujul Medical No. 11, 1938.
- Weissmann — Levaditi.* Chimio-Thérapie en blennorragie. Pres. Med. No. 99. 1937.