

Afecțiunile gonococice
și tratamentul lor cu
D A G E N A N

T E Z Ă

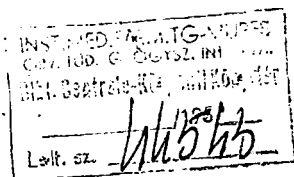
PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE MARTIE 1940

DE

POPESCU PÂRVU

fost extern și intern al clinicilor prin concurs



24 MAY 2005

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA

Decan : Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia	„ „ BARONI V.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	„ „ BARONI V.
Fiziologia umană	„ „ BENETATO GR.
Istoria medicinei	„ „ BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	„ „ BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ BUZOIANU G.
Istologia și embriologia umană	„ „ DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	„ „ GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ GRIGORIU C.
Clinica medicală	„ „ HAȚIEGANU I.
Medicina legală	„ „ KERNBACH M.
Chimia biologică	„ „ MANTA I.
Clinica oftalmologică	„ „ MICHAÏL 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 operatorie }	„ „ POPOVICIU GH.
Clinica infantilă	„ „ SECĂREANU ȘT.
Chimia medicală	„ „ STURZA M.
Balneologia	„ „ TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică	„ „ ȚEPOSU E.
Clinica urologică	„ „ URECHIA C.
Clinica psihiatrică	„ „ VASILIU T.
Anatomia patologică	„ „
Igiena generală	Ag. ZOLOG M.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE SUSTINERE :

PREȘEDINTE : D-l. Prof. Dr. V. BOLOGA

MEMBRII :	}	„ „ „ V. PAPILIAN
		„ „ „ I. MOLDOVAN
		„ „ „ E. ȚEPOSU
		„ „ „ I. ALEMAN

SUPLEANT „ Conf. „ I. GAVRILĂ

INTRODUCERE.

MOTTO: Per aspera ad astra.

Tratamentul infecțiilor gonococice se face de multă vreme aplicând metodele locale de desinfecție, piretoterapia, mecanoterapia și chimioterapie. În ultimul timp s'a adăugat ca metodă de tratament acțiunea căldurii radiante. În toate aceste metode însă, lipsește acțiunea specifică a tratamentului asupra gonococului și de aceea rezultatele obținute sunt adesea nesatisfăcătoare.

Răspândirea blenoragiei este un fenomen pe care medicina îl cunoaște bine și lupta pe care o dă împotriva acestui flagel, ia de multe ori aspectele cele mai dramatice. Dacă ar putea fi materializate suferințele îndurate de nenumăratele victime ale acestei boale, cred că toate la un loc ar constitui un adevărat munte al suferinței. Puși în fața unei asemenea stări de fapt, sunt ușor de înțeles eforturile ce se fac în continuu de către oamenii de știință pentru a găsi și a aplica tratamentul cel mai bun și sunt de asemenea îndreptățite speranțele atâtor victime, care au așteptat și așteaptă încă, ivirea unei metode de tratament cu cele mai sigure și mai rapide efecte.

Cercetările din ultimul timp, tind să satisfacă aceste imperioase deziderate și descoperirea unor medicamente noi din grupul sulfonamidelor — Oliron, Dagénan, etc. — au schimbat în largă măsură tratamentul și prognosticul afecțiunilor gonococice.

Sînt o mare satisfacție că am avut ocazia să experimentez personal un medicament nou — Dagénan-ul — și să contribui cât de modest în acest domeniu al teraputicii.

Înainte de a descrie noul medicament cât și rezultatele obținute prin aplicarea lui, am găsit necesar să redau în mod sumar, întregul cadru patologic al gonocociei cât și metodele actuale de diagnostic.

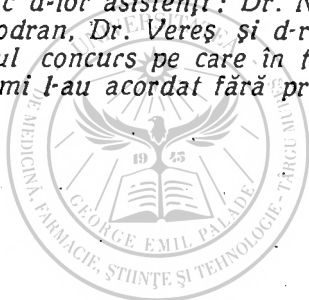
Subiectul mi-a fost sugerat de către dl. asistent

Dr. N. Lengyel și aprobat de către dl. profesor Dr. V. Bologa și dl. șef de lucrări dr. Leonida Pop.

O teză pune capăt studenției, dar dă în același timp drum liber amintirilor. Anii petrecuți în facultate apar plini de învățatură acumulată și de pilde trăite. Țin să aduc cu această ocazie cel mai respectuos omagiu D-lor profesori: V. Bologa și V. Papiliân, în ale căror calități de distinși oameni de știință și de neobosiți îndrumători spirituali, am văzut cum ariditatea științei se poate îmbina armonic, cu un suflet în care noblețea însușirilor este desigur pilda cea mai bună de urmat.

Munca la această teză n'a fost ușoară, dar stimulul pe care mi l-a oferit munca dârză și susținută a D-lui șef de lucrări Dr. Leonida Pop a fost pentru mine un prilej de neseacăta admirație și de puternic imbold în lucrarea de față, stimul pe care-l doresc prezent și în activitatea mea viitoare.

Mulțumesc d-lor asistenți: Dr. N. Lengyel, Dr. P. Țârlea, Dr. Modran, Dr. Vereș și d-ra dr. Mihalescu, pentru prețiosul concurs pe care în timpul experimentărilor clinice mi l-au acordat fără precepuțire.



I S T O R I C

Din cele mai vechi timpuri, omenirea a fost bântuită de afecțiuni diferite care și-au încrustat pecetea lor într'un timp apropiat asupra individului, cât și într'un timp îndepărtat asupra posterității. Una dintre aceste afecțiuni, care poate fi socotită tot așa de veche ca și omul, este blenoragia, boală care se fixează temporar pe aparatul urinar și definitiv pe aparatul genital. Deci, în felul acesta nu este dăunătoare numai individului a cărei pradă a avut nenorocirea să cadă, ci și descendenților, cărora le reduce simțitor biologicul, influențând atât asupra fizicului, cât și asupra psihicului. Că este o boală foarte veche, ne stau mărturie (cel puțin de când omul a avut posibilitatea și i-a venit în inspirația de a lăsa ceva scris după el), documente din care se desprinde clar existența cât și gravitatea acestei boale. Așa, Moise cu vre-o mie cinci sute de ani înainte de era noastră, spunea (versetul 2) că „omul care suferă de fluxum feminis, să fie considerat ca spurcat“; în alte versete vorbește despre contagiozitatea acestei boale adăugând că impuritatea bolnavului se întinde în pat, pe scaunul pe care șade, pe toate obiectele de care se servește, sau asupra persoanelor cu care vine în contact mai mult sau mai puțin intim. Circumciziunea a fost imaginată de Evrei cu scopul de a lupta contra acestei boale, mai ales pentru a preveni balano-postita, o complicațiune a blenoragiei. Cu trei secole înainte de Christos, Hippocrates ne dăruiește un document științific referitor la această boală, pe care, în lecțiunile sale o numește STRANGURIE și în etiologia căreia încriminează: „supurațiile renale, inflamațiile vezicii, uretrei, rectului, uterului; constipația și excesele sexuale“. Hippocrates a făcut însă greșeala de a fi atribuit originea bolii și polipilor, numiți de el „tuberculi și carnozități“. În sfârșit, blenoragia a fost obiectul cercetărilor și atenției oamenilor de știință de pretutindeni.

Pentru a veni în sprijinul celor afirmate, cred că este suficient dacă citez câteva nume ilustre, ca : *Aristotel*, *Seneca*, *Platon*, *Epicur*, *Celsius*, etc. î. Chr. iar în era noastră : *Galien*, căruia i se datorește chiar numirea de „gonorrhoe“ ($\gamma\omicron\nu\omicron\varsigma$ = sămânță și $\rho\epsilon\iota\nu$ = a curge) și *Areteu* din Capadochia care separă spermatozeea de celelalte scurgeri uretrale. *Paul d'Épine* (secolul IV.) descrie pe larg parafimoza ($\pi\alpha\rho\iota$ = dincolo, peste și $\varphi\iota\mu\omega$ = a strânge).

Coelius Aurelianus (sec. VI.) atribuie blenoragia excelselor sexuale, greșelilor comise în regim cât și exercițiilor forțate. În India, *Susruta* tratează pe larg despre *disurie*, într'un tratat de boli ale căilor urinare. *Rhasès* (sec. IX.) este primul care pune hematurii pe seama suferinței vezicii urinare. *Mésué* (sec. X.) vorbește de erecțiile care întovărășesc scurgerile. *Avicenne* se ocupă de retenția de urină datorită ulcerărilor colului vezicii sau vegetațiilor.

Constantin Africanul (1015—1087) contribuie la tratamentul blenoragiei, indicând injecțiile cu lapte de femeie.

Scoala din Salerno (sfârșitul sec. XI.) se ocupă de această boală, pentru tratamentul căreia lasă niște precepte dietetice. *Roger* (sec. XIII.) definește mai precis simptomele blenoragiei; în același timp *Guillaume din Salicet*, pune scurgerea pe seama murdăriei rămase sub prepuț după un contact sexual cu o femeie murdară. *Lanfranc*, *Gordon* și *Gaddesden* (sec. XIII.) contribuiesc — pentru timpul lor — la îmbogățirea arsenalului terapeutic al blenoragiei. *Gaddesden* este și primul care amintește despre suspensor. *Guy de Chauliac* (sec. XIV.) consideră priapismul ca simptom al boalei și se servește de antiflogistice în tratamentul blenoragiei.

Valescus din Tarent (sec. XV.) afirmă că scurgerea uretrală survine în urma raporturilor cu o femeie infectată sau după excese sexuale.

Pierre din Argelata (sec. XV.) recomandă dietă și purgații în caz de blenoragie, iar *Marcellus Cumanus* preținde că a vindecat mulți pacienți prin dietă și fricțiuni cu ulei. *Antoine Guainer* este primul care vorbește despre dilatația uretrei. *Arculanus* (sec. XV.) definește termenii : *disurie* și *ischurie* și contribuie în mare măsură la tratamentul uretritei acute și al retenției de urină.

Vigo (sec. XVI.) deosebește blenoragia de sifilis, cu care a fost confundată de toți autorii până la el și fixează

anul 1494 ca dată a apariției sifilisului în Europa. *Marianus Sanctus*, elevul lui *Vigo*, se ocupă de stricturile uretrei, inventând chiar și un instrument în vederea tratamentului acestor complicațiuni blenoragice. Până și ilustrul scriitor francez din sec. XVI, *Rabelais*, acela care a exercitat atâtea profesii, chiar pe aceea de profesor de anatomie și preot, s'a ocupat în mod deosebit de blenoragie, după cum se poate vedea în opera sa: „*Gargantua et Pantagruel*“ vorbind într'unul din paragrafele acestei opere (cartea II-a cap. 28) despre îmbolnăvirea de blenoragie și tratamentul lui *Pantagruel*.

Brasavole face din blenoragie un accident al sifilisului.

Alphonse Ferri (sec. XVI.) se dedică studiului stricturilor și tratamentului lor, lucru pe care îl face în același timp și *Lacuna* (sec. XVI.).

Ambroise Paré (sec. XVI.) confundă blenoragia cu sifilisul, greșeală care n'a fost îndreptată decât în sec. al XIX lea. Tot el este acela care a contribuit primul la tratamentul uretritelor cronice prin metoda dilatației. *Loyseau* (sec. XVI.) tratează stricturile regelui *Henri IV*.

Tot cu stricturile s'au mai ocupat: *Fabricius Aquapendente*, *Van Helmont*, *François Tolet*, *Van Soligen* și *Dionis*.

Morgagni arată că scurgerea uretrală nu provine din ulcerarea canalului uretral, ci din inflamația mucoasei și mai ales a lacunelor care-i poartă numele. *Gardane* (sec. XVIII.) descrie blenoragia în mod magistral, dar făcu și el confuzia cu sifilisul. Lui *Bell* îi revine meritul de a pune capăt confuziilor ce se făcuseră până atunci, căci în 1793 făcu separația netă între blenoragie și sifilis, secundat fiind în această părere și de *Bosquillon*, un medic francez.

Swediaur (sec. XVIII.) arată că inflamațiile uretrale pot să fie produse și de unele substanțe chimice iritante și creie numele de blenoragie a cărui semnificație este: scurgere de mucus.

În 1812, *Hernandez* inoculă puroiu blenoragic la 17 ocași dintre cari nici unul nu făcu sifilis. Separația definitivă între blenoragie și sifilis a fost făcută de *Ricord*, care însă a susținut greșit că blenoragia se dezvoltă sub influența cauzelor variate, fără principii virulenți deosebiți. *Rollet* susținea din contră teoria virulenței specifice a blenoragiei. În 1872, *Haller* puse în evidență niște microorganisme în

puroiul blenoragic. *Neisser* descoperi în 1879 adevăratul agent patogen al blenoragiei, pe care-l numi gonococ, descoperire confirmată în urmă de o mulțime de autori. În 1884 *Bumm* izbuteste să prepare culturi de gonococi.

* * *

După ce am enumerat atâtea personalități din lumea medicală, începând din antichitate și până spre sfârșitul veacului al XIX-lea și am văzut că cercetările lor în legătură cu această boală, au fost animate de un viu și deosebit interes, ne putem da ușor seama de pericolul ce-l prezintă pentru umanitate cât și de importanța profilaxiei și tratamentului ei. Ea este o boală de temut prin urmările nefaste imediate și îndepărtate, cu toată benignitatea ce i-o dau mulți bolnavi nepăsători. »Picătura militară» neluată în seamă, constituie un pericol pentru o altă persoană, deoarece conține gonococi în stare de latență pentru purtători, dar cu nimic mai puțin virulenți pentru o persoană sănătoasă. Ca probă, că multe blenoragii au fost contractate dela femei în aparență indemne. În aceste cazuri putem admite o transformare a terenului uretral, o imunizare locală și temporară, în realitate cu totul relativă, scurgerea putând să reînceapă adesea cu mai multă furie imediat ce terenul a fost făcut favorabil gonococului printr'o oboseală mare, coit în perioada menstruală, ingerare necumpătată de băuturi tari, etc.

Tot o greșeală mare poate să rezulte și atunci când atenția se concentrează numai asupra picăturii militare a cărei dispariție după unii ar însemna vindecarea, scăpându-se din vedere că filamentele din urină, îmbuibate cu gonococi, pot în timpul actului sexual să fie antrenate cu sperma și să aducă astfel mari neajunsuri femeiei. Blenoragia constituie o plagă socială prin faptul că atinge individul, familia și comunitatea așa că din acest punct de vedere o pot situa pe același plan cu sifilisul, cancerul, și tuberculoza, fără a mă teme că voi fi acuzat de exagerare. Nu este locul să ne ocupăm de complicațiile și ravagiile ce le produce această boală. Este destul să spunem deocamdată că peste 80% din organele omului pot cădea victimă gonococului, care în cazurile cele mai grave poate produce moartea, cum se întâmplă în septicemiile gonococice. Gonococul poate rămâne mult timp în corpul uman, în stare de latență, trăind ascuns și sfidând spălăturile sau un tratament sumar. Mi-aduc aminte cu această ocazie, cum

Dl. Profesor *Papilian*, cu prilejul lecțiilor referitoare la anatomia organelor genito-urinare, dată fiind constituția anatomohistologică a acestora, ne atrăgea în mod deosebit atenția asupra dificultății, uneori chiar a imposibilității de a vindeca radical blenoragia cu mijloacele mecanice, fără un agent specific antigonococic, făcând ca mulți să poarte din această cauză, toată viața gonococii și putința de a infecta.

În legătură cu longevitatea blenoragiei sper că va fi suficient dacă voi aminti că *Ricord* a îngrijit pe un blenoragic timp de 40 de ani, iar *Désormeaux* pe unul cu uretrită gonococică timp de 50 de ani.

Hartmann a constatat la unul din bolnavii săi, gonococi timp de 10 ani în continuu. *G. Luys* a avut în clientela sa două cazuri în care gonococul a rămas virulent: la unul 40 iar la altul 55 de ani. Din aceasta rezultă tenacitatea bolii cât și marea dificultate de a o suprima după ce s'a furișat într'o căsnicie.

Blenoragia cronică poate să deschidă porțile multor suferinți fizice și morale mai ales atunci când atrage după sine sterilitatea și aceste cazuri sunt destul de frecvente. După statisticile lui *Noeggerath*, în New-York din 1000 de persoane căsătorite, 800 suferiseră de blenoragie; 90 din o sută nu se vindecaseră, boala rămânând astfel contagioasă, expunând la infecțiune pe femeile care se căsătoriau cu blenoragici cronici și deci prin sterilitate să aducă cu timpul o depopulație, consecință foarte gravă pentru viitorul unei națiuni. Ce mare greșală o constituie faptul că mulți consideră blenoragia ca pe o boală ușoară, prin această indiferență dând o mai mare posibilitate boalei de a submina în mod tenace și eficace temelia capitalului biologic. Zadarnice vor fi străduințele medicilor, mai ales ale higieniștilor, de a pune zăgaz acestui flagel de temut, dacă fiecare individ nu va fi pătruns de cunoștința pericolelor ce ocazionează această boală precum și de măsurile care au menirea de a o înconjura?! Nu cu nepăsare trebuie privite aceste lucruri, ci cu toată seriozitatea, căci dacă sunt și de aceia cari țin prea puțin la persoana lor ei ar trebui să știe că n'au dreptul să înlesniască lățirea unei boli care lovește dacă nu chiar suprimă generațiile viitoare! Medicii iarăși au sarcina de a semnală pericolele

acestei afecțiuni și cred că, dacă nu chiar toți, dar majoritatea o fac. Iată ce spune Dr. *Jullien* : „această situație sfâșietoare trebuie să se termine. Trebuie ca noi doctorii, să facem toți o cruciadă contra dușmanului ascuns, de o sută de ori mai teribil decât sifilisul. Să spurem, deși nu vom lumina niciodată destul pe tineri, lucrători ca și pe mondeni, despre consecințele ultime ale blenoragiei; să-i facem să vadă viitorul conjugal înveninat, posteritatea compromisă; să le dăm mijloacele de a recunoaște acest rău; să-i amânăm dela căsătoria prin cinste, prin conveniență, prin interes și mai ales a-i obișnui să se vindece. Această datorie interesează în același timp fericirea indivizilor cât și prezervarea socială“.

Acum vre-o două decenii, americanii conștienți de pericolele blenoragiei pentru posteritate, voiau să aplice o lege care să impună candidaților la căsătorie un examen medical minuțios. Pentru a se putea contracta o căsătorie în care să nu apară mai curând sau mai târziu o gamă întreagă de neplăceri, ar trebui să se constate la candidați înainte de căsătorie, o vindecare completă și absolută.

„Să se îndepărteze vălul ignoranței și excesul de încredere al indivizilor“, iată cei doi factori importanți cu cari înarmați fiind, vom putea să realizăm o bună profilaxie în lupta contra blenoragiei.

ETIOLOGIA BLENORAGIEI

După cum am văzut la istoric, *Swediaur* și alții credeau că inflamația și scurgerea mucoasei uretrale, sunt provocate de substanțe chimice iritante. Această părere a fost detronată odată cu descoperirea gonococului, agentul specific al blenoragiei. *Neisser* puse în evidență în puroiul blenoragic microbul care de atunci îi poartă numele (1879). Gonococii se prezintă sub forma de boabe de cafea sau de rinichi normali, cari se privesc față în față câte doi, cu părțile lor ușor concave, diplococi ale căror dimensiuni sunt: un micron și 0,4 microni. Ei nu sunt dispuși în lanțuri ci se grupează de obicei în grămezi de 20—40 diplococi la începutul boalei. Ei se pot colora cu culorile bazice de anilină și se decolorează prin Gram, fapt foarte important pentru deosebirea gonococului de alți diplococi. Cu albastru de metilen, ei se colorează în albastru închis,

iar celulele protoplasmice în albastru mat. În primele zile ale infecției, gonococii se găsesc în protoplasma leucocitelor și a celulelor epiteliale (intracelulari), iar mai târziu devin extracelulari. Gonococii se găsesc în toate leziunile blenoragice, exceptând serozitatea reumatismală; dispar repede din lichidul revărsat, dar se pot pune în evidență în culturile de fungozități sinoviale. Gonococul devine agresiv față de mucoasele organismului prin toxina sa. Gonotoxina inoculată la cobai sau șoarece produce moartea acestor animale în scurt timp, iar aplicată pe mucoasa uretrală, o irită puternic vre-o 4—5 zile și nu este dotată cu proprietăți imunizante. Între gonococ și meningococ există o mare asemănare în cece privește morfologia, vitalitatea, afinitățile tinctoriale, motive pentru cari *Pinto* consideră gonococul un meningococ *Weichselbaum* atenuat.

Proprietățile biologice ale gonococului. Gonococul este foarte sensibil la temperatură. Se dezvoltă la temperatura normală a corpului uman. Sub 20° și la 38° nu se mai dezvoltă; rezistă la 200° sub zero. La 39—40° gonococul moare, explicându-se astfel vindecările de blenoragie observate uneori în cursul bolilor febrile intercurente, fenomen încă ne elucidat.

Cultivarea gonococilor, necesită laboratoare bine înzestrate, este greu reclamând medii speciale, motive pentru care nici nu se prea recurge la ea, decât în cazurile blenoragiilor cronice sau în blenoragia anexelor. În practica de toate zilele însă, ne putem dispensa de cultivarea gonococilor; totuși când ni se cere o putem face servindu-ne de medii ca: ser de sânge uman coagulat, sânge gelozat, geloză ascită, bulion ascită, ser coagulat de iepure, mediul lui Wassermann (ser de porc), ser gelozat, mediul lui Henry Heimann (lichid pleuretic cu agar), mediul cu agar și gălbenuș de ou etc.

Modul de contagiune. Uretra este infectată de gonococ în moduri multiple în momentul contactului sexual, dar această infecțiune se poate produce chiar și numai prin simpla atingere a organului mascul cu o regiune oarecare a organelor genito urinare femele, murdărită cu material blenoragic. Mai poate avea loc și o contagiune mediată, când gonococul a ajuns pe o mucoasă oarecare, venind apoi în contact cu meatul urinar, cum se întâmplă în perversiunea sexuală prin „coit ab ore“. Totuși pentru a se produce infecția, pe lângă materialul infectant mai este

nevoie de multe ori și de condițiunile adjuvante, cauze de excitațiune ca : abuzul de alimente piperate, liqueuri-uri, șampanie, excese veneriene, raporturi sexuale lungi și prelungite, mai ales în stare de beție. Printre fenomenele congestive care favorizează infecția, mai sunt acelea care preced, însoțesc sau succed imediat epocile menstruale cât și acelea care se leagă de graviditate. Receptivitatea mucoasei pentru grefarea gonococului, mai este dată și de alcalinitatea ușoară a mediului în timp ce aciditatea constituie o condiție defavorabilă pentru dezvoltarea gonococului, fapt care-și are laturea practică în urinarea imediat după contactul sexual cu o persoană dubioasă.

Recidivele constante ale uretritei gonococice pot avea două cauze : 1. ele pot purcede dintr'o auto-reinoculație a uretrei dela un focar gonococic netratat (litrită, cowperită, prostatită, vesiculită) ; sau 2, pot să se producă prin hetero—inoculație.

Pătrunderea gonococului. Odată ajuns în uretră, gonococul pătrunde mai întâiu în celule și în spațiile intercelulare, determinând așa zisa *fază epitelială* caracterizată prin alterațiuni și descuamația epiteliului, un aflux de serozitate și leucocite, fenomene urmate de o secreție mucopurulentă care ajunge până în țesutul conjunctiv subepitelial, de unde pot rezulta și metastaze.

Anatomia patologică a uretritei acute. În epiteliul cilindric, gonococul pătrunde mai ușor și mai repede decât în epiteliul pavimentos. *Finger* a observat această particularitate și explică motivul dificultății tratamentului abortiv la prima infecțiune blenoragică. Altfel se petrec lucrurile în cazul unei uretre care a mai suferit de blenoragie, unde epiteliul cilindric a fost substituit cu cel pavimentos. Gonococul rămâne la suprafața mucoasei uretrale cam 36 ore și constituie perioada de incubație în care simptomele funcționale lipsesc. Dar în curând, gonococul începe să se strecoare, printre celulele superficiale, spre profunzime. Ajuns până la țesutul conjunctiv subepitelial, produce o reacțiune care constă în inflamațiune considerabilă în ziua a treia dela data contagiunei. Se produce o diapedeză pronunțată, leucocitele dând lupta cu gonococii, luptă din care rezultă scurgerea purulentă.

Anatomia patologică a uretritei cronice. După aproximativ 3 săptămâni, perioada acută a blenoragiei descrește, perioadă caracterizată prin scăderea numărului go-

nococilor, a manifestațiilor de fagocitoză cât și printr'o tendință de regenerare prin fenomenul de metaplazie, a epitelului distrus, epiteliul cilindric fiind înlocuit cu epitelii pavimentos. În cazurile fericite, gonococul dispare în săptămâna a șasea, dar în alte cazuri el rămâne ascuns în țesuturi sau în glande, când putem vorbi de uretrita cronică.

BLENORAGIA ACUTĂ ANTERIOARĂ

Din punct de vedere patologic, uretra se împarte în: anterioară și posterioară, separația între aceste două porțiuni făcând-o sfincterul membranos al uretrei. În evoluția uretritei acute anterioare, deosebim următoarele stadii:

1. **Stadiul de incubație** care de obicei este de 3—5 zile, rareori 24 ore, 7—8 zile sau mai mult, când poate fi vorba de un puseu acut al unei blenoragii vechi.

2. **Stadiul prodromelor** care constă din: a) *Simp-tome locale* (roșeața și aglutinarea buzelor meatului; urina din primul pahar este turbure și cu filamente.)

b) *Simp-tome funcționale* (senzație de gădilitură, pișcătură ușoară și instantanee) și c) *simp-tome generale* (depresiune psihică sau morală, inapetență, etc.).

3. **Perioada de stare** la rândul ei este împărțită în: a) simptome locale, care se traduc prin aceea că după 24—48 ore, prepuțul și pielea penisului devin roșii și edemate, mergând până la un oarecare grad de fimoză. Limfaticele penisului se inflamează și se întind ca niște dăre pe partea dorsală a penisului. Glandul este inflammat, cu ulcerăriuni, roșu, »ca o cireasă coaptă« după expresia plastică a lui *Hunter*. Buzele meatului sunt roșii, ectropionate și escoriate uneori; ele ne dau indicii precise asupra mucoasei uretrale. Uretra inflamată excesiv, dă senzația unei coarde dureroase când o pipăim, simțind totodată și glandele lui *Littre* inflamate pe perețele inferior uretral. Secreția — de reacție alcalină — este abundentă, se îngroașă, devine galbenă, purulentă, ca după o săptămână să tindă spre culoarea puroiului produs de piocianic și pătând caracteristic rufăria. b) *Simp-tome funcționale*. Primul care deschide scena, este durerea care se exacerbează la micțiune, erecțiune și ejaculație, durere al cărei sediu,

caracter și intensitate sunt variabile. Calibrul uretral diminuează din cauza inflamației, influențând prin dificultatea mecanică a micțiunii, caracterele jetului urinar care devine mic, subțire, în stropitoare etc. Când inflamația este considerabilă, micțiunea se face picătură cu picătură sau se poate instala chiar o retenție. Ceeace vine să exaspereze pe bolnav, mai este și frecvența erecțiilor; mai ales în timpul nopții, turburări care-i ocazionatează dureri vii și deformațiuni ale penisului prin micșorarea elasticității mucoasei uretrale. c) *Simptomele generale* constau în turburări ale stărei generale, ca: frisoane, inapetență, curbatură, deprimare, față stinsă, spălăcită cât și ascensiuni febrile, fenomene datorite intoxicației organismului de către gonococ.

4. **Perioada de declin.** După două săptămâni, toate simptomele încep să scadă în intensitate: gonococii și leucocitele se impuținează, în schimb elementele epiteliale devin foarte numeroase. Urina se clarifică, filamentele se observă numai în primul pahar. Durata uretritei acute anterioare, este cam de 5—6 săptămâni iar perioada de declin de vre-o 2—3 săptămâni.

BLÉNORAGIA ACUTĂ POSTERIOARĂ.

Vorbim de uretrita acută posterioară, atunci când infecțiunea depășește sfincterul membranos. Este mai serioasă decât cea anterioară, prin complicațiile ce le produce și se observă în 80% din blenoragii. Cauzele care o produc. — afară de rare cazuri de propagare spontană, — sunt: excesul venerian, ingerarea de băuturi tari, erecțiunile prelungite, mersul și exercițiile violente (dansul, călăria, mersul cu bicicleta) sau nerespectarea regulilor de igienă. Cauza principală însă, este injecția cu siringa mică a unei cantități de lichid, care fiind împins cu forță, învinge sfincterul și duce astfel și gonococul în uretra posterioară. Chiar și o spălătură mare dacă este rău făcută, duce la același rezultat. Apoi cateterismul intempestiv, fără necesitatea și desinfecția cerută, poate desvoltă uretrita posterioară.

Simptomele uretritei posterioare acute. Uretrita posterioară ia naștere în primele două săptămâni ale blenoragiei acute anterioare.

Simptomele cardinale sunt: 1. scăderea secreției ure-

trale la nivelul meatului; 2. turburarea urinelor în cele două sau patru pahare; 3. frecvența micțiunilor (polakiurie) denotând inflamația uretrei posterioare și a colului vezical. Micțiunile acestea sunt imperioase și se repetă tot la 5—10 minute; 4. durerea caracterizată prin exacerbare la sfârșitul micțiunei. Inflamația verumontanum-ului se traduce prin poluțiuni; bolnavul se plânge de oboseală, este indispus, palid și inapetent.

Simpptomele uretritei posterioare cronice. 1.

Filamentele în urină. Dacă bolnavul urinează în patru pahare, se observă, în primul și al patrulea pahar filamente grele. 2. *Durerile constau* într'un fel de senzație desagreabilă în sfera uro-genitală. În cazurile ușoare se traduc numai printr'o greutate vagă în partea posterioară a canalului, alteleori ca un fel de greutate sau corp străin în uretra posterioară, ba chiar și ca dureri nevralgice care iradiază în perineu, testicole, sau în coapse.

3. *Turburările neurasteniforme* fac pe bolnavi să exagereze unele simptome, să rătăciască pe la o mulțime de medici până se neurastenizează de-a-binele și nu rare ori ajung la impotență sexuală. 4. *Turburările ejaculației* constau în: a) pierderi seminale, cu ocazia defecației sau spermatooree, prostatoree după micțiune; poluțiuni frecvente cât și ejaculațiuni pripite. b) Ejaculațiunile dure-roase în care senzația voluptoasă este înlocuită cu o senzație dureroasă în timpul contactului sexual și își are explicația în leziunile anatomo-patologice ale canalelor ejaculatoare. c) *Hemospermia*, când poate fi vorba de o veziculită sau când ne aflăm în prezența leziunilor verumontanum-ului. d) *Ejaculațiunile retrograde* când sperma în loc să urmeze drumul natural, merge în vezica urinară de unde este dată afară cu urina.

5. *Epididimitele repetate* constituiesc un simptom caracteristic al uretritei posterioare cronice și poate să afecteze același testicol sau printr'o alternanță să dea cunoscuta »orhită în basculă«.

DIAGNOSTICUL URETRITELOR.

Diagnosticul uretritelor îl facem examinând:

1. secrețiunile uretrale;
2. pereții uretrei propriu zise și

3. glandele anexe ale uretrei.

1. **Explorarea secrețiilor uretrale.** Acest examen vizează atât scurgerea purulentă, cât și filamentele.

1. *Examenul scurgerii uretrale.* Ne convingem mai întâiu dacă scurgerea este din uretră și nu dela o balanopostită, cum este cazul uneori la *fimotici*. Examenul nostru va avea în vedere abundența și momentul scurgerii deosebind-o deci de »picătura militară«, culoarea și consistența putându-se prezenta în diferite nuanțe. După cel puțin două ore dela micțiune, luăm secreție din uretră (col, glandele lui Skene, Bartholin, uter) când există multă, iar când există puțină, exprimăm ușor penisul între policele și indexul mâinii stângi până la baza glandului, deschidem meatul și vedem că secreția apare în fosa naviculară. Fără să sgăriem mucoasa uretrală, luăm din secreție, cu ansa în prealabil flambată și răcită și întindem bine pe o lamă pe care o uscăm apoi la aer sau ușor la o flacăară, o tratăm acoperind secreția timp de 2—3 minute cu albastru de metilen în soluție apoasă saturată și examinăm cu imersie după spălarea și uscarea lamei. Gonococii apar colorați în albastru închis. Când n'avem siguranța, facem colorația Gram. Nici o secreție nu va scăpa neexaminată la microscop.

2. *Examenul filamentelor din urină.* Acest examen se face paralel cu cel al scurgerii. Dacă urina este turbure, căutăm fosfații cu câteva picături de acid acetic. Dacă urina se clarifică, înseamnă că prezența fosfaților îi dădeau aspectul turbure. Pentru a ști originea exactă a filamentelor, ne stau la îndemână:

a) *Procedeeul Thompson*, constă în a urină bolnavul în două pahare, primul arătând starea uretrei anterioare iar al doilea pe cea a uretrei posterioare. Când e vorba de uretrite și nu de afecțiuni ale vezicii și rinichilor, putem avea trei posibilități: urină turbure în ambele pahare; urină turbure în primul și clară în al doilea pahar; urină clară în ambele pahare dar unul sau chiar ambele poate conține filamente. Interpretarea se face în modul următor: în cazul cu urini turburi e vorba de o leziune superficială, difuză, acută sau recentă. Când urina e turbure în ambele pahare, diagnosticăm o uretrită totală; sediul infecțiunii e greu însă de precizat când prima urină e turbure. Când ambele urini sunt clare, avem de-a-face cu o leziune cronică localizată. Cu toate acestea există cazuri care ne pun în incurcătură.

b) *Procedeu lui Kollmann*. În acest procedeu se întrebuițează cinci pahare. Se face o spălătură a uretrei anterioare înainte de a urină bolnavul. Apa care a servit la această spălătură, se recoltează în primul pahar. Când apa începe să iasă clară, se recoltează în paharul al doilea. Bolnavul este apoi solicitat să urineze în ultimele trei pahare. Interpretarea se face ușor, punându-se diagnosticul de uretrită anterioară când apa de spălătură din primul pahar conține filamente și de uretrită posterioară când urina din unul din ultimele trei pahare este turbure sau conține filamente.

c) *Procedeu lui Young* diferă puțin de procedeu lui Kollmann și se face cu ajutorul a 7 pahare.

d) *Procedeu lui Jadassohn-Goldenberg*. Se spală bine uretra anterioară până când apa iese clară. Bolnavul urinează apoi în două pahare. Acest procedeu nu ne dă posibilitatea de a diferenția secrețiunile uretrei posterioare de cele ale vezicii.

e) *Procedeu lui Kromayer*. Se injectează în uretra anterioară 4--5 cm.³ albastru de metilen 1‰ și se ține câteva minute, apoi i se dă drumul. Bolnavul urinează în două pahare: dacă filamentele sunt colorate în albastru, provin din uretra anterioară iar dacă sunt necolorate, din cea posterioară.

f) *Procedeu lui Lohnstein*. Se injectează bolnavului, dimineața înainte micțiunii, 5‰ ferocianură de potasiu, fără să se forțeze sfincterul, până când lichidul iese clar. După aceea se spală până nu mai rămâne în uretră nici urmă de ferocianură, servindu-ne pentru a constata absența ferocianurei, de perclorura de fier. Urmează urinarea în trei pahare și căutarea filamentelor. Aceste procedee enumerate, păcătuiesc însă prin faptul că nu ne precizează care organ este afectat: uretra posterioară, vezica, sau prostata?

g) *Procedeu lui Wolbarst*, este superior celor de până aci și se face cu ajutorul a 4 pahare. 1. Se spală uretra anterioară, iar apa care ne-a servit la spălătură se recoltează în paharul No. 1. 2) În paharul No. 2 se recoltează urina din vezică, cu o sondă moale. 3) Se spală vezica bine până când apa iese clară, apoi se umple cu apă și se scoate sonda. Deci, s'a spălat uretra și vezica, 4) Bolnavul urinează o parte din lichid în paharul No. 3,

apoi se face masajul prostatei și bolnavul urinează restul de lichid în paharul No. 4.

h) *Procedeu practică*. În practica zilnică s'a încetățtenit un procedeu mai simplu, care constă în urinarea în patru pahare și a cărei interpretare se face destul de ușor, după cum se poate vedea din următorul tablou:

I.	{ Urina din paharul I. este clară sau turbure și conține filamente grele. Ceă din paharele : II, III și IV este clară fără filamente.	} înseamnă	{ uretrită ant. sau uretrită post.
II.	{ Urina din paharul I este clară sau turbure și conține filamente grele. Ceă din paharele II și III este clară și fără filamente. Ceă din paharul IV este clară sau turbure cu filamente grele.	} înseamnă	{ uretrită ant. și uretrită post.
III.	{ Urina din primul pahar este clară și conține câteva filamente grele. Ceă din paharele II și III este clară, cu puține filamente sau fără filamente. Ceă din paharul IV este turbure și conține filamente grele.	} înseamnă	{ uretrită posterioară predominantă

Examenul macroscopic al filamentelor ne arată lucruri de mare valoare : filamentele lungi, mucoase, filante și ușoare denotă o iritație, o congestie superficială, pe când filamentele groase și grele ne atrag atenția asupra unei uretrite posterioare.

Examenul microscopic al filamentelor. Acest examen este ușor de efectuat și prezintă o importanță capitală mai ales în cazurile în care scurgerea uretrală lipsește. Tot în aceste cazuri, recurgem și la culturi de filamente.

II. Explorarea uretrei propriu zise. Mai întâiu inspectăm meatul și prepuțul. Meatul este oglinda mucoasei uretrale. Dacă buzele lu sunt roșii, hiperemiate și edemate, este vorba de o inflamație acută și recentă a canalului. Când buzele sunt violacee și lipite, suspectăm o stare cronică. Conducele para-uretrale nu vor scăpa atenției noastre ci vor fi căutate și tratate, atât cele externe cât și cele interne.

Examenul prepuțului. Răstrângem bine prepuțul și ștergem șanțul balano-prepuțial cu vată, pentru a se putea examina orificiile anormale sau inflamate ca de exemplu acelea ale glandelor lui *Tyson* care produc smegma.

Cateterismul explorator al uretrei se face cu exploratorul cu bulă olivară No. 18 după ce s'a făcut o spălătură uretro-vezicală cu apă boricată. Într'o uretră normală, exploratorul intră cu ușurință, până la porțiunea membranoasă, unde este oprit. Rugăm pe bolnav să respire profund sau să imite efortul ca pentru micțiune. Astfel este învins și acest obstacol. Când se produce un spasm al sfincterului membranos, suntem nevoiți să recurgem la anestezia cu stovaină, sau la alte procedee sau chiar să amânăm acest examen. Cateterismul explorator ne permite să punem în evidență focarele de indurație sau de infiltrație, leziuni traduse prin stenoze largi. Exploratorul trădează sensibilitatea uretrei posterioare și a verumontanumului, punându-ne astfel pe urma leziunilor uretrei posterioare, prostatei și veziculelor seminale. El mai servește în deosebi la studii stricturilor uretrei, la explorarea dimensiunilor antero-posterioare ale prostatei cât și la diagnosticarea sediului corpurilor străini ai uretrei,

Contraindicațiunile cateterismului. În infecția recentă a uretrei nu se face cateterism, deoarece făcut în acest timp, expune la complicațiuni. Deci în cazul când urina din primul pahar este turbure iar cea din al doilea este clară, nu vom face cateterism. Explorarea mucoasei uretrale se va face fără riscuri atunci când leziunile sunt localizate și aceasta se poate ști atunci când urinele sunt clare și cu filamente.

III. Explorarea glandelor anexe ale uretrei. Deoarece gonococii se ascund în glandele anexe, zădărnind tratamentul și vindecarea uretritelor cronice, vom explora metodic glandele lui *Littre*, glandele lui *Cowper*, prostata și veziculele seminale.

1. *Explorarea glandelor lui Littre.* Glandele lui *Littre*, situate în mucoasa uretrei spongioase, pot să găzdu-

iască multă vreme gonococii, întreținând blenoragia prin puseuri succesive. Se impune deci să le explorăm și aceasta o facem prin uretoscopie și palpeul uretral. Pentru aceasta, se introduce un béniqué cât mai gros în uretră, se trage de gland pentru a se întinde penisul cât mai bine, în timp ce cu degetele dela mâna cealaltă se caută, prin presiune, părțile îndurate de mărimea unui bob de cânepă și care nu sunt altceva decât cuiburi de gonococi inclavate în glandele lui Littre.

2. *Explorarea glandelor lui Cowper.* Glandele lui Cowper sau ale lui Méry, în număr de două, de mărimea unei cireșe, sunt așezate la baza bulbului, în grosimea mușchilor diafragmului uro-genital și pot constitui un adăpost pentru gonococi, motiv pentru care trebuie să le explorăm prin palpație bi digitală prin tușeu rectal, metodă care dă rezultate relative când e vorba de expulzarea conținutului unei glande inflamate.

3. *Explorarea prostatei.* Această glandă, care înconjură ca un manșon porțiunea de uretră cuprinsă între colul vezical și diafragmul uro-genital, va fi examinată prin tușeu rectal, expresiune, explorare cu exploratorul vezical metalic, uretoscopie și cistoscopie.

a) *Tușeu rectal,* ne dă posibilitatea să cunoaștem forma, consistența și volumul prostatei.

Technica: după ce bolnavul a urinat în patru pahare, i se introduce o cantitate mică de apă boricată în vezică, apoi se culcă pentru a i se face explorația prostatei prin tușeu rectal, cu indexul înarmat cu un degetar de cauciuc uns cu vaselină. Pe lângă formă, consistență și volum, se poate constata și o reacțiune dureroasă. Bolnavul urinează apoi apa boricată. Această manoperă este indicată în toate uretritele.

b) *Expresiunea prostatei* se face cu scopul examinării conținutului și secrețiunei prostatei.

Technica. Bolnavul urinează, apoi i se face o spălare uretro-vezicală, după care se umple vezica cu apă boricată. Medicul face masajul prostatei și în același timp, bolnavul plecat înainte își ține un pahar sub meat pentru a recolta secrețiunea prostatei. Degetul operatorului cercează lobii prostatice, le expulzează conținutul care trece în uretră. Bolnavul urinează apoi apa boricată în patru pahare pentru a fi examinată.

c) *Explorarea cu exploratorul cu bulă olivară* este un adevărat tușeu intraprostatic.

Technica. Se umple vezica (cu apă boricată) și se introduce exploratorul cu bulă în uretră, până la trecerea

în uretra membranoasă. Apoi se începe explorarea porțiunii prostatice, notându-se sinuozitatea traiectului, ridicarea peretelui inferior, gradul de sensibilitate al verumontanum-ului, cât și lungimea și deformația traiectului. Măsurându-se și lungimea uretrei prostatice ne putem da seama și de existența unei hipertrofii de prostată, mai ales când uretra prostatică întrece cu mult lungimea de aproximativ 2 cm. cât este în stare normală.

d) *Explorarea cu exploratorul vezical metalic* ne permite a cunoaște bombarea lobului median prostatic în interiorul vezicii.

e) *Explorarea uretroscopică* înlesnește examinarea verumontanum-ului și a lacunelor prostatice.

f) *Examenul cistoscopic* al prostatei se face cu ajutorul cistoscopului cu prismă retrogradă al lui *Schlagintweit*, care permite observarea reliefului determinat în vezică, de o prostată hipertrofiată.

IV. Examenul veziculelor seminale. Examenul veziculelor seminale se face cu ajutorul exploratorului cu bulă olivară care produce o durere la nivelul verumontanum-ului, durere explicată prin vecinătatea acestuia cu locul de vărsare al canalelor ejaculatoare și prin intermediul cărora i se transmite inflamația dela veziculele seminale, care dau astfel verumontanum-ului rolul de »oglină a veziculelor seminale«. Prin tușeul rectal ne putem da seama dacă veziculele seminale sunt dureroase sau schimbate la formă și volum, noțiuni importante pentru diagnostic. Pentru stoarcerea veziculelor seminale, se face un masaj de sus în jos, iar conținutul expulzat se recoltează într'un pahar pentru examinare. Acest conținut poate îmbrăca diferite forme, începând dela aceea a unui detritus purulent până la forma de *ascaris lombricoides* sau se poate să avem chiar mulajul veziculelor prin condensarea conținutului purulent. Spre a considera examenul veziculelor seminale complet, mai putem recurge și la explorarea uretroscopică, prin care inspectăm utricula prostatică și canalele ejaculatoare, trăgând concluzii din examinarea acestora, asupra veziculelor seminale.

Spermocultura. În cazurile aparent vindecate, deci capabile de recidive și contaminare, se face cultura spermei (*Guelin*) în a cărei tehnică nu intru. Atât trebuie spus că se pretează adesea la interpretări eronate, așa că pentru a înlătura acest desavantaj care, de multe ori poate fi foarte dăunător bolnavilor, se cer medii excelente, respectarea tehnicii și multă conștiinciozitate din partea celui care o execută.

V. Explorarea uretrei la femeie. Explorarea uretrei la femeie va avea în vedere mai întâiu interogătorul, care este destul de delicat și greu, multe femei, fie din pudoare sau alte motive, refuzând să recunoască o infecție blenoragică. Microscopul însă, ne va da cele mai bune relații pentru diagnostic. Inspectia se izbește, iarăși de multe greutăți, știut fiind, că multe femei recurg adeseori la mijloace ingenioase chiar, pentru a induce pe medici în eroare. Cu un speculum, se inspectează orificiul meatului urinar, căutându-se dacă există puroiu alburiu sau dacă mucoasa este roșie, inflamată sau edemațiată, când putem să afirmăm că e vorba de o inflamație acută uretrală. Dacă găsim un polip, îl punem pe socoteala unei inflamațiuni cronice blenoragice. Inspectând mai departe de meat, putem observa inflamația glandelor lui *Skene*. Se trece apoi la examinarea glandelor lui *Bartholin* prin introducerea indexului în vagin și căutarea focarelor cronice ale acestor glande, care se pot prezenta ca niște tumori de mărimea unei cireșe sau a unei prune. Dacă inflamația acestor glande este recentă, iese puroiu prin orificiile lor. Examinarea secrețiilor colului uterin, prezintă iarăși o importanță deosebită. Palpația uretrei se face după cum urmează: lubrefiem indexul stâng cu vaselină, îl introducem în vagin până la colul uterin așa ca fața palmară să se aplice pe peretele inferior uretral. Retragem apăsând indexul bine aplicat pe peretele inferior uretral, manoperă care va produce țâșnirea de puroiu la meat, exprimat din glandele uretrale. Sau mai putem recolta puroiul, servindu-ne de o chiuretă ne ascuțită.

Examenul urinelor se face întocmai ca la bărbat.

Cateterismul explorator are de scop să ne dea relațiuni asupra calibrului, rugozităților sau gradului de dilatabilitate și sensibilitate a uretrei. Pentru a scuti bolnava de dureri inutile și de complicații periculoase, ne vom feri a cateteriza o uretră cu inflamațiune acută. De multe ori vom recurge și la examenul uretoscopic.

VI. Uretroscopia. În uretritele cronice ne servim pentru depistarea leziunilor localizate și circumscrise ale mucoasei uretrale, de endoscopia uretrală sau uretrocopia. Nu voiu intra în istoricul uretrocopiei și nici în descrierea numeroaselor aparate care servesc în acest procedeu de diagnostic, aceste chestiuni fiind de resortul tratatelor de specialitate, ci mă voiu ocupa mai pe larg de tehnica uretrocopiei, considerând-o de un interes practic deosebit. Principial, un uretoscop se compune dintr'un tub de lungime și calibru potrivit pentru canalul uretral; la capătul

care se introduce în uretră, tubul este provăzut cu o mică lampă electrică.

Technica uretroscopiei. După pregătirea patului și controlarea bunei funcționări a aparatului, așezăm bolnavul (după ce a urinat) pe pat, cu gamba flectată în unghiul drept. Se asepticizează glandul și meatul, apoi se introduce vertical tubul uretroscopic lubrefiat în prealabil cu glicerină sterilă. În uretra peniană, introducerea se face vertical, iar când instrumentul a ajuns la regiunea membranoasă, îi dăm o poziție orizontală și după câteva încercări ușoare, tubul pătrunde în uretra posterioară și apoi în vezică. Retragem tubul, aspirăm toate secrețiunile din uretra posterioară, iar după ce am obținut o uscăciune relativă, introducem lampa și examinăm mucoasa uretrală.

Contraindicațiunile uretroscopiei. Nu vom face uretroscopie în: uretritele acute, la uretrele al căror calibru nu se cunoaște, cât și în complicațiunile inflamatorii din partea uretrei posterioare, ca epididimită, prostatită acută etc.

Rolul adrenalinei în uretroscopie. Când într'o regiune pe care vrem s'o examinăm cu uretroscopul, există o sângerare care ne împiedecă, aplicăm cu un tampon de vată puțină adrenalină, bazați fiind pe proprietatea vasoconstrictoare a acesteia.

Uretroscopia uretrei normale și patologice. Uretroscopia uretrei normale ne poate informa asupra consistenței, grosimei și colorației mucoasei uretrale. *Luys* afirmă că între colorația uretrei și aceea a feței ar fi o legătură strânsă, fapt care ar anunța apropierea sau iminența unei lipotimii când mucoasa uretrala devine brusc palidă. Unei figuri uretroscopice i se pot distinge: *figura centrală* și *suprafața mucoasă propriu zisă*.

Figura centrală apare ca un orificiu și reprezintă centrul canalului uretral, care din virtual, devine real, prin introducerea uretroscopului, luând forma de pânză mai mult sau mai puțin lungă, după mișcarea și poziția ce se imprimă tubului. Aspectul figurii centrale variază: la nivelul glandului este ca o fantă ovală; punctiformă în regiunea peniană, în formă de fantă verticală în regiunea bulbară și caracteristică la nivelul verumontanum-ului.

Suprafața mucoasei propriu zise prezintă pliuri longitudinale și strii longitudinale roșietice. Mucoasa uretrei normale ne apare netedă și lucioasă, pe când în stare patologică este mată și neregulată. Orificiile glandelor lui Littre se văd cu greu într'o uretră sănătoasă.

Uretroscopia uretrei anterioare patologice. În studiul leziunilor cronice inflamatorii ale uretrei cronice, Oberlaender distinge *infiltrația moale și infiltrația dură*.

Infiltrația moale se trădează printr'o turgescență a mucoasei, prin infiltrație de celule embrionare în submucoasă și prin dilatațiune vasculară.

Infiltrația dură derivă din prima și se caracterizează prin paloarea mucoasei și prin invadarea de fibrile conjunctive în submucoasă, care înlocuiesc celulele embrionare, duc cu timpul la o fibrozare a submucoasei, jenând astfel circulația și sfârșind la stricturi. În studiul infiltrației moi, vom avea în vedere aspectul (mucoasa hiperemică și turgescență), culoarea (roz închisă, roșie-cianozată), sediul (regiunea prostatică și regiunea membranoasă), dimensiunile (inelare, tubulare), numărul (unice, multiple), forma (neregulată), epiteliul (lucitor, descumătat, absent), pliurile longitudinale (reduse ca număr, formă), striațiunea longitudinală (dispărută), figura centrală (închisă), lacunele lui Morgagni și glandele lui Littre (hipersecretante, congestionate); papilomele adesea sunt strâns legate de infiltrația moale și sunt diferite ca formă și volum. Infiltrația dură prezintă de studiat, pe lângă pătrunderea dificilă a uretoscopului, o lipsă de suplețe, un aspect general lipsit de intensitatea de colorație, culoarea mucoasei este palidă-anemică, epiteliul este alterat, pliurile longitudinale ale mucoasei sunt diminuate sau chiar dispărute; figura centrală este în formă de pâlnie cu pereții rigizi.

Lacunele lui Morgagni și glandele lui Littre sunt atinse și pot prezenta *forma glandulară și forma foliculară*, după cum conținutul lor poate fi sau nu drenat prin conductul excretor.

Uretroscopia uretrei posterioare patologice. Mai totdeauna, examenul trebuie complectat cu uretrocopia (uretrei posterioare, cu atât mai mult justificată, cu cât afecțiunile formațiunilor din această regiune sunt lipsite de o simptomatologie apreciabilă. Pe verumontanum (care știm că este o eminență erectilă situată pe peretele posterior al uretrei prostatice), se pot pune în evidență vegetațiuni și polipi, formațiuni patologice care de altfel se pot desvoltă și pe altă regiune a uretrei posterioare.

Se mai poate distinge prin acest procedeu de diagnostic, o hipertrofie a verumontanum-ului, cum este cazul la onaniști, sau anomalii de mărime și de deschidere a uretriculei prostatice. În hipertrofia de prostată, uretrocopia ne aduce servicii prețioase.

Uretroscopia la femeie. Se face cu un uretoscop

cu tub scurt, însă când urina împiedică examinarea în condițiuni necesare, se recurge la cistoscopul cu vedere directă.

Technica cistoscopiei cu vedere directă. Pregătim instrumentarul și bolnava, căreia îi facem spălături uretrovezicale până ce lichidul iese absolut curat, golim apoi vezica și așezăm bolnava pe masă, cu capul mai jos și-i fixăm picioarele în niște scări speciale. Dilatăm uretra cu un hegar, lubrefiem cistoscopul cu glicerină sterilă și-l introducem în uretră pe care o examinăm dela colul vezicii până la meat, oprindu-ne atenția asupra polipilor, proliferațiunilor papilomatoase și asupra orificiilor glandelor uretrale. Colul vezical poate fi sediul leziunilor importante, ca polipi bine dezvoltăți sau numai pe cale de dezvoltare, cât și sediul micilor abcese. În uretra femeiei se pot distinge: o porțiune posterioară musculară, lipsită de glande și deci scutită de afecțiuni inflamatorii și o porțiune anterioară cu glande așezate în două grupuri laterale și care corespund glandelor lui Littre și Morgagni dela bărbat, având totodată și același rol patologic. Cel mai indicat tratament al uretritei cronice blenoragice la femeie, ca și la bărbat, va fi dilatația care favorizează expulzarea conținutului glandelor invadate de gonococi.

Diagnosticul serologic. Gonoreacțiunea. În sprijinul precizării diagnosticului, pe lângă metodele văzute până aici, trebuie să mai adăugăm și gonoreacțiunea. Ea este analoagă cu reacția Wassermann și are de scop a pune în evidență anticorpi specifici în serul blenoragicilor, în intervalul dela 3 săptămâni de boală (gonococie) și două luni după vindecarea aparentă. Ca și la Wassermann, ne trebuie: antigenul (gonococul), un ser (anticorpul), alexina și un sistem hemolitic.

Antigenul trebuie să se compună din mai multe surse de gonococi.

Serul se recoltează prin decantarea à 10 cm³ de sânge dela bolnav, după ce a fost ținut până la coagulare la gheață.

Alexina este conținută în serul proaspăt. Ne servim de serul de cobai sau de serul persoanei căreia îi facem gonoreacția.

Sistemul hemolitic este compus din sânge de berbec, defibrinat și spălat și din ser antifiberbec (ser de iepure injectat cu globule roșii de berbec). Se dozează acest sistem hemolitic și apoi se trece la tehnica reacției. Hemoliza pozitivă arată o gonoreacție negativă, pe când hemoliza negativă arată o gonoreacție pozitivă. *Barbellion* și

alții atribuiesc gonoreacției o mare valoare diagnostică. Un Wassermann pozitiv antrenează și pozitivitatea gonoreacției chiar fără infecție gonococică, așa că trebuie să se țină seamă de această eventualitate. După concluziile lui Barbellion, se admite că gonoreacția este specifică în: epididimite, salpingite, manifestări articulare etc.

COMPLICAȚIUNILE BLENORAGIEI LA BĂRBAT.

Dacă blenoragia ar rămâne localizată la mucoasa uretrală, ar da mai puține suferințe bolnavului și mai multe șanse de vindecare radicală. Ea se poate întinde însă la organele apropiate sau îndepărtate, producând nenumărate și redutabile complicațiuni pe care le vom enumăra în acest capitol.

Edemul prepuțului. Este consecința scaldării prepuțului în scurgerea uretrală și are loc la începutul perioadei de stare a blenoragiei. Constă într'o infiltrație seroasă, albă, moale și indolentă a prepuțului, situație care împrumută penisului aspectul unei limbi de clopot.

Parafimoza, constă într'o strangulare a glandului, de către prepuțul infiltrat și rășfrânt.

Limfangită penisului se traduce prin inflamația vaselor și ganglionilor limfatici ai prepuțului și ai penisului, având simptomele ca orice limfangită. Se poate complica, dând adenită inghinală.

Balanită. Balano-postită. Prin balanită se înțelege inflamația glandului, iar prin balano-postită, inflamația glandului și a prepuțului.

Ca simptome întâlnim: prurit, roșeață, exagerare de sebum care devine muco-purulent, purulent, edemațiază prepuțul și produce ulcerăriuni ale șanțului balano-prepuțial.

Foliculita. Peri-foliculita. Glandele mici ale uretrei spongioase se pot inflamă și pot constitui o complicațiune serioasă, când din simplă glandulită trec în peri-foliculită prin obstruarea canalului excretor glandular. Sunt cazuri când țesuturile din jur sunt prinse pe o rază mai mare, dând un adevărat abces peri-uretral. Foliculita nu se manifestă de cât printr'o ușoară secreție muco purulentă care se goleşte din glandă la presiune. La palpație, simțim o pânză de granulațiuni de mărimea bobului de meiu.

Abcesele și flegmoanele peri-uretrale. Când țesutul celular este prins de inflamația peri-foliculară, avem

de-a face cu abcesele peri-uretrale care pot fi localizate la fosa naviculară, la părțile laterale ale penisului, sau la fundul de sac al bulbului. În eventualitatea din urmă vorbim de abces perineal. *Simptome* : foliculul infectat este împăsttat, penisul se tumefiază, se edemațiază, tumora devine roșie când se stabilește fluctuația. Urmează disurie și modificări ale jetului prin comprimarea uretrei de către pereții abcesului.

Cowperita. Survine între a 2-a și a 3-a săptămână a blenoragiei acute, în urma unui traumatism (injecție forțată, cateterism, călărie).

Deosebim două forme : acută și cronică. În cea acută, bolnavul simte o senzație de tensiune perineală și dureri la șederea în picioare sau pe scaun, dureri care se exacerbează la tuse și la micțiune.

Abcesul glandei lui Cowper este un stadiu înaintat al Cowperitei în care procesul inflamator se întinde la țesutul celular. Pielea se roșește, este caldă, tumora se moaie și devine fluctuantă, fenomene însoțite și de stare generală rea cu exacerbarea durerii și a jenei locale. Deschiderea abcesului se face în uretră sau la piele printr'o fistulă.

Congestia prostatică. Grație legăturilor strânse dintre prostată și uretra prostatică, afecțiunile uneia va avea în mod obligator răsunet și asupra celeilalte. Congestia prostatei are loc prin propagarea dela uretra posterioară sau în urma spălăturilor prea concentrate. Se arată prin jenă la micțiune și o senzație de greutate în perineu, uneori chiar jenă la defecație, tenesm rectal și vezical sau retenție acută completă de urină.

Prostatita acută. Simptomele subiective sunt aceleași ca la congestia prostatei, dar durerile sunt mai intense la defecație ; rareori se mai adugă fenomene generale (ascensiuni febrile etc). Când infecția se întinde la fundurile de sac glandulare, vorbim de prostatită foliculară sau glandulară, iar când este invadat și țesutul interstițial, diagnosticul de prostatită parenchimotoasă se impune, bine înțeles, după datele ce ni le furnizează tușeul.

Prostatita cronică derivă din prostatita acută. *Simptome funcționale* : greutate perineală, arsură uretrală la mers, la șederea pe scaun ; tenesm vezical cu polakiurie ; erecție incompletă, jaculație prematură, hemospermie, impotență trecătoare cu poluțiuni ; dureri care iradiază la gland, anus, coapse, genunchi ; lombalgie, migrenă, depresiune.

Semne fizice : scurgerea este albă lăptoasă, alcalină

și se îngălbenește când se usucă. La microscop, observăm celulele epiteliale, leucocite, granațiuni grăsoase, corpusculi amiloizi și puțini microbi.

Urina este clară, cu filamente lungi și ușoare, sau turbure, cu filamente mici pulverulente. La tușeu, prostata este voluminoasă, neregulată; tare în forma parenchimatooasă și moale în cea glandulară.

La uretroscopie, constatăm roșeața și edemațierea regiunii verumontanum-ului. Ca varietăți, prostatita cronică poate fi: glandură, parenchimatooasă, disurică, latentă și supurată.

Complicațiunile prostatitei cronice pot fi: fosfaturia, retenția de urină, cistita, veziculita și epididimita.

Abcesul prostatei. Flegmonul peri-prostatic. Din topirea purulentă a țesutului interstițial al prostatei, rezultă abcesul prostatic. Când infecția depășește limitele prostatei, avem flegmonul periprostatic.

Simptomele: dureri pulsatile iradiind în penis, perineu, lombe, coapse. Micțiunea este dureroasă, lentă și incompletă; uneori retenție, tenesm rectal. Tușeul arată o prostată mare, dură, globuloasă; uneori bosoasă, de cele mai multe ori netedă. Când e vorba de periprostatită, întreaga regiune se prezintă împăstată și dureroasă. După 8—10 zile, aceste fenomene pot tinde spre dispariție sau agravare. Abcesul se poate deschide în uretră, când îi urmează vindecarea, sau într'unul din organele vecine, dând complicațiuni grave, ca: epididimită, peritonită, pielonefrită, abces perirenal cu fistulă rectală, perineală etc.

Veziculita. Prin posibilitatea ce o dau canalele ejaculatoare, infecția poate trece dela uretra posterioară, la veziculele seminale, pe care le afectează dând fie o veziculită acută, fie una cronică.

Veziculita acută. Simptome: dureri mari și febră. La tușeu (vezica trebuie să fie plină cu urină sau cu un antiseptic), veziculele se simt mărite în volum, dureroase și dau la presiune, sau la defecație, scurgere de puroiu. Poluțiuni și micțiuni frecvente și dureroase; urinele sunt clare, semn care ne scutește de a face confuzia cu o cistită. Bolnavul este astenic și are anorexie.

Veziculita cronică se poate bănui când urina conține multe filamente groase și răsucite și când lichidul obținut prin masaj este grunzos și în care gonococul se pune în evidență prin cultură. De multe ori se observă hemo-spermie și azoospermie.

Orchi-epididimita. Dela veziculele seminale, infecția ajunge la epididim prin canalul deferent, determi-

nând epididimită. Aceasta începe printr'o senzație de greutate dureroasă în burse, senzație care nu întârzie să se propage la epididim, de unde iriază de-a-lungul cruralului sau sciaticului. Scrotul este neted, roșu și edemațiat. Canalul deferent este tumefiat și dureros, deasemenea prostata și veziculele seminale.

Simptomele generale constau în febră de 39°, insomnie, astenie, anorexie, poluțiuni nocturne, sanghinolente; adesea anemie toxică și reacție peritoneală cu vărsături, consecință a peri-deferentitei. După o săptămână toate aceste simptome încep să retrocedeze.

Retenția acută de urină. În tot cursul blenoragiei se poate instala o retenție de urină, care poate fi *completă sau incompletă*. După conținutul vezicii, retenția este *aseptică sau infectată*. La începutul blenoragiei, retenția este aseptică completă sau incompletă; când însă e prinsă și uretra posterioară, se produce polakiurie cu micțiune incompletă. Retenția mai poate fi produsă de: cowperită, congestia, inflamația sau abcesul prostatei, cât și de stricturile uretrei.

Simptomele retenției: imposibilitate de a goli conținutul vezicii; ea poate îmbrăca mai multe forme. Așa, când este o lipsă de contractilitate, se expulzează o cantitate mică din urina aflată în vezică, sau se poate urina numai surplusul care distinde vezica, învingându-i elasticitatea și constituind o falsă polakiurie, prin această micțiune de regurgitare. Când nici o picătură de urină nu poate ajunge la meat, vorbim de anurie prin retenție, spre a o deosebi de anuria care recunoaște cauze renale. Semnele fizice, completează elementele unui diagnostic precis, prin distinderea vezicii și apariția ei sub forma unui glob, în regiunea hipogastrică.

COMPLICAȚIUNILE BLENORAGIEI LA FEMEIE.

Vulvita este primitivă sau secundară unei uretrite. *Simptomele*: mâncărimi, arsuri la micțiune, edem al labiilor și al vestibulului; scurgere mare de puroiu, mucoasa este roșie, granuloasă; alterație a glandelor și a foliculilor.

Limfangita labiilor, foliculita, perifoliculita uretrală, abcesul și flegmoanele peri-uretrale, asemănându-se întru totul cu limfangita penisului și celelalte corespondente dela bărbat, mă dispensează de a le mai face o descriere separată.

Bartholinita este inflamația glandelor lui Bartholin și evoluează ca un abces, producându-se tumefacțiunea, roșeața și durerea uneia din labiile mari a cărei glandă este în cauză. Edemul și inflamația sunt accentuate, cu deosebire în treimea inferioară, unde se simte o îndurație submucoasă, limitată, dureroasă, cât o alună.

Bartholinita cronică este o urmare a celei acute, sau se poate stabili dela început. În Bartholinita cronică, fie că e vorba de o formă sau de cealaltă, simptomele sunt puțin alarmante.

Vaginita de natură gonococică este rară, date fiind condițiile nefavorabile pentru dezvoltarea gonococului, care nu devine agresiv, decât în cazul când mucoasa vaginală a fost transformată prin iritația produsă de puroiul venit din colul uterin. Vaginita blenoragică este catarală, debutând prin greutate perineală, cu arsuri vulvare și leucoree, care pătează rufăria în galben verzui. Durerea iriază în coapse și la bazin și se exagerează cu ocazia mișcărilor. Examinat, orificiul vaginal este roșu, tumefiat; labiile mici sunt edemațiate și erodate. Avem mai multe forme de vaginită: exfoliantă, granuloasă, cronică.

Metrita este inflamația uterului, luând diferite numiri, după cum este localizată la col (cervicită), sau la corpul uterin (endometrită).

Simptomele locale: dureri vagi în hipogastru, exacerbate în timpul menstruației și iradiind la coccige, lombe, regiunea inghinală: polakiurie.

Simptomele funcționale: scurgeri albe gălbui, fluide, din uter și opace vâscoase din col, care influențează profund menstruația.

Simptomele generale constau în turburări gastro-intestinale, ca: dispepsie, constipație, meteorism abdominal, enterită (sindromul uterin).

Un efort, chiar minim, produce dureri abdominale, lombare și inghinale.

Simptomele fizice. Tușeul vaginal ne arată un col mare, edemațiat, moale; corpul uterin este globulos și mare.

Salpingo-ovarita. Este inflamația trompelor uterine și a ovarelor. Salpingita este însoțită în cele mai multe cazuri de ovarită.

Simptome. Salpingita acută recunoaște ca simptome, durerile abdominale cu grețuri, vărsături și febră.

Simptomele locale: dureri spontane și provocate în partea inferioară a abdomenului, dureri care iriază spre

lombe, coapse, vezică, rect, sacru, coccige și fesă. Colica salpingiană însă, este aceea care dă caracterul de patognomonitate a boalei.

Simptome funcționale: durerile abdominale sunt incompatibile cu orice activitate în timpul oboselii și mai ales al menstruației, care devine dureroasă, abundentă și prelungită.

Simptomele generale constau în turburări digestive, ca: anorexie, gastralgie, dispepsie, grețuri și vărsături. Din partea sistemului nervos se prezintă: cefalalgie, nevralgie intercostală, astenie și chiar schimbări de caracter și hipocondrie. Ca forme ale salpingitei avem: salpingita inflamatorie francă, salpingita catarală, salpingita purulentă și posalpinxul, (forma de închistare a salpingitei purulentei).

Pelvi-peritonita derivă din salpingo-ovariită și este secundară leziunilor infecțioase supurate ale anexelor, producându-se în urma unei oboseli, menstruații sau explorațiuni.

Simptomele constau în frisoane, grețuri și durere mare în flancuri.

Micțiunile sunt dureroase; uneori se produce și retenție, constipație și temperatură ridicată.

COMPLICAȚIUNILE BLENORAGIEI PRIN INFECȚIUNE ASCENDENTĂ

Cistita blenoragică. Blenoragia se întinde la vezică între a doua și a patra săptămână a uretritei blenoragice, sau mult mai târziu, având ca origine prostata latent infectată. Cauzele determinante recunosc factori mecanici și factori fiziologici. Printre primii, socotim ca mai frecvent injecția uretrală greșit făcută, iar printre ultimii se aranjează lipsa de igienă, de regim, cât și o excitație generală sau locală prea vie.

Simptomele funcționale: durerea terminală, iradiază în perineu, penis, testicule, uneori este de intensitate insuportabilă. Polakiurie imperioasă cu incontinență chiar. *Simptomele fizice:* piurie și hematurie terminală. Urina e turbure, franc purulentă în primul pahar, în al doilea este turbure, iar în al treilea este colorată în roz de câteva picături de sânge care vin la sfârșitul micțiunei. Dacă urina este turbure deopotrivă în cele trei pahare, înseamnă că

sufere toată mucoasa vezicală. În evoluția cistitei blenoragice, deosebim starea acută și starea cronică. În această din urmă, se produc adeseori ulcerațiuni și proliferațiuni ale mucoasei vezicale, cu peribistită, abcese vezicale sau perivezicale, complicațiuni care pun de multe ori viața bolnavului în pericol.

Pielonefrita gonococică. Infecția gonococică a bazinetului și a rinichiului, se face dela vezică prin intermediul ureterului (calea ascendentă). Alte ori, infecția se face nu dela vezică urinară, care poate fi indemnă, ci dela alt organ, pe calea sanghină sau pe cea limfatică. În această eventualitate, rinichiul este acela care suferă primul și dela care infecția trece apoi la bazinet, ureter și vezică (calea descendentă).

Simptomele pielonefritei. Pielonefrita debutează prin frisoană, ascensiune febrilă, apoi transpirație abundentă cu dispnee, puls mic, grețuri, vărsături, constipație sau diaree. Urina este turbure închisă și puțină.

Simptomele funcționale: durerea spontană se produce rareori și are sediul în regiunea lombară, de unde iradiază în lungul ureterului. Durerea provocată este mai mare și nu lipsește, producându-se ori de câte ori se exercită o presiune în unghiul costo-vertebral respectiv. Piuria este constantă, urina conține multe cristale de fosfat amoniac-magnezian, cât și foarte mulți microbi. După ce a trecut perioada febrilă acută, apare și poliuria.

Simptomele generale: hipertermie, anorexie, constipație, astenie, cefalalgie frontală, dispnee, toate acestea denotând o intoxicație uremică.

Contrar părerilor de până acum, Barbellion susține că cistita gonococică și pielonefrita gonococică ascendentă constituiesc o raritate și o curiozitate, deoarece gonococul nu poate să se desvolte în urină, ba chiar este distrus, lucru care-l deosebește de flora banală a uretrei, floră care se desvoltă în bune condițiuni în urină.

COMPLICAȚIUNILE BLENORAGIEI PRIN INFECȚIUNE LA DISTANȚĂ

Complicațiunile oculare. Acestea se produc pe cale hematogenă sau pe calea exogenă care este de altfel mai frecventă și mai gravă. În acest caz, contaminarea se poate face prin orice mod care dă posibilitate gonococului

de a ajunge pe mucoasa conjunctivală. Simptomele oftalmiei gonococice pot fi: de debut, de stare și de terminație. Primele sunt; arsura, lăcrimarea și roșeața conjunctivei, simptome care apar în câteva ore. Mai avem edem exprimat mai mult la pleoapa superioară.

In perioada de stare supurația predomină celelalte simptome, în plus se mai adaugă adenopatie preauriculară, submaxilară și dureri atroce.

Perioada de terminație, destul de lungă, se caracterizează prin repararea leziunilor săvârșite în celelalte perioade, lăsând totodată ca sechele o conjunctivită granulooasă, o dacriocistită și chiar o scădere înaintată a vederii.

Oftalmia purulentă a nouilor născuți. Cel mai mare contingent al acestor oftalmii, îl dau gonococii care se grefează pe conjunctivă în momentul nașterii.

Simptomele: după trei patru zile, afecțiunea se prezintă cu același cortegiu de simptome ca la adulți.

Complicațiunile nazale. Afară de oftalmie purulentă, nou născutul mai poate face și rinită purulentă gonococică în aceleași condițiuni de contaminare. Este gravă, putând da obstrucția foselor nazale și complicațiuni pulmonare.

Complicațiunile auriculare. Nici urechea nu este cruțată de blenoragie, care afectează acest organ pe calea sanghină.

Complicațiunile bucale pot surveni la perverși în „coit ab ore“ și interesează gingiile și amigdalele.

Blenoragia ano-rectală, ia naștere prin autoinfecțiune sau prin hetero-infecțiune, cum se întâmplă în cazul coitus-ului „à posteriori“.

Simptome: în ziua a treia apar dureri, căldură, prurit, tenesm și edem ai mucoasei rectale. Aici trebuiesc luate în seamă și complicațiunile următoare: papilomele, condilomele, ulceratiunile și stenozele consecutive. Complicația cea mai de temut însă, este flegmonul ischio-rectal.

Complicațiunile blenoragiei prin infecție hematogenă.

Artrita gonococică. Artrita poliarticulară subacută este cea mai frecventă. *Simptome.* Articulațiunile sunt prinse în ordinea: genunchi, cot, glesnă, sterno-claviculară, temporomaxilară etc. Avem forma *artralgică* și forma

hidrartrozică. În forma artralgică avem dureri localizate la părțile moi peri-articulare și roșeață; durerile provocate sunt mai mari.

Hidrartroza se întâlnește mai des la genunchi și se caracterizează prin deformațiuni ale regiunii anatomice a genunchiului, fluctuație și reducerea mișcărilor articulației.

Mono-artrita acută este foarte gravă și începe prin: dureri mari, exagerate în timpul nopții și cu ocazia mișcărilor. Tumefacție, roșeață și căldură peri-articulară; lichidul este abundent. În primele zile, bolnavul are febră mare, transpirație, insomnie, anorexie, iar puțin mai târziu, atrofie musculară. *Complicațiuni*. În ambele cazuri se poate instala o artrită cronică, artrită supurată și mialgie (torticolis, crampe, lumbago).

Se mai pot întâlni sinovite tendinoase blenoragice când tecile tendinoase sunt afectate apoi higroma când sunt interesate bursele seroase.

Complicațiunile nervoase. Nevritele blenoragice dau dureri pe traiectul unui nerv, spre exemplu sciaticul, crurarul, etc.

Meningita poate fi de două feluri: prima se manifestă cu turburări sensitive ca: dureri, insule de anestezie sau hiperestezie și pareză musculară; a doua formă se prezintă prin turburări motorii, paraplegie flască progresivă, paralizia sfincterelor, exagerarea reflexelor, apoi atrofie musculară.

Encefalita gonococică. Măduva cât și creierul pot fi atinse de gonococ producându-se în acest caz hemiplegii cu afazie, accese apoplectiforme și manifestațiuni demențiale.

Complicațiunile cardiace. *Endocardita gonococică* se produce dela o aortită în săptămâna a patra a unei blenoragii, sau mai târziu cu câteva luni dela o blenoragie, fără intermediul manifestațiunilor articulare. Distingem — *forma ușoară* cu indispoziție, dureri precardiace, dispnee, palpitații și *forma infecțioasă* cu temperatură de 40°, stare tifică, embolii sau chiar moartea prin toxemie în 2—3 săptămâni.

Pericardita evoluiază în cursul unei artrite, cu dureri precordiale, palpitațiuni, aritmie și disfagie.

Miocardita este consecința endocarditei sau pericarditei și are pe lângă simptomatologia acestora și contracțiuni cardiace slăbite.

Complicațiunile vasculare.

Arteriale : aortita este consecutivă endocarditelor, salpingitelor, etc.; se termină cu moartea.

Venoase : flebita safenei interne, luând aspect de *phlegmatia alba dolens*, cu simptomele flebitelor în general.

Complicațiunile pleuro-pulmonare.

Pleurezia cu o formă *uscată* și una *seroasă*.

Pneumonia și *broncho-pneumonia gonococică* se datoresc emboliilor care iau naștere în cursul complicațiunilor cardio-vasculare. Mai avem apoi complicațiuni peritoneale și complicațiuni renale despre care am mai amintit.

Complicațiunile cutanate, constau din: eritem, purpură, hiperkeratoză și supurațiuni cutanate.

Septicemia gonococică.

Când gonococul invadează torentul sanghin, avem de-a-face cu septicemia gonococică, afecțiune foarte gravă, care poate să se producă în timpul nașterii (infecțiuni acute) sau în cursul oricărei complicațiuni blenoragice.

Simptome : accese febrile cu scădere bruscă de temperatură, splenomegalie, anemie profundă, eritem, herpes, purpură și semnele unei endocardite.

BLÉNORAGIA LA COPII

Uretrita gonococică *la băieții mici* este rară și se poate produce prin întrebuințarea de rufărie murdărită cu puroiu blenoragic, sau dela anturajul infectat. Incubația este mai lungă ca la adult; încolo, simptomele sunt aceleași, cu deosebirea că scurgerea, tumefacția prepuțului, adenita inghinală etc. sunt mai exagerate. Complicațiunile care pot surveni, sunt: balanita, balano-postita, edemul prepuțului, cistita, epididimita, oftalmia, reumatismul și artrita.

În toate vârstele, blenoragia poate apare *la fetițe*, însoțită de vulvo-vaginită. Accesul gonococului se face tot ca la băieți: prin rufărie, termometru, obiecte de toaletă, etc.

Simptomele sunt: arsuri la micțiune, roșeața meatusului uretral, scurgere mare, mâncărimi cu edem și eroziuni ale vulvei, labiilor mari și mici și ale himenului. Complicațiile mai des întâlnite, sunt: eroziuni și ulcerațiuni ale labiilor mari sau ale himenului, supurația glandelor lui Bartholin, roșeața, tumefacția și ulcerația vaginului, cistită cu manifestațiuni ascendente, uneori dureri abdominale,

balonare, vărsături, febră — simptome revelatoare ale unei complicațiuni genitale, apoi oftalmia și artritele blenoragice.

TRATAMENTUL GENERAL.

După această succintă trecere în revistă a complicațiunilor posibile ale infecției gonococice, amintim tot așa de rapid tratamentele uzitate în serviciile spitalicești cât și în practica particulară, terminând acest capitol cu expunerea mai pe larg a aplicării sulfamidelor.

Afară de tratamentul preventiv care ar trebui cât mai mult respectat, terapia afecțiunilor gonococice dispune de o mulțime de mijloace, fiecare cu contribuția sa în scopul ideal: vindecarea radicală. Le voi enumera cât mai pe scurt posibil: *Seroterapia* prin seruri *nespecifice* și *seruri specifice* (în: orchiepidimită, reumatism acut sau cronic, salpingită incipientă, infecțiuni generale, septicemii gonococice.

Accidentele seroterapiei sunt edemele și urticaria.

Autoseroterapia se face mai ales în orchiepididimite, deferentită, cowperită, prostatită, cistită, artrită, infecțiuni generalizate.

Vaccinoterapia se realizează prin *stocks-vaccinuri* indicate în: uretrită cronică, prostatita acută și cronică, orchiepidimită, reumatism, pielonefrită, etc., unde dau rezultate multumitoare.

Autovaccinurile dau rezultate mai bune și se întrebuințează în: uretrită, prostatită, pielonefrită, metrită cronică. De notat este faptul că injecțiunile de vaccin anti-gonococic, pozitivează gonoreacția la un individ indemn. La vaccino-terapia asociată cu spălături, Barbellion trage concluzia că acțiunea vaccino-terapiei este nulă, iar Janet și Demonchy afirmă că e chiar periculoasă. Aceleași rezultate le dă și vaccino-terapia fără spălături cât și vaccino-terapia urmată de spălături. Cu toate acestea vaccino-terapia se întrebuințează pe o scară întinsă și doza administrată trebuie să fie «invers proporțională cu intensitatea infecției» (Wright)— și se începe totdeauna cu doze slabe.

Chimioterapia.

Chimioterapia consistă în introducerea pe calea venoasă a unui antiseptic puternic și inofensiv pentru organism. Avantagiile pe care le prezintă chimioterapia, sunt multe. Substanțele întrebuințate fac parte din grupul materiilor colorante. Astfel putem cită: novarsenobenzolul,

violetul de gențiană, metil fenil serum (întrebuințate mai de mult), mercurocromul și sărurile de acridină: tripaflavina, argoflavina, progona și gonacrina (întrebuințate astăzi); uironul »Bayer« etc.

Indicațiunile sărurilor acridinice sunt: blenoragia su-praacută, uretrita posterioară, epididimita, complicațiunile articulare în care dau rezultate bune. Mai bine este însă să se asocieze sărurile de acridină spre exemplu cu santal sau cu albasuru de metilen.

Spălăturile mari.

Spălăturile mari au fost introduse de Janet și au o mare importanță în tratamentul blenoragiei. Se fac de obicei cu un litru de soluție caldă de permanganat de potasiu sau alte substanțe, începând cu concentrații slabe. Când spălătura se face numai până la sfîncter, se zice anterioară, iar când trece de sfîncter, spălătură totală.

Indicațiunile spălăturilor: în caz de uretrită anterioară se fac spălături anterioare. În caz de uretrită totală se fac spălături totale, iar în caz de uretrită foarte acută, spălături anterioare până la atenuarea simptomelor acute când trecem la spălăturile totale. Durata spălăturii va fi de cinci minute; în spălătura totală două minute pentru uretra anterioară și trei minute pentru uretra posterioară.

Aife tratamente.

În complicațiunile blenoragiei se mai face și *pireto-terapie*, care constă în: malario-terapie, injecții de lapte, pyrifer, sulf, levură de bere, vaccinuri intravenos, Dmelcos, propidon, T. A. B. subcutan.

Printre agenții fizici notăm: diatermia, căldura radiantă și unde scurte. Aceste metode terapeutice nu s'au încetățenit, *diatermia* necesitând electrozi complicați, riscă să dea *arsuri*; *căldura radiantă* cere deasemenea o aparatură complicată și costisitoare, răbdare multă din partea medicului dar mai ales din partea bolnavului și nu este lipsită de riscuri.

O *diatermie perfecționată*, o formează *undele scurte* însă și acest mijloc terapeutic păcătuiește prin costul prea urcat al instalațiunilor și prin dificultatea aplicării, deși promite a deveni un bun auxiliar în tratamentul cazurilor rebeie și al complicațiunilor.

Regimul joacă un rol important în tratamentul blenoragiei, mai ales în perioada acută. Se vor evita condimentele, sparanghelul, băuturile alcoolice, apele gazoase, însă alimentația va trebui să fie abundentă, predominând legumele și fructele.

igiena. Purtarea unui suspensor, repausul sunt de

recomandat, evitarea constipației, oboselilor și contactului sexual.

PROFILAXIA BLENORAGIEI ȘI TRATAMENTUL PREVENTIV.

O bună profilaxie a blenoragiei, depinde în primul rând de gradul de cunoștințe al publicului, în acest domeniu. Un om avertizat asupra pericolelor datorite acestei boale, indiscutabil că va lua pe de o parte toate măsurile de profilaxie individuală, iar pe de altă parte va apela la momentul oportun la ajutorul medicului. Tratamentul preventiv are de scop să înconjure declararea infecției blenoragice și poate fi făcut de medic sau de individ.

Tratamentul individual la bărbați constă din: aplicarea unui preservativ, săpunare locală după micțiune, introducerea în meatul între-deschis a câtorva picături de argirol 20 % cu o pipetă și se ține 5 minute; spălături la distanță fără aplicarea canulei pe meat, cu o soluție de 0,50‰ oxicianură de mercur; hârtia Balme care conține 0,5 gr. sublimat pe foaie și care se disolvă în $\frac{1}{2}$ litru de apă. Cu această soluție se spală minuțios regiunile care au fost expuse și se introduc și câteva picături în meat. Se supraveghează meatul 2—5 zile și la cel mai mic senin, se recurge la medic pentru instițuirea tratamentului abortiv. Prezerativul, gelotubul Gauducheau și alte preparate similare, n'au o valoare absolută.

Tratamentul individual la femei. La femei sunt recomandabile următoarele măsuri: preservativul, un tampon înainte colului care să-l apere de infecție, săpunarea vulvei urmată de micțiune și de o spălătură cu un anti-septic obișnuit. Se pot utiliza ovule de argirol 20% menținute de un tampon.

Tratamentul preventiv făcut de medic. La bărbat. După ce s'a asigurat că nu există nici o secreție, sau că secreția este lipsită de gonococi, medicul ordonă suspectului să urineze și apoi îi face o spălătură cu soluția: oxicianură de mercur 0,50 gr. permanganat de potasiu 0,50 gr. apă caldută 1000 gr. (Barbellion). Înălțimea irigatorului va fi de 40 cm. După aceea se pun câteva picături de argirol 20% în meatul întredeschis iar individul nu va urina decât după cel puțin 3 ore.

La femeie; spălătură cu permanganat 0,50‰, a

vulvei, vaginului, colului, fără să se pătrundă în col, creion de argirol 20% în canalul cervical; spălătura externă a uretrei în care se introduce un alt creion de argirol și desinfecția tuturor plicelor unde gonococul se ascunde de obicei. Acest tratament va fi făcut timp de trei zile la rând și apoi după o pauză de 2 zile se va face un control microscopic.

Nici unul din toate aceste procedee nu este însă sigur. De aceea profilaxia blenoragiei este încă în stadiul de problemă nerezolvată.

În afară de măsurile pe care le pot lua individul și medicul, există o serie întreagă de alte măsuri de ordin social, care-și pot găsi expresia în creierea unor instituții speciale de profilaxie și care să dea oricui posibilitate de a-și aplica un tratament profilactic la timp și în cele mai bune și mai ieftine condițiuni.

Codul penal Regele Carol al II-lea a fixat responsabilitatea aceluia care transmite cu știință o boală venerică.

Oricare ar fi măsura însă, ea nu și va putea da cele mai bune roade, decât atunci când educația largă a masei va cuprinde toate noțiunile indispensabile unei bune profilaxii.

Tratamentul abortiv.

În primele ore de apariție a unei secrețiuni uretrale cu gonococi, când uretra nu este iritată și este prinsă numai anterior, se face tratamentul abortiv cu argirol, argirolul american »Barnes«, tripaflavină sau alte substanțe similare.

Tratamentul curativ.

Când tratamentul abortiv a eșuat, (dacă s'a lăcut) cât și atunci când blenoragia a fost surprinsă prea târziu, se impune tratamentul curativ.

In uretrita subacută după tratamentul abortiv.

Facem câteva zile două spălături pe zi cu permanganat, apoi câte una crescându-se doza de concentrație.

In uretrita anterioară subacută consecutivă unei blenoragii acute.

1. Spălături anterioare odată pe zi. Vindecarea se face cam în 10—15 zile. Când sunt prinse și glandele facem spălături totale. (2).

In uretrita anterioară subacută dela început.

În cazuri mai ușoare, facem spălături cu 0,25 gr. la litru, câteva săptămâni. În cazurile rebele, tratamentul este de lungă durată.

In uretrita anterioară acută. Începem spălăturile cu

0,10 gr. la litru ; tampon de vată pe meat. Câteva zile spălăturile se fac dimineața și seara. Creșterea dozei concentrației spălăturilor ajunge până la 0,25 gr. în săptămâna a treia. Declarăm bolnavul vindecat a'unci, când după probele de provocare nu mai apare nici scurgere, nici gonococi.

In uretrita totală acută. Spălături totale, respectarea riguroasă a regimului și evitarea eforturilor de orice natură.

In uretrita supraacută. Regim strict, chimioterapie complexă și spălături mari.

In blenoragia prelungită. Spălături în doze mari, vaccinoțerapie, chimioterapie, etc.

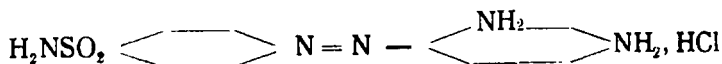


TRATAMENTUL AFECȚIUNILOR GONOCOCICE CU DAGĒNAN

Deoarece tratamentele înșirate până aci au fiecare câte un desavantaj, fie că dau rezultate relative, sau că sunt prea costisitoare, sau cer un timp preă lung, sau produc desgust (spălăturile) etc. se înțelege cu ce entuziasm a fost primită noua metodă de combatere a afecțiunilor gonococice — metodă care constă în aplicarea chimioterapiei pe cale bucală.

În acest scop s'au preparat o mulțime de produși dar un progres însemnat s'a înregistrat prin descoperirea corpului: α (p. amino-fenil-sulfamido-) piridină cunoscut și sub numele de dagėnan sau 693, corp diferit chimicește de p. amino-fenil-sulfamidă (1162 F.), această deosebire constând în prezența nucleului piridic în moleculă, cât și în acțiunea specială asupra meningococului și gonococului.

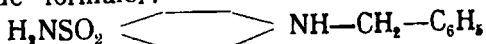
Generalități. Datorită lui Domagk, Fournėau și colaboratorilor săi, chimioterapia antibacteriană se îmbogățește cu o mulțime de corpi cu rol covârșitor în clinică. Așa, Domagk semnalează încă din 1935, clorhidratul de sulfamido-crisoidină, cu acțiune antistreptococică, produs colorat, azoic, având în compoziție și $-N=N-$ și corespunzând formulei:



Fournėau și colaboratorii atribuiesc acțiunea corpului para-amino-fenil-sulfamidă (1162 F.) sau în formulă:

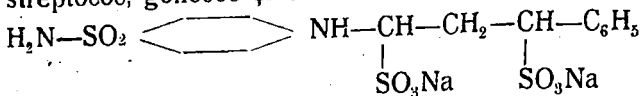
$$H_2NSO_2 \left\langle \phantom{\text{ring}} \right\rangle NH_2.$$

El are acțiune antistreptococică, antimeningococică, antigonococică și antitifică. Substituindu-se funcțiunei amine libere, diferite catene carbonatate la corpul 1162 F. s'a obținut *Septazina*, corp cu toxicitate mult diminuată și care corespunde formulei:

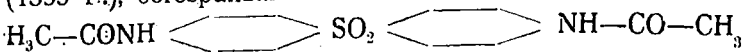


cu acțiune antistreptococică și anticolibacilară.

Mărindu-se solubilitatea corpului 1162 F. s'a obținut *Soluseptazina*, foarte puțin toxică și cu acțiune față de streptococ, gonococ și colibacil. Corespunde formulei:



Buttle, Fourneau și colaboratorii lor au ajuns la descoperirea activității sulfonilor, al căror tip este *Rodilonul* (1399 F.), corespunzând formulei:



corpi cu acțiune francă asupra streptococului, pneumococului și gonococului.

Această descoperire n'a oprit cercetările privitoare la compușii sulfamidați și s'a obținut de către *Ewins* și *Phillips*, produși foarte interesanți, preparând amidele acidului p. amino-benzen-sulfonic, derivând nu dela amoniac, ci dela amine organice (în special amino-piridină). Din acest grup face parte și compusul sulfamidat 693 sau *Dagénan-ul* având ca formulă chimică:



corp cu punctul de fuziune la 192°, solubil 1% în apă la temperatura obișnuită. Cercetarea acestui corp în urină sau în lichidul cefalo-rachidian, se poate face prin diazotare, grație funcției amine libere. *Dagénan-ul* este anti-streptomeningo-stafilococic, dar mai ales antipneumococic și antigonococic.

Eliminarea *Dagénan-ului*.

Dagénan-ul se elimină rapid prin urină; de aceea trebuie administrat în doze fracționate din 4 în 4 ore. Prezența lui în urină se poate pune în evidență prin următoarele reacții:

Reacția cu β-naftol.

Se prepară următorul reactiv: β-naftol 5 gr., sodiu pur 33%, 50 cm.³ și apă distilată Q. s. pt. 28 cm.³, reactiv care se poate păstra 8 zile.

Facem reacția astfel: la 0,1–2 cm.³ urină adăugăm 1 cm.³ HCl normal și complectăm până la 3 cm.³ cu apă. Agităm și adăugăm apoi 5 picături de nitrit de sodiu 10%, agităm și adăugăm amestecând 5 cm.³ de reactiv. Obținem în felul acesta — după concentrația medicamentului în urină — o culoare care merge dela galben până la roșu.

Reacția cu di-metil- α -naftil-amină.

Preparăm reactivul următor: soluție alcoolică 1/250 de di-metil- α -naftil-amină în alcool de 95°, care poate fi păstrată în sticlă galbenă până la 3 săptămâni. Luăm 0,1—2 cm.³ urină, adăugăm 2 cm.³ HCl $\frac{n}{10}$ complectăm până la 11 cm.³ cu H₂O distilată și agităm. Adăugăm apoi un cm.³ de soluție recentă de nitrit de sodiu 0 gr. 10/100 agităm și așteptăm 3 minute, adăugăm apoi 5 cm.³ din reactiv și amestecăm până obținem o culoare roză sau roșie care depinde de concentrația medicamentului în urină. Este o reacție mai sensibilă ca precedenta. Aceste reacții pot fi întrebuințate pentru punerea în evidență a Dagénan-ului în sânge și în lichidul cefalorachidian.

Toleranța organismului față de Dagénan.

După Dagénan, accidentele sunt foarte rari și când survin, constau în erupții biotropice, cefalee ușoară, astenie, turburări digestive, cât și o scădere a polinuclearelor la bolnavii cu leucocitoză.

Indicațiunile clinice și pozologia Dagénan-ului.

Activitatea acestui corp se exercită asupra multor germeni. Cele mai marcante rezultate, le-au obținut *Evans* și *Gaisford* cari au aplicat tratamentul cu Dagénan la 100 de pneumonici, unde au observat că pe lângă vindecare rapidă, s'a scăzut mortalitatea la aproape de 4 ori, față de cazurile tratate cu alte medicațiuni...

Rezultate frumoase s'au mai înregistrat și în bronchopneumonii, iar *Telling* și *Oliver* au vindecat în mai puțin de o săptămână, pe un bolnav de 65 ani, cu pneumonie cu „colaps“ a unui lob întreg la plămânul stâng, administrându-i 1—3 gr. pe zi.

Modul de întrebuințare al Dagénan-ului.

În gonococii se poate întrebuința fie însoțit de îngrijiri locale, fie numai singur. Mai bine este însă să se întrebuințeze asociat, deoarece atunci nu este nevoie de o cantitate prea mare de medicament. S'au preconizat trei metode de aplicare a Dagénan-ului în blenoragie:

A) Dagénan-ul însoțit cu îngrijiri locale.

Se întrebuințează în felul acesta mai ales la femei și în oftalmia purulentă. La bărbați a fost întrebuințat tot în felul acesta de englezii: *Lloyd*, *Erskine* și *Johnson* cari au administrat trei grame pe zi la adult și jumătate din această doză la copii. *Bowie* administrează Dagénan-ul, obținând succese, la 30 de blenoragii acute, în felul

următor : în prima zi 8 tablete à 0,50 gr. ; a doua și a treia zi câte 6 tablete zilnic și câte 3 tablete pe zi alte 4 zile, în asociație cu spălături de permanganat de potasiu 1/8000. În 28 din aceste cazuri, gonococul a dispărut în 3 zile.

La femei, în metrita colului, când există leziuni anatomice profunde, Dagénan-ul este întrebuințat asociat cu injecții și cu ovule sau cu intervenții electrice — după caz — aci fiind mai greu tratamentul local.

La sugarii cu oftalmie purulentă, se întrebuințează doze mici (0,50 gr. adică o tabletă pe zi). A. M. Michie și Maurice H. Webster au obținut în astfel de cazuri, vindecări rapide cu Dagénan.

B) *Dagénan-ul aplicat singur.*

Când îngrijirile locale nu se pot face cu ușurință, Dagénan-ul se poate întrebuința singur, cu deosebire la bărbat. P. Durel a propus și întrebuințat 3 posologii, pe care le enumăr în ordinea dată de autor :

Posologia I.

3 grame (6 tablete) pe zi, timp de 2 zile.

2 " (4 ") " " " " 2 "

1 gram (2 ") " " " " 2 "

0,50 " (1 tabletă) " " " " 2 "

Deci se iau 13 grame de Dagénan în timp de 8 zile. Această posologie este cea mai bine tolerată.

Posologia II.

3 grame (6 tablete) pe zi, timp de 3 zile.

2 " (4 ") " " " " 3 "

1 gram (2 ") " " " " 3 "

În 9 zile, bolnavul ia în felul acesta 18 grame. Această posologie este valabilă pentru majoritatea cazurilor.

Posologia III.

4 grame (8 tablete) pe zi, timp de 2 zile.

3 " (6 ") " " " " 2 "

2 " (4 ") " " " " 2 "

1 gram (2 ") " " " " 2 "

adică 20 grame în timp de 8 zile. Această posologie este cea mai activă. În experimentările făcute în vederea acestei teze, am aplicat toate aceste posologii și am ajuns la concluzia că posologia a III-a este cea mai bună, însă nu poate fi tolerată de toți bolnavii.

C) *Dagénan-ul asociat cu chimioterapie sulfamidată parenterală.*

Chimioterapia trebuie să fie adaptată la fiecare caz în parte, iar pe cale bucală se va da numai doza necesară, pentru a se înconjura gastralgiiile. O modificare în-

uzarea purgativelor. Se vor întrebuința numai laxative ușoare. Se pare că vârsta constituie o altă contraindicație. Un examen general al bolnavului, înaintea aplicării tratamentului cu Dagenan, îl socotim necesar; aceasta, întrucât s'a observat că hepatici, cardiaci, renali, anemici, hemofilii și indivizii intoxicați, dau accidente datorise toxicității medicamentului. Va trebui în orice caz, administrat cu prudență la debili, denutriți, convalescenți, alcoolici și surmenați. Deasemenea este contraindicată întrebuințarea concomitentă cu arsenobenzolii cât și cu toate produsele care conțin aur.



OBSERVAȚIUNILE CLINICE.

Observațiunile clinice au fost începute din vara anului 1939 și au putut fi făcute în toată libertatea, grație bunăvoinței Casei »Specia« care mi-a pus la dispoziție medicamentul necesar, făcând toate sacrificiile posibile, cu toate restricțiile și greutatea dictate de situația internațională în orice domeniu economic.

Cred că ar fi fost interesante de făcut, experimentări asupra eficacității profilactice a preparatului. Cum însă, concluziunile care ar naște din aceasta ar trebui bazate pe o foarte îndelungată experiență și cum n'am avut ocazia ca prin inoculări de gonococ pe uretră să produc experimental uretrita gonococică, nu pot trage nici un fel de concluziune practică. Este totuși de presupus că Dagénanul poate avea o acțiune profilactică, cu atât mai mult, cu cât infecția la început este superficială și se manifestă doar prin prezența gonococului pe mucoasa uretrală.

Uretrita blenoragică necomplicată.

Cu uretrită anterioară acută, au fost tratați:

OBS. 1.:

B. I. subinginer de 32 ani, vine cu simptomele unei blenoragii acute anterioare. Din orificiul uretral, edemațiat, cu labiile ușor ectropionate, se scurge o secreție purulentă abundentă, de culoare galbenă verzuie. Urina în porțiunea I-a este turbure, iar în porțiunea II-a este clară.

Bolnavul acuză dureri și usturimi la micțiune și dureri foarte accentuate în timpul erecțiilor. La examenul microscopic, se observă polinucleare și numeroși gonococi intra și extra celulari. Se lixează diagnosticul de *uretrită blenoragică acută anterioară*. Se instituie tratamentul cu tablete de Dagénan în modul următor: prima zi 6 tablete de 3×2. A doua și a treia zi câte 5 tablete, iar a patra zi patru tablete, deci în total 20 de tablete. Local se fac spălături ușoare cu soluție de permanganat de potasiu 1/10.000.

În urma tratamentului aplicat, deja a doua zi secre-

ția este redusă mult, fenomenele inflamatorii de asemenea, iar starea generală este bună.

A doua și a treia zi, secreția dispare aproape complet, în mucina recoltată cu greu, nu se mai pot evidenția gonococi. Urina este clară, cu câteva filamente în porțiunea I-a. Bolnavul prezintă ușoare dureri de cap.

A patra zi status idem. Urmează o pauză de patru zile fără simptome clinice. Ne mai prezentând nici un simptom, se trece la provocatii cu $\text{No}_3 \text{AG} . 1/4-1\%$, în total 4, urmate de control microscopic fără a mai evidenția gonococii. Observat încă zece zile, se declară vindecat.

OBS. 2. :

Bl. E. călăfă de comerciant, de 24 ani, se prezintă cu scurgere uretrală, observată la 3 zile după un contact sexual. La examenul obiectiv, din canalul uretral se scurge o secreție purulentă, iar la examenul microscopic, se pun în evidență gonococi intra și extra celulari. Subiectiv, prezintă usturimi la micțiune, urina I-a este turbure, iar a doua clară.

Se pune diagnosticul de *uretrită blenoragică acută anterioară*.

Se începe tratamentul local cu spălături uretrale, iar intern se dă Dagènan câte 3 tablete prima și a doua zi, iar a treia zi bolnavul acuzând dureri de cap și inapetență, se scade la 3 tablete. A patra și a cincia zi se urcă la câte patru tablete. În urma acestui tratament, secreția devine în două zile mucinoasă, a treia zi dispar gonococii, iar a cincia zi toate simptomele morbide sunt regresate complet. După observații de o săptămână, se trece la provocatii chimice și biologice, rămânând toate negative. Bolnavul se declară vindecat.

OBS. 3. :

Gh. S. 28 ani, funcționar particular, vine cu o scurgere uretrală de 15 ore și usturimi la micțiune. La examenul microscopic se constată gonococi extra și intracelulari. La examenul obiectiv, meatul uretral este ușor inflammat și edemațiat. Urina I-a este turbure, a II-a clară. I se face o spălătură anterioară cu tripaflavină 1/3000, după 12 ore a II-a spălătură, iar după alte 5 ore se face a III-a spălătură cu tripaflavină 1/5000. Dela început i s'a administrat un tub de Dagènan astfel: în seara prezentării a luat 1,50 gr., în ziua a 2-a și a 3-a câte 3 gr., iar a 4-a 2,50 gr. Scurgerea s'a oprit pe tot timpul administrării Dagènan-ului. A doua zi dimineata, în frotiu se găsesc polinucleare, epiteliu în cantitate mică și gonococi negativi. Scurgerea dispare apoi complet pe tot timpul administrării

Dagénan-ului, ca să reapară după terminarea seriei, însă gonococi nu se mai pot pune în evidență. Bolnavul este vindecat.

OBS. 4 :

V. I. 20 ani, student, vine cu simptome de *uretrită blenoragică anterioară acută*. De două zile prezintă scurgere uretrală purulentă, galbenă-verzuie, cu numeroși gonococi la examenul microscopic. I se administrează 13 gr. de Dagénan în timp de 4 zile care are ca efect dispariția secreției care din ziua a treia devine mucinoasă, redusă, gonococii dispărând în același timp, iar urina clarificându-se. După seria de Dagénan, urmează provocările obișnuite, care nu sunt urmate de recidive, bolnavul plecând vindecat.

OBS. 5 :

I. V. 32 ani, funcționar, se prezintă cu simptome de *uretrită blenoragică acută anterioară*. I se prescrie tratament cu Dagénan, primind trei zile câte 6 tablete zilnic, în urma cărora secreția dispare, preparatul microscopic devine negativ; urina se clarifică, dar bolnavul acuză dureri de cap, inapetență și ușoare amețeli din care cauză tratamentul se reduce la 4 tablete zilnic pentru alte două zile. După provocările cu nitrat de argint, ne mai găsind gonococi în preparatul microscopic, bolnavul este declarat vindecat.

OBS. 6. :

S. P. de 30 ani, muncitor, se prezintă cu întregul cortegiu simptomatic de *uretrită blenoragică acută anterioară*. De 4 zile prezintă scurgere uretrală abundentă, în care se pun în evidență la examenul microscopic gonococi intra și extra celulari. Incepe imediat tratamentul cu Dagénan, luând 6 tablete zilnic timp de 3 zile, câte 4 tablete alte 3 zile și câte 2 tablete ultimele 3 zile, deci 18 gr. în total. Deja după 3 zile, gonococii dispar, secreția diminuează mult în cantitate iar urinele se clarifică. După provocările cu nitrat de arg. frotiul se menține negativ și bolnavul este declarat vindecat.

OBS. 7. :

Dr. M. I. 34 ani, pretor, vine cu simptome de *uretrită blenoragică anterioară acută*. I se fac examinările de rigoare, care pun în evidență în scurgerea uretrală, gonococi intra și extra celulari. Imediat face tratament local și ia tablete de Dagénan după schemă : 6+6+6+4+4 după care doza se scade la 2 tablete pe zi încă 3 zile. După 12 zile dela terminarea seriei cu Dagénan, prepara-

tele microscopice rămân negative, se trece la provocări cu nitrat de argint după care frotiul se menține tot negativ și bolnavul părăsește serviciul vindecat.

OBS. 8.:

S. M. 26 ani, stud. Acad. Com. Se prezintă cu o scurgere uretrală abundentă care datează de 5 zile. În frotiu se pun în evidență numeroși gonococi intrași extracelulari. Diagnosticăm *uretrită blenoragică anterioară acută* și aplicăm 20 de tablete de Dagénan, repartizate pe 4 zile astfel: 6+6+4+4, serie după care fenomenele regresează aproape complet, gonococii nu se mai pot pune în evidență în câmpul microscopic începând din a treia zi de tratament, dar bolnavul nu mai poate fi controlat deoarece pleacă în concentrare.

OBS. 9.:

H. A. 26 ani, absolvent Academia Agricolă, vine cu simptome de *uretrită blenoragică anterioară acută*. I se dau tablete de Dagénan, astfel: 6+6+6+4+4+4 și i se face tratament cu spălături de permanganat de potasiu. Gonococii dispar din secreția uretrală începând cu ziua a 3-a de tratament, iar din ziua a 5-a dispăre și secreția. Se trece la provocării cu nitrat de argint, după care ne mai apărând gonococii, declarăm bolnavul vindecat.

OBS. 10:

G. D. de 32 ani, funcționar, se prezintă cu simptome de *uretrită blenoragică anterioară acută*. I se administrează în timp de 4 zile, 6+6+4+4 tablete de Dagénan. În ultima zi de administrare nu mai putem pune în evidență gonococi, situație care se menține aproape 2 săptămâni, după care trecem la provocării cu nitrat de argint. Gonococii ne apărând nici în urma provocărilor, bolnavul pleacă vindecat.

OBS. 11.:

T. S. 27 ani, institutor, vine cu simptome de *uretrită blenoragică anterioară acută*. Face tratament cu Dagénan luând 40 tablete repartizate în două serii, astfel: 6+6+4+4. Concomitent face și spălături cu permanganat. După 3 zile de tratament, gonococii nu se mai pot pune în evidență, totuși pentru siguranță, mai face și a doua serie de 20 tablete de Dagénan. Urmează provocările după care gonococii nu se mai pot evidenția și bolnavul pleacă vindecat.

OBS. 12.:

N. B. 21 ani, stud. med. Se prezintă cu ușoare fenomene de *uretrită blenoragică anterioară acută*. I se

încearcă un tratament abortiv cu soluție de tripaflavină, fără rezultatul dorit. Primește Dagénan 6+5+4+3+2, gonococii însă nu sunt influențați. După o pauză de 4 zile ia a doua serie de Dagénan, tot cu același rezultat. Mai ia și seria a treia de 6+6+5+5, fenomenele cedează, gonococii nu mai pot fi puși în evidență nici înainte nici după provocații și bolnavul pleacă vindecat.

OBS. 13.:

F. I. 35 ani, muncitor, prezintă scurgere uretrală abundentă de 6 zile. În frotiu sunt polinucleare, celule epiteliale și gonococi intra și extracelulari. Punem diagnosticul de *uretrită blenoragică acută anterioară* și instituiam tratamentul cu Dagénan. După trei zile de la începutul acestui tratament nu mai putem evidenția gonococi în frotiu, secreția și restul fenomenelor încetează. Facem provocațiile cu nitrat de argint și liberăm bolnavul vindecat după câteva controluri microscopice negative.

OBS. 14.

C. I. 32 ani, funcționar particular, se prezintă cu simptome de *uretrită blenoragică anterioară acută*. I se aplică 20 tablete de Dagénan astfel: 6+6+5+3. În ziua a patra nu mai găsim gonococi, toate fenomenele subiective și obiective regresează. Facem provocațiile cu nitrat de argint după care preparatul microscopic este tot negativ. După două săptămâni, controlăm bolnavul și-l declarăm vindecat, întrucât examenul microscopic este și de astă dată negativ.

OBS. 15.;

D. B. 22 ani, stud. Acad. Com. se prezintă cu simptome de *uretrită blenoragică anterioară acută*. Primește 30 de tablete Dagénan astfel: — 6+6+5+5+3+3+2. Gonococii dispar chiar în ziua a doua, iar secreția în ziua a cincia de tratament. După o săptămână i se fac provocațiile, după care controlul microscopic este tot negativ. După două săptămâni, recontrolăm pacientul și-l declarăm vindecat, neputându-i pune în evidență gonococi din lipsă de secreție.

OBS. 16.

A. I. 22 ani, student la drept, vine cu simptome de *uretrită blenoragică anterioară acută*. În secreția abundentă, controlul microscopic arată multe polinucleare, celule epiteliale și gonococi intra și extra celulari. I se administrează o serie de 20 tablete Dagénan, repartizate: 6+6+4+4. În ziua ultimă de tratament, bolnavul prezintă o ușoară cefalee și grețuri. Gonococii nu se mai pot pune

în evidență în frotiu nici înainte și nici după provocații cu lapis 1/4—1/%. — Bolnavul este declarat vindecat.

OBS. 17.:

P. I. 26 ani stud. drept. Prezentând simptomatologia completă de *uretrită anterioară blenoragică acută*, i se instituie tratament cu 30 de tablete Dagénan după formula: 6+6+6+4+4+4. Gonococii dispar a patra zi de tratament și după o săptămână urmează provocațiile cu lapis. Cazul prezintă recidivă după două săptămâni dela provocații fiind nevoie de a doua serie de 30 tablete Dagénan, care aduce vindecarea bolnavului.

OBS. 18.

L. B. 31 ani, comerciant, vine cu scurgere de două zile, contactul extra conjugal a avut loc înainte cu 5 zile. Urina I-a turbure și cu filamente, a II-a este clară. În câmpul microscopic se observă numai leucocite și gonococi extrem de mulți, atât intra cât și extra celulari.

Punem diagnosticul de *uretrită blenoragică acută anterioară*.

I se face o spălătură cu tripaflavină și începe tratamentul ca Dagénan câte 6 tablete zilnic, timp de patru zile. Mai primește încă de două ori spălături cu tripaflavină; gonococii dispar după 2 zile. A patra zi, deși tratamentul local n'a mai fost continuat, urina I a și a doua sunt clare, fără filamente. După provocațiile cu nitrat de argint și bere, gonococii rămân negativi. Se face un control după 10 zile, și o nouă serie de provocări și se declară bolnavul vindecat.

OBS. 19.

M. O. de 22 ani, student. De trei zile prezintă scurgere uretrală. Ultimul contact l-a avut cu o săptămână înainte. Urina I-a e turbure și cu filamente a II-a este clară. În secreția uretrală se pun în evidență gonococi extra și intracelulari. Diagnosticăm o *uretrită blenoragică acută anterioară*. I se fac spălături cu tripaflavină, iar intern primește Dagénan 6+6+4+4 tablete. După 4 zile, gonococii dispar. I se mai fac 3 spălături cu tripaflavină urmate de permanganat de potasiu. După 10 zile se fac provocări, controlul microscopic este negativ, suspendăm tratamentul, iar după alte 10 zile repetăm provocațiile și declarăm bolnavul vindecat, controlul microscopic menținându-se negativ.

OBS. 20.

L. J. 24 ani, sublocotinent. Prezintă de o zi scurgere uretrală. Ultimul contact l-a avut înainte că 4 zile. Urina I-a clară cu filamente, a II-a clară. În secreție gonococi intra și extra celulari. Diagnosticăm o *uretrit blenoragică acută anterioară*.

Facem spălături cu tripaflavină, iar intern aplicăm tablete da Dagénan. Bolnavul face și acasă instalații cu protargol și choleval. După 4 zile nu mai putem evidenția gonococi în frotiu. Se continuă tratamentul local timp de 2 săptămâni, apoi se face două provocări în decurs de 10 zile, bolnavul se declară vindecat după câteva controale negative.

OBS. ; 21.

D. V. 20 ani, student. Prezintă scurgere uretrală de o zi; ultimul contact înainte cu 4 zile. Urina I-a este turbure și cu filamente, iar a II-a este clară. Secreția purulentă conține gonococi intra și extra celulari. Diagnostic: *Uretrită blenoragică acută anterioară*.

I se fac spălături cu tripaflavină, intern i se dau tablete de Dagénan, gonococii dispar după 3 zile. Tratamentul local cu spălături se continuă încă 10 zile apoi se trece la provocații cu nitrat de argint $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %, bolnavul se declară vindecat ne mai găsindu-i-se gonococi.

OBS. : 22.

R. E. 20 ani, student. Prezintă scurgere uretrală de 2 zile, ultimul contact având loc cu 4 zile înainte. Urina I-a este clară și cu filamente, iar a II-a este clară. În secreția uretrală numeroși gonococi intra și extra celulari. Diagnosticăm o *uretrită blenoragică acută anterioară*. Incepem tratamentul cu spălături de tripaflavină și dăm per os Dagénan. În ziua a 2-a de tratament, controlând preparatul microscopic, nu mai găsim gonococi. Tratamentul se continuă încă 5 zile și se termină cu provocațiile după care declarăm bolnavul vindecat, controlul microscopic rămânând tot negativ.

Cu uretrită totală acută au fost tratați :

OBS. : 23.

C. A. 28 ani, stud. Ac. Com. Se prezintă la dispensarul anti-venerian al Clinicei, cu simptome de *uretrită blenoragică acută totală*. Acuză micțiuni frecvente și durerose. Din orificiul uretral se scurge o secreție sero-purulentă. Urina în ambele porțiuni este turbure. La examenul microscopic găsim gonococi intra și extra celulari. Contra fenomenelor inflamatorii pronunțate i se admini-

strează două injecții de soluseptazină de câte 10 cm³ tot a doua zi. Intern i se dă Dagénan 13 gr. în total, după formula: 6+6+4+4+2+2+1+1. Fenomenele inflamatorii dispar, urina se clarifică, micțiunile devin normale, secreția dispare aproape complet și este fără gonococi la controlul microscopic, din ziua III. Cazul plecând la serviciul militar, nu s'a mai putut urmări.

OBS.: 24.

G. T. 25 ani, institutor (concentrat). Intră în serviciul Clinicei cu simptome de *uretrită blenoragică totală acută*. I se fac 2 serii de Dagénan (40 tablete) după care nu mai putem pune în evidență gonococi la controlul microscopic. Se fac provocările cu nitrat de argint, iar după 2 săptămâni dela provocări se produce o recidivă. Se reîncepe tratamentul cu încă 40 de tablete Dagénan, gonococii dispar din nou, stare care se menține și după ultimele provocații, bolnavul declarându-se vindecat.

OBS.: 25.

T. I. 24 ani, elev mecanic C. F. R. La 3 zile după contact apare o secreție muco-purulentă la nivelul meatusului urinar și mâncărime pe canalul uretral. Urina I-a și a II-a sunt turburi. În scurgerea purulentă, controlul microscopic arată elemente celulare și gonococi intra și extracelulari. Diagnostic: *uretrită blenoragică acută totală*. I se face tratament cu spălături anterioare, vaccin gonolimas, injecții cu tripaflavină, apoi ia 26 tablete Dagénan în patru zile astfel: 8+6+6. Din ziua a treia de administrare a Dagéna-ului, gonococii dispar, se trece la provocațiile cu nitrat de argint. Controlul microscopic este negativ și bolnavul este declarat vindecat.

Cu uretrită cronică au fost tratați:

OBS. 26.:

E. I. învățător, 33 ani. Se prezintă la Dispensarul Clinicei Dermato-venereice, cu o secreție redusă mucinoasă, cu gonococi la controlul microscopic. Urina este clară și cu filamente în prima porțiune. A urmat tratament medical cu spălături și instilațiuni uretrale. Diagnosticul clinic este de: *uretrită cronică blenoragică*. Se institue un tratament combinat cu injecții de soluseptazină tot a doua zi câte 10 cmc. iar zilnic Dagénan după schema: 6+6+4+2+2+1+1. Fenomenele subiective și obiective regresează complet. Se face seria de provocări uzuale în serviciul clinice cu nitrat de argint în concentrație dela 1/4—1% urmate de control microscopic după al cărui rezultat negativ, bolnavul se declară vindecat.

OBS.: 27.

A. N. 28 ani, stud. litere. Se prezintă cu secreție redusă mucinoasă, urină clară dar cu filamente în prima porțiune și gonococi intra și extra celulari. Făcuse tratament cu spălături și injecțiuni uretrale. Diagnosticăm: *uretrită blenoragică cronică*. Din prima zi dela prezentare i se administrează Dagénan după posologia: 6+6+6+4+4+4. Din a doua zi de tratament frotiul devine negativ, menținându-se astfel mai multe zile; toate fenomenele regresează și se trece la provocațiile cu nitrat de arg. după care frotiul fiind tot negativ, bolnavul pleacă vindecat.

OBS.: 28.

O. C. funcționar, 30 ani. prezintă o secreție redusă mucinoasă, urina din prima porțiune este clară și cu filamente, iar la examenul microscopic, se pun în evidență gonococi. Diagnostic: *uretrită blenoragică cronică*.

După o serie de 20 tablete Dagénan, toate simptomele dispar gonococii ne mai apărând nici după provocații. Bolnavul se declară vindecat.

OBS.: 29.

D. M. sublocotenent, 26 ani, intră în serviciul nostru cu simptome de *uretrită blenoragică totală cronică*. Ia Dagénan după formula: 6+6+6+4+4+4 tablete. Frotiul examinat zilnic nu mai pune gonococi în evidență, lucru care ne face să trecem la provocările cu lapis și declararea de vindecat a bolnavului, după o altă serie de controlyri microscopice negative.

OBS.: 30.

L. Z. 19 ani, șofer, se prezintă cu o secreție redusă mucinoasă în care găsim la microscop gonococi intra și extra celulari celulele epiteliale și polinucleare. Urina este clară și cu filamente în primul pahar. A fost tratat 2 luni cu spălături și instilațiuni uretrale. Punem diagnosticul de *uretrită blenoragică cronică* și începem tratamentul administrându-i în două serii, 40 tablete Dagénan. După a doua serie, toate simptomele subiective și obiective dispar complet, frotiul devine negativ deja după a patra zi dela prima serie, dar în a cincia zi de pauză îl găsim iar pozitiv, ca apoi să dispară din nou în a treia zi dela a doua serie. Facem provocațiile cu nitrat de argint și declarăm bolnavul vindecat, controlul microscopic rămânând negativ.

OBS.: 31.

F. C. 25 ani, subofițer instructor, prezintă secreție

uretrală redusă, urina filamentoasă în prima porțiune și clară în ambele. În secreție constatăm gonococi la microscop. Punem diagnosticul de *uretrită blenoragică* cronică și-i administrăm tablete de Dagénan: 6+6+5+3. În a doua zi de tratament nu se mai găsesc gonococi la microscop, stare care se menține și după provocațiile cu nitrat de argint. Bolnavul este vindecat.

OBS. 32.

G. B. 41 ani, voiajor, intră cu simptome de *uretrită blenoragică cronică recidivată*. Face două serii de câte 20 tablete Dagénan. Gonococii dispar începând din ziua a treia de tratament. Se fac provocații cu lapis 1/4—1%, controlul microscopic rămâne tot negativ. Bolnavul părește serviciul vindecat.

Cu uretrită subacută a fost tratat:

OBS. 33.

S. P. 26 ani, croitor, vine cu *uretrită blenoragică subacută* recidivată după tratament. I se aplică Dagénan 30 de tablete astfel: 6+6+6+4+4+4.

Din ziua a patra, gonococii dispar, iar din ziua a șasea nu se mai poate face preparat microscopic din lipsă de secreție. Bolnavul este concentrat și astfel nu-l mai putem recontrola.

Uretrita blenoragică complicată

Cu uretrită blenoragică, complicată cu epididimită au fost tratați:

OBS. 34.

C. St. 28 ani, controlor auto-CFR. vine pentru dureri în regiunea scrotală, scurgere uretrală, temperatură și frisoane.

Antecedente: fără importanță.

Istoricul bolii actuale: acum 10 zile, după cinci zile dela contact, debutul se face cu usturimi la micțiune și scurgere uretrală purulentă.

Starea prezentă: testicolul și epididimul stâng sunt sensibili spontan și la palpare, măriți ca volum; scrotul este roșu, eritematos la acest nivel, cordonul stâng este dureros la palpație și indurat.

Prostata și veziculele seminale în partea stângă sunt mărite. În secreția uretrală constatăm la microscop multe polinucleare, celule epiteliale și gonococi intra și extracelulari. *Diagnostic:* *uretrită blenoragică totală, epididimită stângă. Tratament:* li administrăm ta-

blete Dagénan după formula: 6+6+6+4+4+4+2+2+2 și comprese locale, apoi face o pauză de 4 zile, după care repetă seria. Fenomenele regresează, gonococii dispar. Bolnavul este concentrat, în bune condițiuni sanitare.

OBS. 35.

C. R. 20 ani, funcționar, vine pentru scurgere uretrală și dureri în regiunea scrotală stângă. După toate examinările necesare, diagnosticăm o *uretrită blenoragică totală acută, epididimită stângă*. Incepem imediat tratamentul cu 30 tablete Dagénan, luate de bolnav astfel: 6+6+6+5+4+3. Toate fenomenele cedează; facem provocații și ne mai găsim gonococi nici după acestea, declarăm bolnavul vindecat.

[OBS. 36.

O. L. 24 ani, croitor, vine cu fenomene de *uretrită blenoragică acută totală, epididimită stângă*. Pe lângă 40 tablete Dagénan, repartizate în două serii, aplică și comprese pe epididimul stâng. După două zile de la terminarea primei serii de Dagénan, gonococii dispar și toate fenomenele se ameliorează. Urmează provocațiile, controlul microscopic fiind negativ, bolnavul este declarat vindecat.

OBS. 37.

P. I. 30 ani, plugar, vine cu o secreție sero-purulentă care se scurge din meatul urinar, dureri intense la nivelul testicolului stâng și de-a-lungul cordonului spermatic.

Antecedente: fără importanță.

La controlul microscopic se constată gonococi intra și extracelulari, polinucleare și celule epiteliale. Diagnosticăm o *uretrită blenoragică totală, epididimită, funiculită și spermato-cistită stângă*. Cu o zi înainte de începerea tratamentului cu Dagénan i se face tabloul sanghin: neutrofile 65%, limfocite 29%, monocite 4%, eozinofile 2%, bazofile 0%, tinere 0%. În prima zi de pauză după terminarea seriei: neutrofile 61%, limfocite 31%, monocite 5%, eosinofile 1%, bazofile 1%, tinere 1%. Hemoglobinometria a fost făcută cu hemoglobinometrul lui Sahli și a fost găsită la început 80%, iar la sfârșit 78%.

La controlul microscopic se pun în evidență gonococi intra și extracelulari. Se începe tratamentul cu Dagénan, câte 6 tablete pe zi, timp de patru zile. După a doua zi de tratament cu Dagénan, gonococii dispar, dar după pauză în care tratamentul se continuă cu spălături cu rivanol, se constată din nou gonococi care necesită re-

petarea seriei de Dagénan. Gonococii dispar din nou, menținându-se această situație până la plecarea bolnavului din Clinică, timp în care își continuă tratamentul cu spălături de permanganat de potasiu și Arzberger. Pleacă vindecat.

OBS. 38.

E. P. 25 ani, plugar, vine cu usturime pe canal, scurgere uretrală, dureri la nivelul epididimului și funiculului stâng. Urina I-a trbure, a II-a filamentoasă. Se pune diagnosticul de *uretrită blenoragică cronică totată, epididimită și funiculită stângă*. Cu o zi înainte de începerea tratamentului cu Dagénan, i se examinează tabloul sanghin, care se prezintă: neutrofile 64%, limfocite 29%, monocite 3%, eosinofile 20%, basofile 1%, tinere 1%. În prima zi de pauză după seria de Dagénan: neutrofile 60%, limfocite 32%, monocite 3%, eosinofile 20%, basofile 1%, tinere 2%. Imediat aplicăm bolnavului comprese locale cu gheață, iar intern îi dăm 3x2 tablete Dagénan zilnic, timp de 4 zile. Din ziua a treia de tratament cu Dagénan, gonococii dispar și fenomenele locale regresează. I se fac provocațiile cu nitrat de argint, control microscopic negativ și se declară vindecat.

OBS. 39.

E. A. 18 ani, comerciant. *Antecedente*, fără importanță. *Starea prezentă*: bolnavul are dureri în epididimul drept, mai accentuate în mers și în eforturi. Din orificiul uretral, se scurge la presiune o secreție seropurulentă de culoare gălbuie. Urina I-a și a II-a turburi. Controlul microscopic pune în evidență gonococi intra și extra celulari. *Complicațiuni*: epididimul drept este tumefiat, sensibil la palpare, dur. Funiculul spermatic drept se palpează ca un cordon puțin tumefiat și sensibil. Lobul drept prostatic este puțin mărit, iar la tușeul rectal se palpează unele părți mai infiltrate, ca mici nodozități sensibile. Punem diagnosticul de *uretrită blenoragică totală, epididimită dreaptă, prostatită foliculară*. Cu o zi înainte de începerea tratamentului cu Dagénan, i se face tabloul sanghin: neutrofile 70%, limfocite 23%, monocite 4%, eosinofile 2%, basofile 1%, tinere 0%, hemoglobina 95%. În prima zi de pauză după seria de Dagénan: neutrofile 67%, limfocite 30%, monocite 2%, eosinofile 1%, basofile 0%, tinere 0%, hemoglobina 87%.

Tratament: primește vaccin gonolimas, tripaflavină intravenos, spălături anterioare cu rivanol, permanganat, albargin și choleval. Ia și o serie de 24 tablete Dagénan, repartizate în doze egale pe 4 zile. Gonococii dispar chiar a doua zi după începerea Dagénan-ului. Controlul micro-

scopic menținându-se negativ, se trece la provocații cu NO_3Ag 1/4—1,2% și se declară vindecat, controlul rămânând tot negativ.

OBS. 40.

C. I. 31 ani, plugar. *Antecedente* : fără importanță.

Vine cu scurgere uretrală muco-purulentă, în care se pun în evidență lamicroscop gonococi intra și extracelulari și elemente celulare. Urina I-a și a II-a sunt turburi. *Complicațiunile* : epididimul drept este mult mărit, dur și dureos la palpare ; tegumentele respective sunt inflamate, edemațiate și de culoare roșie-violacee. Se pune diagnosticul de *uretrită blenoragică totală, orchiepididimită dreaptă, prostatită*. Cu o zi înainte de începerea tratamentului cu Dagénan i se face tabloul sanghin : polinucleare neutrofile 69%, limfocite 16%, monocite 9%, eosinofile 6%, basofile 0%, tinere 0%, hemoglobina 90%. În prima zi de pauză după prima serie : neutrofile 66%, limfocite 19%, monocite 10%, eosinofile 5%, basofile 0%, tinere 0%. Al treilea control i se face în ziua a patra de administrare a celei de a doua serii cu Dagénan : neutrofile 61%, limfocite 22%, monocite 9%, eosinofile 6%, basofile 2%, tinere 0%, hemoglobina 86%.

Tratament : după comprese locale, injecții cu tripaflavină, vaccin gonolimas, spălături, ia prima serie de 24 tablete de Dagénan. Situația se schimbă rapid spre bine, gonococii dispar a treia zi dela începutul administrării Dagénan-ului. Face pauză de 4 zile. În ziua a patra de pauză, controlul microscopic pune în evidență gonococi extracelulari. Se reîncepe a doua serie tot de 24 tablete Dagénan. Gonococii dispar din nou, începând cu ziua a treia de tratament, bolnavul mai continuă totuși tratamentul cu spălături și Arzberger. Intrucât este chemat urgent la concentrare, nu i se mai pot face provocațiile cu nitrat de argint. Pleacă ameliorat.

Cu uretrită blenorică complicată cu prostatită. au fost tratați :

OBS. : 41.

N. L. 32 ani, muncitor, se prezintă cu simptome de *uretrită blenoragică totală, complicată cu prostatită parenschimatoasă*. Se instituie tratamentul cu tablete de Dagénan, după formula : 6+6+6+4+4+4+2+2+2. Gonococii dispar a patra zi dela începerea tratamentului, iar urina se clarifică în același timp. A șasea zi, prostata este găsită, la tușeu, regresată. La sfârșitul tratamentului se fac provocări chimice și se declară bolnavul vindecat, controlurile microscopice rămânând negative.

OBS. : 42.

M. A. 31 ani, plutonier, se prezintă pentru scurgere uretrală, jenă la defecație, dureri în regiunea anală. *Antecedente* : fără importanță.

Istoricul bolii : a debutat de o lună prin mâncărimi și scurgere purulentă uretrală, iar de 4 zile dureri mari în regiunea anală.

Starea prezentă : bolnavul este bine dezvoltat. Se constată o scurgere uretrală gălbuie, iar prostata și veziculele seminale sunt dureroase la presiune și mărite de volum. Examinând secreția uretrală, se constată leucocite, celulele epiteliale și gonococi intra și extracelulari.

Diagnostic : uretrită blenoragică totală cu prostatită. Incepem tratamentul cu Dagénan 6+6+6+4+4+4 deja a doua zi gonococii sunt numai extracelulari, iar a treia zi preparatul devine complect negativ, stare care se menține încă vre-o cinci zile, după care trecem la provocații și declarăm bolnavul vindecat.

OBS. 43.

M. V. de 30 ani, frizer, se plânge de scurgere uretrală, dureri la defecație, jenă în rect. *Antecedente* : fără importanță. *Istoricul bolii* : boala a debutat de 9 săptămâni prin usturime la micțiune, scurgere uretrală purulentă, iar mai târziu s'au adăugat și : polakiurie, tenesme rectale și tumefacția scrotului drept.

Starea prezentă : bolnavul este bine dezvoltat, febril, acuză constipație, tenesme rectal și dureri în regiunea scrotală. Din uretră se scurge o secreție purulentă, testicolul drept este ușor mărit, epididimul mult tumefiat, dur și dureros. Pielea scrotului este edemațiată și eritematoasă. Tușeul rectal ne arată lobul drept prostatic mărit în volum, dureros și semidur. *Examenul de laborator*. La examenul secreției uretrale se constată : polinucleare, celule epiteliale și gonococi intra și extracelulari. Având în vedere această simptomatologie, punem diagnosticul de : uretrită blenoragică cronică, prostatită, epididimită dreaptă. Bolnavul s'a tratat 2 luni la un medic particular, însă fără efectul scontat. În tratamentul nostru, ia 2 serii de Dagénan, în total 20 gr. (40 tablete), făcând o pauză de 5 zile între serii. Chiar în ziua a IV-a a primei serii, gonococii dispar din fortii. Bolnavul mai aplică supozitoare, comprese, Arzberger. După a doua serie de Dagénan, toate simptomele regresează, însă pierdem bolnavul din observație, ne mai prezentându-se pentru provocații.

OBS.: 44.

P. A. 38 ani, proprietar. Vine acuzând o scurgere uretrală, jenă la defecație și dureri în rect. Examinările clinice și de laborator terminate, se pune diagnosticul de *uretrită blenoragică totală acută, prostatită*.

Face două serii de câte 20 tablete de Dagénan, separate de un interval de 4 zile. După seria întâia, gonococii nu mai apar în câmpul microscopic. După o săptămână se fac provocațiile cu nitrat de argint $\frac{1}{4}$ —1%, control microscopic negativ, bolnavul pleacă vindecat.

OBS.: 45.

C. V. 22 ani, stud. De două săptămâni prezintă scurgeri uretrale. Prostata este mărită mai ales lobul stâng. Urina întâia și a doua sunt turburi și cu filamente. Din secreția uretrală se face un preparat microscopic în care se văd multe leucocite, puține celule epiteliale și gonococi intra și extra celulari. Bazați pe aceste simptome punem diagnosticul de *uretrită totală blenoragică, prostatită*, I se fac spălături cu tripaflavină două zile consecutiv, pe urmă se continuă cu permanganat de potasiu. Din prima zi de tratament primește intern timp de 4 zile câte 6 tablete de Dagénan zilnic.

Gonococii dispar din frotiu a treia zi de la aplicarea Dagénan-ului. După șase zile se face controlul microscopic și se găsește negativ atât în secreția uretrală, filamente cât și în secreția prostatică. Toate fenomenele regresate, se fac provocațiile cu nitrat de argint și bere și se declară bolnavul vindecat ne mai putându-se găsi gonococi în preparatul microscopic.

OBS.: 46.

B. D. 26 ani, stud. med. De o lună de zile prezintă scurgere uretrală pe care o tratează singur cu spălături și Uliron. Fenomenele cedează dar reapar după trei săptămâni însoțindu-se cu simptome și din partea prostatei, ai cărei lobi sunt măriți, duri și sensibili la palpare. Urina I-a și a II-a, sunt turburi și cu filamente. Se pune diagnosticul de *uretrită blenoragică totală cronică, prostatită, cistită*.

Starea prezentă. Bolnavul prezintă polakiurie și dureri la micțiune. Din meatul urinar se scurge o secreție sero-purulentă în care se pun în evidență numeroși gonococi intra și extracelulari în preparatul microscopic. Înainte cu o zi de instituirea tratamentului cu Dagénan, se face tabloul sanghin: neutrofile 66%, limfocite 26%, monocite 6%, eozinofile 3%, bazofile 0%, tinere 0%. În prima zi de pauză după serie: neutrofile 63%, limfocite 28%, monocite 4%, eozinofile 4%, bazofile 1%, tinere 0%. Bemog-

globina la început 83, iar la sfârșit 81 grade hemometrice, după Sahli.

Tratament: primește o injecție de tripaflavină intravenos și Dagénan 6+6+6+6. Mai face spălături uretrale cu rivanol, albargină și choleval, apoi supozitoare cu beladonă și Arzbergar. Gonococii dispar din ziua a III-a de administrare a Dagénan-ului și controlul microscopic se menține astfel și după provocații, declarând bolnavul vindecat.

Cu uretrită blenoragică, complicată cu artrită, a fost tratat:

OBS. 47.:

D. A. 20 de ani, comerciant. Intră în serviciul clinicei în 23 I-a, 1940. Boala actuală datează de 2 săptămâni și a început cu scurgere uretrală sero-purulentă. De o săptămână, acuză dureri, secreție purulentă și lipirea pleoapelor, începând la ochiul stâng, pentru ca după trei zile să apară același cortegiu simptomatic și la ochiul drept. De 4 zile acuză dureri localizate în articulația genunchiului stâng și impotență funcțională; în același timp este și febril. Primul simptom a fost usturime pe canalul uretral, mai ales după micșiume.

Starea prezentă: de 4 zile dureri în genunchiul stâng, făcând imposibile mișcările active și pasive. De o săptămână, dureri de ochi cu fotofobie și ușoară aglutinare dimineța. Din orificiul uretral se scurge o secreție sero-purulentă. Urina I-a și a II-a, turburi. *Complicațiuni*. Genunchiul stâng este tumefiat, edemațiat în deosebi în partea superioară, la nivelul burselor suprapatelare care deasemenea sunt tumefiate. Toată articulația este foarte sensibilă la atingere, mișcările fiind complect reduse. Pielea suprapusă prezintă o ușoară inflamație. La ambii ochi se observă o injecție a conjunctivei bulbare, cu fotofobie pronunțată și o secreție foarte redusă care lipește pleoapele. Punem diagnosticul de: *uretrită blenoragică totală, gonită stângă, bursită, oftalmie blenoragică endogenă, gonită dreaptă*. Cu o zi înainte de a-i începe tratamentul cu Dagénan, îi facem tabloul sanghin: neutrofile 67%, limfocite 25%, monocite 5%, eosinofile 2%, bazofile 0%, tinere 1%. În prima zi de pauză după seria I-a: neutrofile 61%, limfocite 30%, monocite 6%, eosinofile 1%, bazofile 0%, tinere 2%. Al treilea control se face în ziua a IV-a de administrare a celei de a II-a serii de Dagénan: neutrofile 59%, limfocite 31%, monocite 5%, eosinofile 2%, bazofile 1%, tinere 2%.

Tratamentul. Incepe în 29 Ianuarie tratamentul cu Dagénan, comprese locale cu Burrou și vaccin concomitent. Incepând cu ziua a II-a dela aplicarea Dzgénan-ului, gonococii dispar. Fenomenele articulare și oculare se ameliorează. În 5 Februarie începe a II-a serie de Dagénan; controlul microscopic se menține în continuu negativ.

Au mai fost tratate :

OBS. 48. :

C. F. 19 ani, casnică, gravidă la începutul lunei a VI-a în momentul infecției. Se prezintă cu scurgere foarte abundentă din col. Această scurgere datează de 3 zile.

Examenul obiectiv. Se observă o hiperemie a orificiului uretral și a regiunii vulvare, cu o secreție abundentă, purulentă, galbenă-verzuie.

La microscop se pun în evidență gonococi intra și extracelulari și polinucleare. Incepe tratamentul cu spălături cu permanganat de potasiu 1.10.000, tamponate cu ichtiol la cervix, iar în uretră instalații cu sol. de protargol 1,5% iar după 2 zile primește o serie de uliron câte 6 tablete pe zi, timp de 4 zile, apoi pauză de 4 zile; face a II-a serie de uliron care are numai efectul de a scădea numărul gonococilor. Timp de 18 zile, bolnava face numai tratament local, apoi ia a III-a serie de uliron care nu influențează întru nimic tabloul cito-bacteriologic. I se dă o serie de Dagénan după formula : 6×6+6+6 tablete, fără rezultatul dorit. Bolnava prezintă fenomene de intoleranță care constau în : vertijii, vomismente și inapetență care ne obligă a fracționa doza zilnică în mai multe doze decât obișnuim. După această primă serie, scurgerea se menține apărând pe lângă gonococi și o floră banală abundentă. Repetă Dagénan-ul, după care nu se mai pot pune gonococi în evidență; se face colorația Gram, gonococii nu se pot pune în evidență nici cu această metodă de colorare și bolnava se declară vindecată.

OBS. 49 :

B. M. copilă de 4 ani, vine în clinică prezentând o *vulvo-vaginită blenoragică acută*. Tabloul microscopic se prezintă astfel : L++++, E—, Gc. i. e. După 4 zile dela intrarea în clinică, i se administrează Dagénan câte 3 tablete (1,50 gr.) zilnic, timp de 4 zile, face pauză de 8 zile, timp în care gonococii se mențin +. Urmează a II-a serie de Dagénan pe care-l suportă bine, gonococii dispar. Pentru a fi mai siguri de dispariția gonococilor, facem și colorația Gram și declarăm bolnava vindecată în urma mai multor preparate microscopice negative.



CONCLUZIONI.

1. *Blenoragia este cea mai frecventă dintre afecțiunile venerice, a cărei importanță individuală și socială (prin complicațiile și consecințele pe care le produce), nici când n'a fost apreciată la justa ei valoare.*

2. *În tratamentul blenoragiei, pe lângă regulile de igienă individuală și regimul igienico-dietetic ce se recomandă în tot decursul boalei, distingem un tratament local și unul general.*

3. *Tratamentul local se folosește de diverse medicamente antiseptice și adstringente, administrate fie după metoda lui Janet prin spălături largi, fie cu injectorul Neisser. Nici unul din medicamentele folosite până în prezent, nu posedă o acțiune specifică anti-gonococică.*

4. *Tratamentul general al blenoragiei, se face pe toate căile posibile de administrare a medicamentelor și în cadrele lui s'a folosit un arsenal întreg de medicamente, însăși mulțimea lor arătându-ne lipsa unui preparat cu acțiune promptă și sigură.*

5. *Cu descoperirile geniale ale lui Domagk și Furneau, intervine în tratamentul blenoragiei prin chimioterapia sulfamidică, o epocală transformare.*

6. *Între preparatele sulfamidate, un rol de frunte, consacrat deja în opinia publică a blenoragicilor, îl ocupă Dagénan-ul Casei «SPECIA».*

7. *Prin teza de față, am căutat ca pe bază de observațiuni riguroase, personal făcute în Clinica Dermato-Venerică a D-lui Prof. Tătaru, să redau la lumina strictă a obiectivității științifice, acțiunea acestui preparat în diverse faze ale blenoragiei. Administrarea s'a făcut la cei mai mulți cu 3x2 tablete pe zi timp de 4 zile, apoi pauză de 4 zile și s'a repetat dacă a fost nevoie după aceeași schemă.*

8. *Bazat pe cele 49 de cazuri tratate, am ajuns la rezultatele:*

a) în blenoragia acută anterioară, fenomenele subiective și obiective au dispărut în marea majoritate a cazurilor, în primele 48 de ore de la administrarea Dagénan-ului.

b) Gonococii au dispărut a III—IV-a zi de tratament.

c) În cazurile de blenoragie cu complicațiuni: epididimită, prostatită, fenomenele subiective și obiective dispărut după prima serie de tratament (după 4 zile).

d) În cazurile din urmă, gonococii au dispărut în unele observațiuni după prima serie de Dagénan, în altele în decursul celei de a II-a serii.

e) Accidente de intoleranță care să prezinte vre-o importanță clinică, nu s'au observat în decursul tratamentului. În tablourile sanghine făcute, nu s'au observat modificări importante ale formulei leucocitare.

9. Din toate cele observate și relatate în decursul acestei lucrări, reiese clar că Dagénan-ul este un preparat cu o eficacitate rapidă și sigură în toate cazurile de blenoragie.

10. Prin calitățile și acțiunea lui, acest preparat se impune pe primul plan atenției oricărui medic, în tratamentul blenoragiei.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății :

Președintele tezei:

ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu

ss. Prof. Dr. V. Bologa

CONCLUSIONS

1. La blennorragie est la plus fréquente des affections vénériennes, mais son importance individuelle et sociale (par ses complications et par les conséquences qu'elle produit) n'a pas toujours été appréciée à sa juste valeur.

2. Dans le traitement de la blennorragie, en dehors des mesures d'hygiène individuelle et du régime hygiéno-diététique qui est recommandé durant tout le cours de la maladie, nous distinguons un traitement local et un traitement général.

3. Le traitement local se fait à l'aide de divers médicaments antiseptiques et astringents, administrés soit d'après la méthode de Janet à l'aide de grands lavages, soit par la seringue Neisser. Aucun des médicaments utilisés jusqu'à présent ne possède une action antigonococcique spécifique.

4. Le traitement général de la blennorragie se fait par toutes les voies d'administration possibles; un vrai arsenal de médicaments a été utilisé, mais leur grand nombre même montre qu'il manquait un produit d'action prompt et sûre.

Grâce aux découvertes géniales de Domagk et de Fourneau une transformation radicale s'est opérée dans le traitement de la blennorragie, par la chimiothérapie sulfamidée.

6. Parmi les préparations sulfamidés, le DAGÉNAN de la Maison „SPECIA“ occupe une place de premier plan, consacrée déjà dans l'opinion publique des blennorragiques.

7. Dans ma thèse, j'ai essayé, en me basant sur des observations rigoureuses faites par moi-même dans la Clinique Dermato-Vénérologique de M. le Professeur Tătaru, de démontrer, à la lumière stricte de l'objectivité scientifique, l'action de ce médicament dans les diverses phases de la blennorragie.

L'administration en a été faite dans la plupart des cas, à raison de 3x2 comprimés par jour, pendant 4 jours, suivis d'un repos de 4 jours et a été répété au besoin d'après le même schéma.

8. Me basant sur les 49 cas traités, je suis arrivé aux résultats suivants :

a) Dans la blennorragie aigue antérieure, les phénomènes subjectifs et objectifs ont disparu dans la plupart des cas pendant les premières 48 heures d'administration du Dagénan.

b) Les gonocoques ont disparu le 3-ème, -4-ème jour de traitement.

c) Dans les cas de blennorragie avec complications : épидидymites, prostatites, les phénomènes subjectifs et objectifs ont disparu après la première série de traitement (après 4 jours).

d) Dans ces derniers cas, les gonocoques ont disparu dans certains observations après la première série de Dagénan, dans d'autres au cours de la deuxième série.

e) Des accidents d'intolérance ayant une importance clinique n'ont pas été observé au cours du traitement. Dans les tabeaux sanguins établis, on n'a pas observé de modifications importantes de la formule leucocytaire.

9. De tous les faits observés et relatés dans ce travail, il résulte clairement que le Dagénan est un produit doué d'une efficacité rapide et sûre dans tous les cas de blennorragie.

10. Par ses qualités et par son action, ce produit s'impose au premier plan de l'attention de tout médecin dans le traitement de la blennorragie.

Vu et bon à tirer
le Doyen de la Faculté
(ss) Professeur : Dr. I. DRĂGOIU

Le Président de la Thèse
(ss) Dr. V. BOLOGA

BIBLIOGRAFIE.

1. ANGHEL DANIEL Dr.: Sulfamidoterapia. Extras din »România Medicală«. 35 pag. 1 Iunie 1939.
2. ANGI I.: Agesulful, o nouă medicațiune în tratamentul blenoragiei. Teză. Tip. »Transilvania« Cluj 1935.
3. BALZER: Maladies veneriennes, 710 pag. Librairie J. B. Baillière Paris 1920.
4. BARBELLION: La blennorrhagie chez l'homme et chez la femme 380 pages. Maloine, Paris 1937.
5. BISTRIȚCHI G.: Piretoterapia în bolile venerice. Teză. Tip. »Studio« Cluj 1937.
6. CATHELIN—GRANDJEAN: L'infection gonococcique et et ses complications. 246 pages. Librairie du monde médical. Paris. f. a.
7. COUMEL, GOULENE, PERRIN et PIGUET: »Sur 50 cas de blennorrhagie traités par le corps 693. — Concours Médical No. 51 — 18 Décembre 1938.
8. CRIȘAN I.: Considerațiuni asupra tratamentului artritelor gonococice. Teză. Tip. »Ipuron« Cluj 1937.
9. DUREL P.: »Traitement de l'urétrite blennorrhagique masculine (en particulier par le 693) chez les sujets qui ne peuvent recevoir des soins locaux«. La Presse Médicale No. 86 — 26 Octobre 1938.
10. GAÁL ELISABETA—MAROSIN: Metodele de provocație în constatarea vindecării blenoragiei. Teză. Tip. »Cartea Românească«. Cluj 1934.
11. GEORGESCU I. CONST.: Ichtiolul în tratamentul blenoragiei. Teză. Inst. de Arte grafice »Ardealul«. Cluj 1937.
12. JAGAMAS A.: Prostatita blenoragică cu considerațiuni asupra tratamentului cu Gonovitan. Teză. Tip. »Transilvania«. Cluj 1933.
13. KATZ—GALAȚI; TRAIAN — : Un nou progres al chimioterapiei blenoragiei. 7 pag. Extras din »România Medicală« No. 22 din 15. XI. 1939.
14. LUYS G.: Traité de la blennorrhagie et de ses complications 683 pag. S. Doin et C.ie Paris 1921.

15. MALLAH B.: Traitement rapide de la blennorragie masculine par les grands lavages associés à la sulfamido-pyridine à petites doses. Extrait du Journal des Praticiens No. 18. 6 Mai 1939. 4 pages. Imprimerie André Tournon et Cie Paris 1939.
16. POP LICINIU: Vaccinoterapia în complicațiunile blenoragiei. Teză. Tip. »Mayer« Cluj 1936.
17. POP TIBERIU: Leziunile inflamatorii cronice ale uretrei posterioare și importanța lor clinică. Teză. Inst. de arta grafică »Ardealul« Cluj 1935.
18. POPOVICI C.: Contribuțiuni la tratamentul infecțiilor gonococice prin Uliron. Teză. Tip. »Lucrătorii asociați« Iași 1939.
19. STOICESCU IFRIM R.: Considerațiuni asupra seroterapiei în complicațiunile blenoragiei. Teză. Tip. »Copuzeanu« București 1936.
20. ȘVARTBERG L.: Contribuțiuni la diagnosticul blenoragiei la femei prin metoda »Gonotest« Dr. Danin. Teză. Tip. »Triumful« București 1927.
21. TĂTARU; Prof.—POP L. și ȚARLEA: Contribuțiuni la chimioterapia blenoragiei. Clujul medical No. 11 din Nov. 1933. pag. 651—666.
22. VÂRTOLAȘ N. și CONSTANTINESCU R.: Tratatamentul chimioterapic al blenoragiei, fără îngrijiri locale, pag. 714—738 din Revista Sanitară Militară No. 11 din Nov. 1939 București.
23. VOINA A.: Prostituația și bolile venerice în România. 167 pag. Tip. »Göbl« București 1939.

E R R A T A

Pag.

3. In paragraful III. se va ceti: medicamente noi din grupul sulfonilor și sulfamidelor.
8. In rândul al XVIII-lea de jos în sus, se va ceti: concentrează.
19. In rândul al III-lea de sus în jos, se va ceti: lui.
19. In rândul al XIV-lea de sus în jos, se va ceti: exploratorul.
19. In rândul al XVII-lea de jos în sus, se va ceti: și.
21. In rândul al XXI-lea de jos în sus, se va ceti: veziculele.
22. In rândul al X-lea de sus în jos, se va ceti: meatului.
31. In rândul al XIV de sus în jos, se va ceti: piosalpinxul.
31. In rândul al XV-lea de sus în jos, se va ceti: purulente.
36. In rândul al XIV-lea și XXIII-lea de sus în jos, se va ceti: epididimită.
36. In rândul al XXI-lea de jos în sus, se va ceti: în.
42. In rândul al IX de jos în sus se va ceti: 200 cm^3
43. In rândul al XI-lea de sus în jos, se va ceti: precedentă.
47. In rândul al XVIII-lea de jos în sus, se va ceti: tratați.
48. In rândul al III-lea de sus în jos, se va ceti: treia.
48. In rândul al IV-lea de jos în sus, se va ceti: administrării.
52. In rândul al XXI-lea de sus în jos, se va ceti: cu.
53. In rândul al III-lea de sus în jos, se va ceti: cu.
53. In rândul al VIII-lea de sus în jos, se va ceti: instilații.
53. In rândul al XI-lea de sus în jos, se va ceti: se fac.
54. In rândul al XIX-lea de jos în sus, se va ceti: $8+6+6+6$.