

VIRGIL N. MIHAIU

UNIVERSITATEA " REGELE FERDINAND I " DIN CLUJ-SIBIU
FACULTATEA DE MEDICINĂ

1884

1802

COMPLICAȚIILE CHIRURGICALE ALE BLENORAGIEI



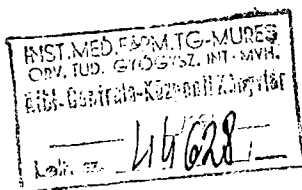
DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 28 Nov. 1940.-

DE

VIRGIL N. MIHAIU

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA " REGELE FERDINAND I " DIN CLUJ-SIBIU

FACULTATEA DE MEDICINA

=====

DECAN : Prof.Dr.V.Papilian

Profesori:

Anatomia umană	Prof.Dr.V.Papilian
Chimie generală medicală.....	" " St.Secăreanu
Chimie biologică.....	" " I.Manta
Istologie și embriologie.....	" " I.Drăgoiu
Fiziologie și fizică medicală.....	" " Gr.Benetato
Anatomia patologică.....	" " T.Vasilie
Bacteriologie.....	" " V.Baroni
Patologie generală și experimentală.	" " M.Botez
Igienă și medicină preventivă.....	" " I.Moldovan
Clinica medicală I.....	" " I.Hațieganu
Clinica medicală II.....	" " I.Goia
Clinica chirurgicală	" " A.Pop
Clinica chir.și bol.căilor urinare..	" " E.Teșosu
Clinica ginecologică și obstetricală	" " C.Grigoriu
Clinica infantilă și puericultură...	" " Gh.Popovici
Clinica dermatologică și sifiligrafică	" " C.Tătaru
Clinica neurologică și endocrinologică	" " I.Minea
Clinica psihiatrică.....	" " C.Urechea
Clinica oftalmologică.....	" " D.Mihail
Clinica balneologică și dietetică...	" " M.Sturza
Clinica oto-rino-laringologică.....	" " Gh.Buzoianu
Clinica stomatologică.....	" " I.Aleman
Medicina legală.....	" " M.Kernbach
Radiologia medicală.....	" " D.Negru
Istoria medicinei	" " V.Bologa
Farmacologie.....(supl).	" " V.Baroni
Igienă și medicină preventivă...Agr.	" " M.Zolog
Clinica boalelor contagioase ..Conf.	" " I.Gavrilă

JURIUL DE SUSTINERE :
=====

PRESEDINTE : Prof.Dr.Emil Teposu

" " A.Pop

MEMBRII : " " I.Hațieganu

" " V.Bologa

" " C.Tătaru

SUPLEANT : Conf." I.Gavrilă



I N T R O D U C E R E .

Studiul complicațiilor blenoragice de ordin chirurgical ale bărbatului formează un capitol important din patologia genito-urinară, a cărui cunoaștere se impune, ca o datorie elementară, tuturor medicilor practicieni.- Nu vreau să aduc nici o jicnire colegilor dar imi exprim cu această ocazie, părerea mea modestă, ca tratamentul blenoragiei să fie condus pe cat e posibil de un specialist, pentru a evita consecințele grave și uneori iremediabile, a acestei afecțiuni.-

Poate in puține stări patologice, mai bine zis in stări infecțioase, se impune observarea dictonului așa de cunoscut " primum non nocere " ca in blenoragie.

Arsenalul terapeutic in această infecție este atât de bogat, încât in unele împrejurări, hotărarea de a adopta un anumit sistem de tratament, devine o greutate.- Nu orice infecție uretrală trebuie etichetată imediat de uretrită blenoragică.- Este adevărat însă că uretrita blenoragică, uretrita cu gonococi, domină grupul infecțiilor uretrale.-

Se vorbește cu foarte multă ușurință de blenoragie, in sensul că ar fi o maladie ușoară.- Nu este de loc; și acest lucru îl dovedește perfect de bine

seria complicațiilor ce se pot desvolta de pe urma unei uretrite gonococice, deși nu este obligator ca focarul primitiv să fie uretra, intrucat mai poate fi anusul sau conjunctiva.-

In documentarea tezei mele amintesc că la femei complicațiunile blenoragiei sunt și mai de temut.-

Afecțiunile ginecologice ca : metrite, salpingite, bilaterale, pelvioperitonite intr'un procent mai mult de jumătate își au etiologia gonococică.-

In aceste complicațiuni la femei, trebuie să căutăm una din principalele cauze a sterilității și deci un principal agent de depopulație.-

Urmărim cu foarte multă conștiinciozitate un plan simplu în aprofundarea acestei probleme, pentru ca acelor colegi cărora întâmplarea face ca această teză să le cadă în mână, cetind-o să se aleagă cu unele cunoștințe de ordin pur practic.-

Planul lucrării cuprinde în ordinea în care urmează:
1). Anatomia patologică în general a infecției blenoragice.2). O privire de ansamblu asupra complicațiunilor blenoragiei la bărbat.- 3). Grupul complicațiunilor chirurgicale, deci studiul și terapeutica lor, cari reprezintă subiectul acestei teze.-

ANATOMIA PATOLOGICA IN GENERAL
A INFECTIEI BLEMORAGICE.

Gonococul are proprietatea de a ataca epiteliile cilindrice sănătoase.- Menționăm, totuși că epiteliumul pavimentos nu reprezintă un obstacol absolut pentru gonococ.- Alterațiile epiteliumului cilindric nu sunt repartizate în mod uniform pe toată întinderea uretrei nu sunt repartizate în mod uniform pe toată întinderea uretrei, ci ele diminuează s'au cresc în ce privește intensitatea în diferite locuri.-

Alterațiunile cele mai profunde se găsesc în apropierea imediată a lacunelor lui Morgagni.- Alterațiunile țesutului conjunctiv consistă într'o masivă infiltrație leucocitară.- Glandele lui Littre sunt pline de un aglomerat de leucocite polinucleare asociate în conductele excretoare de celule epiteliale descuamate.- Repartizarea gonococilor corespunde repartiției leziunilor.- Repartizarea gonococilor corespunde repartiției leziunilor.- Ei nu pătrund în fosa naviculară.- În epiteliumul cilindric al uretrei, peniene, focarele unde gonococul este în plină acțiune , se găsește în jurul foliculilor, în punctele unde predomină alterațiunile epiteliale.- Nu le place localizarea acolo unde

mucoasa este plană sau fără lacune.- Dela suprafața epiteliului, unde s'au grefat, ei se însuniază în despărțiturile interepiteliale.-

Prin urmare gonococii pătrunzând în toate punctele unde celulele lasă între ele un gol, alcătuiesc în jurul foliculilor un aranjament reticulat, care este caracteristic .-

Gonococul nu-și limitează acțiunea lui numai la mucoasa uretrală, ci el poate invada prin continuitate țesutul celular periuretral, prostata și se poate urca chiar până la căile urinare superioare.- Acestea sunt leziunile- para-uretrale.- În cele mai multe cazuri blenoragia este o infecție locală, putând să se propage prin continuitate la organele vecine și să poată interesa chiar și rinichii și trompele.- Uneori însă, din focarul primitiv (uretră, conjunctivă sau anus) gonococul poate să treacă în circulația sanguină, creind astfel o infecție generală, o septicemie cu determinări multiple.-

Gonococemia sub aspectul să benign, este o septicemie tranzitorie, cu o stare febrilă ușoară și fugitivă.- Sunt și forme mai grave, reprezentate prin tipul febril continuu, remitent sau intermitent.-

În cadrele septicemiei , localizările sunt multiple: forme grave de reumatism blenoragic, infecții purulente cari survin în urma unor prostatice acute, pielonefrite mortale, peritonite și flegmoane, sub-peritoneale, accidente cardiace (mai ales endocardită) complicațiuni medulare și chiar piemii mortale, cari survin în cursul

unei blenoragii, fără complicațiuni vizibile.-

Este incontestabil că trebuie să acordăm, în ce privește aceste complicațiuni un rol patogenetic și asociațiunilor microbiene.-

Sunt cazuri în care avem de a face numai cu intoxicațiuni datorite tocsinei gonocoăului, care rămâne localizat în focare, însă difuzând, toxinele invadează organismul.-

Alterațiuni anatomo-patologice caracteristice, găsim în uretrita blenoragică, întrucât seria complicațiunilor de ordin chirurgical, mai ales interesează uretra și formațiunile anexe.-

Cercetările istologice din ultimul timp, stabilesc importanța leziunilor epiteliale, care caracterizează uretrita cronică și însoțesc formațiunea stricturilor blenoragice.-

Alterațiunea esențială, constă în transformarea epiteliului cilindric, în epiteliul pavimentos.-

Aceste modificări epiteliale, sunt datorite sclerozei mucoasei și sunt în raport cu alterațiunile țesutului conjunctiv subjacent.- Procesul de neformațiune conjunctivală, trece succesiv prin stadiile până să ajungă la formarea unui țesut fibros adult.-

În general factorii cari intervin în trecerea uretritei gonococice, într'un stadiu de cronicitate, trebuie căutați în:

1). Insuficiența sau neregularitatea tratamentului.-

2). Anumite condițiuni anatomice ale uretrei (meat strâmtat, persistența unei policulite, litrita, cowperita, leziuni atenozante ale canalului). 3). O stare constituțională.-



C. NIVELUL DE ANSAMBLU ALUROR COMPLICATIUNILOR BLENORAGIEI LA BARBAT.

Complicațiunile blenoragiei particulare bărbatului interesează în special mucoasele și organele vecine.- Acestea alcătuiesc grupul complicațiunilor de vecinătate.- Aceste complicațiuni sunt reprezentate prin: 1). edemul prepușalului, 2). parafimoza, 3). limfangita penisului, 4). balanopostita, 5). foliculita și perifoliculita, 6). abcese și flegmoanele periuretrale, 7). cowperita, 8). abcesul glandei lui Cowper, 9). congestia prostatică, 10). prostatita acută, 11). prostatita cronică. 12). abcesul prostatic și flegmonul periprostatic, 13). veziculita acută, 14). veziculita cronică, 15). orchi-epididimita.-

În teză vor expune din aceste complicațiuni de vecinătate, acelea care aparțin domeniului chirurgical.-

Complicațiunile generale ale blenoragiei la bărbat și la femeie.-

1. Complicațiuni prin infecție ascendentă: a). cistita gonococică. b). pielonefrita gonococică.-

2. Complicațiuni prin infecție la distanță: a). complicațiuni oculare (oftalmia blenoragică) b). complicațiuni nazale, (rinita purulentă gonococică) c). complicațiuni articulare (otita medie de origine go-

nococică, d). complicațiuni bucale: gingivita, stomatita și amigdalita genococică.- e). blenoragia ano-rectală.-

3). Complicațiuni prin infecție hematogenă:

a). Complicațiuni articulare (artrita poliarticulară sub acută, monoartrita acută, hidartroză și artrita supurată, sinovitele tendinoase blenoragice, higroma) b.). Complicațiuni nervoase (nevrite meningite, encefalite). c). Complicațiuni cardiace: (endocardita, pericardita și miocardita). 4). Complicațiuni vasculare: (arterite și flebite). e). Complicațiuni pleuro-pulmonare : (pleurezia și pneumonia).- f). Complicațiuni peritoneale: (pelvi-peritonita și peritonita generalizată).- g). Complicațiuni renale: (nefrita infecțioasă) h). Complicațiuni cutanate: (eriteme, purpură, hipercheratoză). i):Septicemia gonococică.-

COMPLICAȚIILE CHIRURGICALE ALE BLENORAGIEI.

Complicațiile chirurgicale ale blenoragiei sunt numeroase și variate.- Ele se pot împărți în două mari categorii: complicații locale și complicații generale.- Complicații locale sunt următoarele: BALANO - POSTITA : balanita este inflamația produsă în șanțul balanic al glandului.- Postita este inflamația foiței interne a prepuțului; cum de obicei aceste inflamații sunt combinate, vom vorbi deci de balano-postită.-

Simptomatologie: glandul este tumefiat, roșu și acoperit de eroziuni mai mici sau mai mari, izolate sau confluente.- Prin orificiul prepuțial se scurge o secreție purulentă și cu un miros displăcut.-

Diagnosticul: se pune pe baza simptomelor enumerate, ceea ce e ușor când nu avem fimoză, căci putem descoperi șanțul balano-prepuțial- dar este greu în cazul cu fimoză când scurgerea, simptomul mai vizibil. ne poate face să credem că este vorba de o uretrită.- Cu puține insistențe și cu ajutorul unui dispozitiv special de dilatare a prepuțului, vom putea reuși să vedem leziunea adevărată.-

Tratamentul : va viza pe cât posibil evitarea cauzei provocatoare și a cauzelor cari întrețin balano-postita.- Local vom face băi calde cu soluții antispetice.- Pansamente cu alifii indiferente, sau pudrare cu talc, dermatol, bismuth.- Când nu avem acces la leziune, din cauza

fimozei rebele și ireductibile, vom recurge la tratament chirurgical, deci la incizia dorsală sau la circumciziune.-

FIMOZA : este o strâmtare a orificiului prepuțial intr'atât, încât o descoperire a glandului nu se mai poate face.-

Fimoza poate să fie câștigată, ea este o cauză de agravare a diferitelor afecțiuni veneriene, întretine infecția și îngreunează tratamentul.-

Simptomatologia: Prepuțiul este temofiat, roșu și cu o hipertemie locală.- Incercarea de desvelire a glandului, prin tragerea înapoi, rămâne fără rezultat.- Avem apoi turburări în micțiune, turburări în legătură cu actul sexual și reacțiuni inflamatorii în legătură cu stagnarea diferitelor secrețiuni patologice.- Tratamentul : constă în spălături largi ale șanțului prepuțial și punem comprese cu Burow la exterior.- În fața eșecurilor singura cale de rezolvare a cazului este intervenția chirurgicală, care constă în: incizia prepuțiului, rezecția parțială, excizie sau circumcizie

PARAFIMOZA : În contrarietate cu fimoza, este aceea stare, în care prepuțiul, redus îndărătul glandului, este tumefiat și nu se poate repune.- Parafimoza poate fi ca o complicație frecventă a fimozei.-

Simptomatologie: Inelul prepuțiului devine un factor de strangulare a penisului, care din această cauză se va tumefia, mucoasa regională se va edemația și dacă situația persistă se pot produce sfacelări

ale glandului, flegmoane și chiar gangrene.- Avem durerile și turburările urinare, uneori modificări ale stării generale.-

Tratamentul : vom încerca reducerea parafimozei, cu mana stângă, în alocării palmă vom ține o compresă, apucăm corpul penisului, cu indexul și policele manei drepte, tot prin intermediul unui tifon, împingem glandul spre rădăcina penisului, în timp ce cu mana stângă căutăm să aducem inelul strangulat în sens pous; de foarte multe ori glandul va reuși să scape prin inelul strangulant și astfel parafimoza este redusă.- Când nu avem rezultate prin acest procedeu, incizăm inelul stenozant, pe partea dorsală a penisului și apoi revenim cu tentativele de reducere.- La nevoie, recurgem la circumcizia de urgență după procedeul Leguen.-

FOLICULITELE ȘI LITTRITELE : sunt complicațiuni frecvente și în același timp, cele mai acuzate în prelungirea procesului blenoragic.- Ele sunt rezultatele defectelor de tratament și de concentrațiuni ale substanțelor din care cauză infecția pătrunde în glande și lacune.- Le percepem prin palpație, sub forma unor noduli mici, ele se pot resorbi. dar nu e exclusă o deschidere a lor în interiorul sau chiar la exteriorul uretrei.-

Tratamentul: va consta în spălături, dilatații, masajii și la nevoie incizie, sub controlul uretroscopului, galvano-cauterizare, sau chiar extirpare chirurgicală.-

COWPERITA : este mai frecvent unilaterală și

apare in a treia săptămână a boalei.- In regiunea perineală vom simți la palpate bidigitală o mică tumoretă, iar bolnavul va acuza direri, uneori iradiante.-

Tratamentul: constă in băi calde, masajii, incizie și la nevoie extirpare.-

STRICTURILE URETREI : este o diminuare a calibrului uretrei, printr'o leziune a pereților ei.- Stricturile uretrei pot fi congenitale și câștigate.- Cele câștigate sunt iarăș de 3 feluri : stricturi inflamatorii, traumatice, și mixte.- Pe noi ne interesează mai mult cele inflamatorii din punct de vedere al complicațiilor chirurgicale ale blenoragiei, fiindcă aproape 95 % din totalul stricturilor inflamatorii se datoresc blenoragiei.- Deci, blenoragia este cauza cea mai frecventă, și pe măsură ce ea trece la starea de cronicitate, determină o sclerozare treptată a uretrei - cea după un interval dela 10-15 ani uneori și mai curând, să apară stricturile ei.- Cele ce apar după câteva luni , după uretrită, nu mai sunt considerate ca inflamatorii, ci sunt stricturi, datorite substanțelor chimice caustice (mai ales nitratul de argint in concentrație mare) intrebuintate in cursul tratamentului local.- Anatomia patologică a stricturilor: cere să studiem sediul, numărul, forma, lungimea, calibrul, leziunile consecutive ale uretrei.-

Sediul pentru a studia chestiunea sediului, trebuie să revenim puțin asupra structurei anatono-istologice a uretrei.- Uretra anterioară ține până la

sfinoterul extern și sub straturile mucos și submucos, mai este un strat spongios, din care cauză acestei porțiuni i se mai zice și uretra spongioasă.- Are o lungime de 12 - 14 cm.- Uretra membranoasă este porțiunea care trece prin planșeul perineal și are o lungime de 1-2 cm.- Uretra prostatică este lipsită de stratul spongios și are o lungime de 3 cm.- Uretra anterioară este foarte bogată într'o rețea glandulară pe care o mai găsim și în uretra prostatică, pe când în cea membranoasă lipsește cu desăvârșire.- Avem glandele lui Littre, și lacunele lui Morgani, care servesc la lubrefierea uretrei.-

Blenoragia pătrunde în suprafață și profunzime, cuprinde aceste glande dintre cari unele sunt mai mari și mai lungi, ajungând chiar până în pătura musculară, altele sunt mai scurte și se opresc în spongioasă.- Consecutiv se vor produce infiltrații și sclerozări, ce vor implica rețracțiunea, compromițând astfel elasticitatea în acele puncte (când reacția inflamatorie este la musculară, se pot produce abcese periuretrale, cari se pot deschide).- Vând procesul rămâne în chorion. unde se află țesut conjunctivo-elastic, se vor produce procese infiltrative, de sclerozare, cicatriciale, cari prin uretoscop, se văd ca niște insule caracterizate prin pierderea luciului, o culoare galbenă cenușie, dispariția vascularizației : acestea sunt infiltratele dure, cari trebuesc deosebite de infiltratele moi, unde este vorba de o infiltrație leucocitară, caracteristică fazei inițiale a boalei (sunt susceptibile tratamentului cu

nitrat de argint și iod.-

In blenoragia cronică, dealtfel chiar vindecarea se face in mod insular.- Deci sediul stricturilor uretrale le vom găsi exclusiv in porțiunea spongioasă a uretrei, deci in uretra anterioară, având ca localizări predilecte : fundul de sac al bulbului, unghiul penoscrotal, și fosa naviculară.-

Ca număr: stricturile blenoragice sunt multiple, fibroase (deci au încă elasticitate, astfel că dilatarea este posibilă) spre deosebire de cele traumatice, cari deși unice, au un caracter cicatricial definitiv, astfel că posibilitatea dilatării nu mai există.-

Forma: poate fi o simplă bridă sau o membrană, care prezintă un orificiu centric sau excentric, circular sau ca o crăpătură, regulată sau neregulată.- Lungimea variază dela câțiva mm. și până la 2-3 cm.- Calibrul împarte stricturile in: stricturi largi, când procesul e incipient, și putem introduce sonda exploratoare, de un calibru cuprins între numărul 18-21 Char.-

Stricturile mijlocii sau strâmte cari cuprind doar introducerea sondelor exploratoare cuprinse între numărul 12-18 Char.- Stricturi filiforme : când permit introducerea sub numărul 10 Char.- Stricturi infranșisabile: când nu putem introduce nici un fel de sondă (după unii, o obstrucție totală, nu este posibilă, după alții da.-)

Simptomatologia: cuprinde 3 perioade de latență , a turburărilor de micțiune și a complicațiilor r.-

Perioada de latență: corespunde in totul simptomatologiei unei uretrite blenoragice cronice (considerăm că o blenoragie a devenit cronică după 6 săptămâni, procesul s'a ascuns in corion.-): guta matinală, filamente grele, oarecari modificări ale jetului, ușoară dificultate in micțiune, senzație de micțiuni mai frecvente,(prin congestie) usturimi in timpul micțiunii, mâncărimi, etc.- , ceea ce indică neterminarea procesului blenoragic.-

Perioada turburărilor de micțiune: se caracterizează prin o fază de disurie diurnă : micțiunea devine dificilă, bolnavul face eforturi, pentru a-și evacua urina, actul micțiunii se declanșează cu o întârziere față de senzație (micțiune intarziată) și odată pornită, ea este prelungită (micțiune prelungită).-

Jetul devine slab ca formă de proecție , mic și in-
trerupt.- Bolnavii își udă de multe ori lîngeria, hainele și încălțămîntea.- După forma stricturii, jetul poate fi: in tirbușon, in lamă de sabie, in spirală, in stro-
pitoare, bifurcat, etc.- O a doua fază a turburărilor de micțiune, este reprezentată prin polakiurie, cu senzația de micțiune incompletă.- Polakiuria este un caracter diurn, este destul de frecvent.- Pacientul are de multe ori senzația că nu și-a golit complet vezica, deși a urinat.- Turburările genitale încă pot fi prezente și se traduc prin ejaculări dureroase, dificile, și uneori cu conținut sanguinolent.-

Perioada complicațiilor: aici avem retenția completă, această complicație se poate instala în orice perioadă a stricturii urinare și după felul cum am explicat mecanismul, vom deduce că ea nu este persistentă ci cu un caracter intermitent.- Excepțional ea este și persistentă, putând da naștere la neajunsuri mari.- Suprapuneră unei infecții: o vezică obosită prin lupta cu obstacolul stricturii, devine atonă, și cum în plus este și o stază, va constitui un mediu perfect pentru infecție.- Infecția poate rămâne locală, dând o cistită sau se urcă în sus dând pielonefrită ascendentă, dând o stază vezico-uretro-renală.- Evoluția acestui proces dă naștere la o atrofie a procesului renal și azotemia va apărea amenințătoare.- Prin stagnarea urinei, infectarea ei și dilatarea consecutivă a elementelor retro-stricturale, se pot produce abcese urinoase, tumori urinoase sau flegmonul difuz periuretral, care este o infiltrație gravă, septică, gangrenoasă și însoțită de o alterare profundă și rapidă a stării generale, în 24 ore pot face o septicemie, astfel că prognosticul este fatal.- Vedem deci că din stricturile urinare, pot deveni complicații locale la distanță și chiar generale.-

Evoluția și prognosticul: când individul nu urmează în mod regulat tratamentul, prognosticul este infaust.- Un țesut cicatricial sclerosat nu se mulțumește cu câteva ședințe de dilatare, ci cere o cură lungă și regulată, căci altfel strictura își revine și individul este amenințat cu complicațiile văzute mai sus.-

. / .

Deci, are foarte mare importanță ca și ulterior bolnavul să vină la diferrite intervale pentru control și la nevoie pentru reluarea dilatărilor.-

Diagnosticul : se va baza pe anamneză și simptomatologie.- Prin palpate putem percepe o îndurație localizată sau o transformare scleroasă a uretrei.- Mai important mijloc este explorarea cu exploratorul uretral al lui Leroy d'Etiole, făcut din mătase impletită. Este format dintr'o tije gradată, având la un capăt o bulă olivară, pe care stă scris calibrul (in cifre), iar la celălalt capăt o bulă conică, care va fi introdusă in uretră.- Cu ajutorul acestui explorator ne putem informa asupra: sediului, numărului, lungimei și ca librului stricturilor.- Alt mijloc de constatare al stricturilor este uretroscopia și radiografia.-

Tratamentul : scopul este să urmărim restabilirea calibrului uretral și apoi menținerea acestui calibru pe tot timpul vieții.- Vom face tratamentul stricturilor propriu zise, și tratamentul complicațiile ivite.-

Tratamentul stricturilor propriu zise, este de mai multe feluri și vom clasa mijloacele de tratament după cum urmează: dilatații progresive, uretrotomia internă, uretrotomia externă, rezecția urmată de uretrotomie , uretrotomia, perineală temporară și uretrotomia perineală definitivă.-

a). Dilatațiile progresive : începem cu bugiile filiforme, dând din ce in ce un număr mai mare până ajungem la numărul 10,- și apoi continuăm cu sondele

moi, cu numerele peste 10.- Vom da două numere pe ședință și întotdeauna primul număr al unei ședințe să fie același cu ultimul număr al ședinței precedente.- Când ajungem la un calibru care este corespondent între dilatațiile metalice, vom continua dilatățile cu acestea.- Când nu putem recurge la cele metalice, continuăm cu cele moi până la calibrul 30 ; continuând însă cu cele metalice, vom merge până la numărul 60 Char.- Cu aceasta n'am terminat tratamentul cu acest procedeu : vom continua cu ultimul număr încă o bucată de timp, pentru a putea menține calibrul la care am ajuns.- După aceasta bolnavii vor reveni la fiecare trei luni în primul an și mai rar în anii următori pentru a mai primi câteva ședințe.- Aceste ședințe constituiesc un control (căci stricturile au tendință la revenire) și pe de altă parte sunt niște dilatări de întreținere.- Dacă am ajuns un număr mai mare, putem să ne servim de dilatatatorul lui Kolmann.-

b). Uretrătomia internă: constă în secționarea țesutului strictural, fără a leza restul uretrei.-

Se execută cu uretrotomul lui Maisonneuve.- Astăzi aproape totalitatea autorilor au abandonat acest procedeu, fiindcă duce la amplificarea proceselor cicatriciale.-

c). Uretrotomia externă : se introduce pe uretră o sondă metalică prevăzută cu un șanț și apoi se face incizia stricturii pe dinafară (Syme) sau fără a introduce nimic prin uretră în cazurile structurilor infranșisabile (Sédillot).- Nici acest procedeu nu se mai practică azi.- Se preferă în cazuri de stricturi infranșisabile : cisto-

stomia hipogastrică și după ce starea generală este bună procedăm la: d). Rezecarea stricturii: facem un cateterism retrograd adică prin plagă, și unul prin meat: sondele se vor întâlni și la acest nivel vom face rezecția, apoi suturăm cap la cap, printr-o sutură circulară; după aceea introducem o sondă Kelaton sau Timan pe care o lășăm 8 zile după care termen obținem de foarte multe ori vindecarea.-

e). Uretrostomia perineală temporară când după rezecția stricturii abuzăm capătul posterior al uretrei la perineu ca după două luni să refacem porțiunea care lipsește prin autoplastie perineală.-

f). Uretrostomie perineală definitivă : abuzarea capătului retro-strictural la perineu și astfel stabilirea unui meat perineal.- foarte procedeele cer un control ulterior repetat și îndelungat.-

PROSTATITA : ea poate fi acută și cronică.-

a). Prostatita acută: aici vom studia forma glandulară a prostatei acute și forma parenchimatooasă din care pot deriva: abcesul prostatic și acesta la rândul său poate da flemonul periprostatic.-

Prostatita glandulară: (foliculară, catarală,) este rezultatul localizării procesului inflamator a gonococului în canalele excretoare și acinii prostatei.-

Simptomatologia: este foarte liniștită, uneori acuză durere în regiunea prostatică, micțiuni frecvente dificile și dureroase, uneori avem tenesme vezie-

cale și rectale.-

Diagnosticul se bazează pe simptomatologia și ajutor prețios ne dă tușeul rectal, prin care vom constata o prostată mare (uni sau bilaterală) dureroasă și cu o suprafață regulată.-

Prostatita parenchimatoasă: este rezultatul extinderii procesului inflamator , in țesutul interstițial, unde intr'un stadiu inaintat poate da naștere la mici abcese.- Apariția acestor leziuni este anunțată printr'o schimbare a stării generale : febră, frison, insomnie, iar fenomenele locale se accentuiază, prin tușeul rectal vom constata o prostată mare, foarte dureroasă, dar ne-fluctuantă.- Turburările urinare sunt traduse prin disurie,- hematurie terminală și poate chiar o retenție completă de urină.- Această formă de prostatită, se poate reduce, cronifica, s'au amplifica, dând abcesul prostatic.- Aceasta este rezultatul colicvării țesutului prostatic și după cum acest proces se traduce in diferite puncte ale prostatei, vom distinge : abcese centrale, corticale sau subcorticale.-

Simptomatologia: avem o alterare profundă a stării generale (o stare septică) durerile sunt puternice, lancinante , iradiante și toate acestea sunt accentuate prin actul micțiunii sau defecației, bolnavii au senzația de corp strein in rect, disuria este obișnuită.- Prin tușeu vom constata o prostată mărită, foarte dureroasă, fluctuantă și sub tensiune.- Un abces neglijat ca tratament poate perfora in uretră, sau se transmite in țesutul periprostatic, dând naștere la flegmonul periprostatic.-

In acest caz la tușeul rectal vom simți o masă voluminoasă, dureroasă și difuză.-

Tratamentul: sistarea tratamentului local, repaus la pat și un regim neiritant.- Sunt primele condițiuni ce se impun.- Vom recomanda băi calde de șezut, de două ori pe zi, căldură pe regiunea perineală sau Arzberger, clisme calde (antipirină, dionină etc.) supozitoare, calmante.- Vom da în același timp purgative, desinfec-tante , antiinfecțioase.- Masajul nu se face absolut în perioada acută, căci putem ajuta formarea unei septi-cemii.- Facem proteino-terapie (lapte, aolan etc) și vaccino-terapie (vaccinul antigonococic Dr.Cantacuzino).

In abcesul prostatic se cere intervenția chirur-gicală rapidă, calea fiind cea perineală: după ce am deschis debridăm și aplicăm un bun drenaj cu tuburi de cauciuc sau meșe cu apă oxigenată.-

VEZICULITA : Este rezultatul cointeresării vezicu-lor seminale în procesul blenoragic.-

Simptomatologia: la tușeul rectal vom simți o mă-rire a veziculelor seminale; cum și hipersensibilitatea lor.- Sperma este sanguinolentă, purulentă și conține gonococi ; în legătură cu veziculita bolnavii de plâng de priapism (erecțiuni dureroase) și poluțiuni frec-vente.-

Tratamentul: constă din repaus la pat și un regim alimentat fără excitante, compus din legume și fructe.- Local aplicăm cataplasme emoliente și băi calde sau facem diathermie.-

Ca tratament medicamentos dăm supozitorii, formula de supozitorii mult intrebuintată este următoarea :

Iodură de potasiu	0,10	gr.
Iod metalic	0,01	gr.
Extr.de belladonă	0,02	gr.

Buttir.cacao.qu.sat.pentru un supozitor.

Putem face tratament prin vaccini sau tratament mecanic, prin masajii ale veziculelor seminale.-

Tratamentul chirurgical constă prin spălarea veziculelor seminale, prin puncția veziculelor seminale, prin veziculotomie și prin veziclectomie.-

FUNICULITA : este inflamația canalului deferent, ea însoțește deobicei epididimitei.- Cordonul spermatic este dureros, dur și îngroșat, durerile sunt iradiante.-

Tratamentul: este la fel cu al epididimitei.-

Gurewitsch, tratează chirurgical funiculita în felul următor: el incizează aponevroza în partea sa inferioară creînd astfel sub cordon un canal larg.-Această simplă intervenție e suficientă să pună cordonul în condiții de repaus care asigură o vindecare rapidă.-

ORCHI-EPIDIDIMITA: Este inflamația epididimului și a testicolului, deci le descriem împreună, fiindcă sunt interesate aproape totdeauna amândouă.- În cursul unei blenoragii mai mult de 25 % dintre bolnavi fac această complicație favorizată mult de un tratament rău condus, insuficient , prea brutal sau când bolnavul nu respectă principiile de comportare în legătură cu afecțiunea pe care o are.-

Afecțiunea este de obicei unilaterală, dar poate fi și bilaterala, partea stângă este mai frecvent afectată.- Simptomatologia: evoluția poate fi acută sau cronică.- Debutul de cele mai multe ori este brusc: bolnavul simte deodată, dureri foarte vii în regiunea epididimotesticulară respectivă, apoi testicolul, epididimul și cordonul se tumefiază.- Atingerea lor măresc durerea, apoi starea generală se înrăutățește : temperatura ajung la 39 - 40 grade , lipsa poftei de mâncare , insomnie și uneori chiar grețuri și vărsături.- După un interval de câteva zile, de obicei opt zile fenomenele acute retrocedează.-

Dacă bolnavul este tratat la timp, și în bune condiții, fenomenele se reduc complet, dar de cele mai multe ori rămân vestigii și chiar o ușoară augmentare a organelor interesate .- Cu puține excepții bolnavii rămân cu o azoospermie, în urma acestei afecțiuni (când este bilaterală) .-

Tratamentul: în faza acută, repaus la pat, suspensor, comprese reci cu liquor Burrowi sau apă de plumb 10 %, trecem apoi la comprese calde cu cataplasme cu in, termofor pentru a ajuta resorbția.- Iar tratamentul local al blenoragiei se sistează.-

În cazuri dureroase se recomandă după unii puncția vaginală sau chiar incizia ei.- Vom administra injecții cu electrargol (intramuscular) pentru a combate infecția și după procedeul lui Hamonic, se injectează și intraepididimar 2 cmc. dăm deasemenea alifie cu ichtyol, belaa donă.-

Se mai recomandă injecții cu gonacrină,- 1/2- 2 %,-
proteino-terapia apoi foarte mult vaccinul polivalent
Dr.Cantacuzino sau autovaccinul in cantități crescân-
de, intravenos sau intramuscular.-

Ca tratament chirurgical putem face puncția epidi-
dimului sau epididimotomia.-

Complicațiile generale ale blenoragiei de ordin chi-
rurgical sunt: rare și le-am amintit pe toate la capi-
tolul " O privire de ansamblu asupra complicațiilor
blenoragiei.-"

Aici vom insista numai asupra complicațiilor ar-
ticulare.- Aceste complicații sunt: artrita poliarticulară
sub acută , monoartrita acută, hidartroza și artrita
supurată, sinovitele tendinoase blenoragice, higroma.-

Simptomatologia acestor artrite blenoragice este: ca-
racterizată prin următoarea triadă: sunt unilaterale ,
prind articulațiile mari , mai ales genunchele și sunt
cele mai dureroase artrite, iar aceste dureri au un
caracter nocturn.-

Tratamentul chirurgical constă in incizie și drenaj
larg.-

C O N C L U Z I I .

1. In fața unui bolnav care recunoaște in antecedentele sale infecția gonococică sau se găsește in faza bacteriană pozitivă gonococivă, primul lucru pe care tindem să-l stabilim, este un diagnostic clinic și anatomic.-

2. In vederea stabilirii acestui diagnostic, elementele necesare le vom găsi intr'un studiu amănunțit al bolnavului.- Dăm o foarte mare importanță studiului turburărilor funcționale scutind prin aceasta de explorările instrumentale, cari sunt dureroase și pot deveni periculoase,- chiar atunci când sunt executate aceste manopere de un specialist.-

3. Complicațiunile de ordin chirurgical mai frecvent, sunt cele de vecinătate,- complicațiunile para-uretrale ca : foliculită și peri-foliculită, cowperită, abcesele periuretrale, iarv când uretra posterioară supurează prin propagarea deferențială, ajunge la epididim și testicol - iar prin continuitatea tusulară la parenchimul glandular al prostatei.-

4. Complicațiunile in cadrele septicemiei gonococice, cari aparțin disciplinei chirurgicale, sunt ceva mai rari ca: artrita supurată gonococică, artrita plastică sau fibro-adesivă, iar din punct de vedere clinic, artrita anchilozantă.-

5. Putem considera ca aproape patognomonic, fap-

tul că dacă o blenoragie nu se vindecă prin topicile bine administrate, în cele trei faze succesive ale afecțiunii (starea gonococică, starea bacteriană și starea aseptică) că ne găsim în fața unei leziuni care reclamă un tratament mai direct și care mai adeseori aparține specialistului urolog.-

6. Una din formele de impotență, este aceea produsă prin turburări de excitabilitate datorită leziunilor locale.- În această formă de impotență pot fi incriminate toate infecțiile din sfera uro-genitală: infecții glandulare (prostatoveziculita, infecții uretrale, veru-montanite și stricturile).- Tratamentul acestor afecțiuni duce la vindecarea acestei forme de impotență.-

7. Amintim ca un diagnostic diferențial (impotența fiind una din turburările pentru cari se prezintă bolnavul la consultație), că mai există și alte forme de impotență:-

1. Anhormonală sau dishormonală, 2. Impotență prin diminuarea sau lipsa tonicității nervoase. 3. Impotență psihică și impotență prin dezechilibru humoral (Diabet - Intoxicatii).-

8. Complicațiile chirurgicale ale blenoragiei sunt rezultatele defectelor de tratament și de concentrații ale substanțelor chimice, (deci un tratament rău condus, insuficient, prea brutal, substanțe chimice prea concentrate) sau când bolnavul nu respectă principiile de comportare în legătură cu afecțiunea pe care o are.-

9. In intervențiile chirurgicale pentru complicațiunile blenoragiei , se impune o asepsie riguroasă, pentru a evita infecțiile secundare.-

10. Vom fi prudenți in alegerea felului de intervenție intrucât nu reclamă toate cazurile intervenție pe cale sângerândă.-

11. Felul tratamentului se va individualiza după caz și aceasta rămâne la alegerea urologului.-

Văzută și bună de imprimat

Decanul Fac.de Medicină:

Președintele tezei:

ss.Prof.Dr.V.Papilian

ss.Prof.Dr.Emil Teposu.



B I B L I O G R A F I E

=====

- Prof.Dr.I.Drăgoiu: Elemente de Istologie și Embriologie
Cluj - 1927.-
- J.Janet : Diagnostic et traitement de la blennorrhagie chez l'homme et la femme.
Paris - 1930.-
- E.Jeanbrau
P.Begouin, F.Papin: Précis de Pathologie Chirurgicale.
Paris 1937.-
- Georges Luys : Traité de la Blennorrhagie de ses
Complications.- Paris.-
- Georges Marion : Traité d'Urologie, Paris 1935.-
- Prof.Dr.V.Papilian: Tratat de Anatomie Umană, Cluj.-
- Paul Savy : Traité de Therapeutique Clinique.-
Paris 1938.-
- Prof.Dr.E.Teposu : Azotemia și constanta Ambard.-
- L.Testut : Traité d'anatomie humaine.-