

GANGRENA ȘI ULCERE GANGRENOASE ALE PENISULUI



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE.....1940.

DE

SCHREIER ALEXANDRU

Nr. 1590.

GANGRENA ȘI ULCERE GANGRENOASE ALE PENISULUI



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

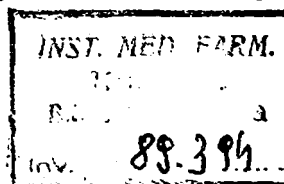
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE.....1940!

DE

SCHREIER ALEXANDRU

9688

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Profesor Dr. I. DRĂGOIU

P R O F E S O R I :

Anatomie umană	— — — — —	Prof. Dr.	Papilian V.
Chimie generală medicală	— — — — —	” ”	Secăreanu Șt.
Chimie biologică	— — — — —	” ”	Manta I.
Istologie și embriologie	— — — — —	” ”	Drăgoiu I.
Fiziologie și fizică medicală	— — — — —	” ”	Benetato Gr.
Anatomie patologică	— — — — —	” ”	Vasiliu T.
Bacteriologie	— — — — —	” ”	Baroni V.
Patologie generală și experimentală	— — — — —	” ”	Botez M. A.
Igienă și medicină preventivă	— — — — —	” ”	Moldovan I.
Clinica medicală I.	— — — — —	” ”	Hațieganu I.
Clinica medicală II. (semiologie)	— — — — —	” ”	Goia I.
Clinica chirurgicală (semiologie)	— — — — —	” ”	Pop A.
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare	— — — — —	” ”	Țeposu E.
Clinica obstetricală și ginecologică	— — — — —	” ”	Grigoriu C.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	— — — — —	” ”	Tătaru C.
Clinica infantilă și puericultură	— — — — —	” ”	Popoviciu Gh.
Clinica neurologică	— — — — —	” ”	Minea I.
Clinica psihiatrică	— — — — —	” ”	Urechia C.
Clinica oftalmologică	— — — — —	” ”	Michail D.
Clinica balneologică și dietetică	— — — — —	” ”	Sturza M.
Clinica oto-rino-laringologică	— — — — —	” ”	Buzoianu Gh.
Clinica stomatologică	— — — — —	” ”	Aleman I.
Medicina legală	— — — — —	” ”	Kernbach M.
Radiologie	— — — — —	” ”	Negru D.
Istoria medicinei	— — — — —	” ”	Bologa V.
Farmacologie	— — — — —	Supl.	Baroni V.
Fiziologie și fizică	— — — — —	— — — — —	— — — — —
Igienă și medicină preventivă (conferință)		Agr.	Zolog M.
Clinica boalelor contagioase		Conf.	Gavrilă I.

JURIUL DE PROMOȚIE:

Președinte: Dl. Prof. Dr. Bologa V.

MEMBRII: {

- ” ” ” Benetato Gr.
- ” ” ” Țeposu E.
- ” ” ” Buzoianu Gh.
- ” ” ” Popoviciu Gh.

Supleant: ” Conf. ” Vancea P.

*MEMORIEI UNCHIULUI MEU
FÖLDVÁRI EUGEN.*



*PĂRINȚILOR MEI
CU RECUNOȘȚINȚĂ*



Introducere

Etiologia gangrenei nu e nici astăzi complet clarificată. În producerea gangrenei intervin mai mulți factori, dintre cari când unul când altul predomină. Mare e numărul microbilor afirmați de diferiți autori ca agent patogen specific al gangrenei, cari însă n'a putut rezista cercetărilor de control, așa că nici astăzi nu se poate afirma cu toată siguranța dacă un agent specific produce gangrena sau fiecare din numărul mare al microbilor citați de diferiți autori, ajutați de diferiți factori pot produce gangrena.

Gangrena penisului este una dintre afecțiunile gangrenoase cele mai importante pentru că se pot produce deformațiuni și mutilări enorme, cari împiedică funcțiunea așa de importantă a organismului.

Mulțumirile mele se îndreaptă în primul rând spre Domnul Profesor Dr. V. Bologa pentru bunăvoința de a-mi acorda acest subiect și către dl. Șef de lucrări Dr. Leonida Pop pentru sfaturile, orientările ce mi le-a acordat cu multă bunăvoință. Toate mulțumirile Domnilor asistenți Dr. Lengyel și Dr. L. Modran pentru ajutorul acordat în întocmirea prezentei teze.



Considerațiuni Generale.

Gangrena penisului e o gangrenă cutanată, care rare ori interesează și straturile subjacente. Ca orișicare gangrenă cutanată se manifestă prin modificarea pielii și anume: pielea devine galbenă, poate ajunge până la brună închisă, în acelaș timp rece și insensibilă la înțepătură, la căldură și la apăsare.

Poate fi de două feluri: a) seacă,— și b) umedă.

a) *Gangrena seacă*. Pielea e dură, turtită, retractată și prinde un viraj negru, e o adevărată momificație.

b) *Gangrena umedă*. Pielea e cenușie, moale și se acoperă cu flictene, câte odată foarte precoce, cu conținut roșu adeseori ciclid.

Peste câteva zile, mai ales la gangrene, cari au o evoluție mai rapidă, suferă modificări locale, adevărată moarte locală, — necroză; — când vitalitatea dispare încet și se acompaniază de un proces de degenerescență progresivă, — se numește necrobioză.

Evoluția se face în mai multe studii:

1. O zonă inflamatorie la periferie, câteodată cu câteva bule, importanța acestor bule e mare în limitarea necrozei și producerea cicatricei.

2. Apariția șanțului de eliminare a cărui fond e adesea supurat și cu tendință de lărgire.

3. Zona centrală devine brună neagră, constituie escara sau sfacelul; această escară se retractă, se decolează marginea, și șanțul de separație se îngroașe și astfel escara se deslipește.

4. Rămâne o ulceratie, care în primele zile are un aspect supurat și apoi devine roșie burgeonată și la urmă se cicatrizează rapid.

Tulburările subiective, care acompaniază, sunt variabile; câte odată bolnavul nu dă nici o importanță, alteori are tulburări sensitive, începând dela simple furnicături, până la cele mai atroce dureri, cu caracter terebrant sau lancinant.

Istologic. Regiunea centrală e necrotică și se întinde până la pioderm. Examinat amănunțit nu are trăsăturile epidermului. Se mai pot găsi fascicule conjunctive a corionului și o rețea formată de lobulii adipoși, însă se observă numai conturul, pentru că celulele nu se mai colorează sau se colorează foarte palid. Fibrele elastice și musculare sunt complet dispărute.

Această masă e invadată de polinucleare, dintre cari un număr nu se mai colorează și adesea se mai găsește și pigmenți derivați din hemoglobină, și în jur găsim edem și inflamație banală, vasele nu-s interesate. Marginea epidermică e proliferată. Cicatricea are importanță din cauza deformației, pe care o poate produce.



Etiologia și Patogenia.

Din cauza necunoașterii exacte a agentului patogen și a factorilor favorizanți, se admite o clasificare arbitrară a gangrenelor, care e aplicabilă și la gangrenele penisului.

1. Gangrena prin acțiunea directă asupra tegumentului.
2. Gangrena prin turburări circulatorii.
3. Gangrena prin turburări din partea sistemului nervos.
4. Gangrena toxică.
5. Gangrena microbiană.

Nu există o limită netă între aceste grupuri și infecția, în particular, se combină și cu alți factori, pentru a da gangrena. Deci se vor căuta totdeauna toți factorii posibili în special glicemia și glicozuria.

1. Gangrena prin acțiune directă.

Această acțiune poate fi: a) mecanică, b) fizică, c) chimică.

a) Prin acțiune mecanică. În urma unui traumatism prin rupturi vasculare și nervoase, se poate produce o gangrenă, sau compresiuni produse de fimoză sau paramfimoza; sfâșieri ale frâului, prepuțului. Decubitusul scrotului poate interesa și penisul.

b) Prin acțiunea fizică: arsuri de gradul al 3-lea, radiodermita, congelări terapeutice etc.

b) Prin acțiuni chimice: caustice aplicate din cauza terapeutice. După lucrarea lui Von Coenen și Brzedoborsky apărută în 1911 cam 15% din gangrene peniene sunt cauzate de aceste 3 grupe de agenți.

2. Gangrena din turburări circulatorii.

Sângele poate fi alterat din 2 puncte de vedere:

a) Calitativ, adică — discrazia sanguină — ce se observă în boli infecțioase (Vezi pag. 20).

b) Cantitativ, prin ischemie, care se observă la arterio-scleroși, la cari constituie de un factor favorizant în producerea gangrenei. În diabet deasemenea se observă alterarea vaselor mici.

Apoi prin astuparea completă a unui vas, printr'o embolie, fie de origină internă, fie externă. Cum e și cazul publicat de Dragoescu, Dobrescu, (Vezi bibliografia) unde din nepriceperea agentului sanitar o injecție de iodobismutat de chinină dată în fesă, a intrat într'o vână și a cauzat prin embolie, o gangrenă a glandului.

3. Gangrena prin turburări de inervație.

Aici putem obiecta că în gangrene peniene diabetice găsim și abolirea reflexelor și anestezie cutanate, ceea ce dovedește turburări funcționale în sistemul nervos.

4. Gangrena toxică.

Poate fi prddusă de o intoxicație: a) exogenă, sau b) endogenă.

a) *Exogene*: pot fi cauzate de picături de urină, care poate produce gangrena prin stagnarea acidului uric în vasele limfatice. Guyon și Albarran citează gangrena peniană survenită la vechi urinari din cauza macerația pielii de urină; aici însă intervine bacilul Colii (vezi la gangrene secundare).

b) *Endogene*: cea mai frecventă e gangrena peniană la diabetici. E o complicație foarte gravă a diabetului. Dacă în un individ normal s'ar fi produs un abces, la diabetici se formează un flegmon cu gangrenă umedă și o stare toxică a organismului. Interpretarea e foarte complexă. Este adevărat că mărirea conținutului țesăturilor în hidrați de carboni favorizează dezvoltarea microbilor, dar câte odată intervin și alți factori, cum e ceșexia, vârsta înaintată cu sistemul vascular deficient, și alterația sistemului nervos atât central cât și periferic (nevrite), iritația urinei diabetice, toți acești factori pot interveni. E de notat că gangrena diabetică poate fi repartizată atât între gangrene toxice, cât și microbiene.

Mulți dintre autori disting 2 forme de gangrene diabetice, care se referă și la cea peniană și anume: a) gangrena secundară, și b) gangrena primitivă.

a) Gangrena secundară apare o complicație unei leziuni cutanate. Survine la un diabetic ușor sau grav, chiar sub tratament,

și survine după o parafimoză sau după o leziune de scărpinare, sau un caustic aplicat local, un antiseptic, cum e iodul, sau sulfat de cupru etc. E o gangrenă umedă și escara e moale, de culoare cenușie acoperită de flicte, cu conținut fetid. Traseurile de limfangită invadează întregu organ.

Durerea e moderată, de obicei înșă starea generală e profund alterată; realizează sau un sindrom infecțios cu febră, frison, agitație; sau un sindrom toxic cu paloare, torpoare, vomismente și diaree.

Această gangrenă evoluiază rapid și adesea se termină cu moarte, prin septicemie, sau prin comă. Chiar un tratament energetic cu insulină nu ajunge pentru a împiedica evoluția spre fatalitate. Deci glicozuria trebuie certată totdeauna în caz de plăci gangrenoase a penisului.

h) Gangrena primitivă apare mai ales la indivizii cașectici și în vârstă, deci cari prezintă și alterația vasculară.

Aceasta are mai multe aspecte clinice:

Câte odată ca gangrene multiple diseminate, adevărate erupții, cu pete negre, cu diametru de câțiva milimetri până la 2 cm., înțerează tot corpul, deci poate interesa și penisul. Sub influența tratamentului se cicatrizează lent și lasă o pigmenteație perzistentă.

O altă formă, mai intensă, când atinge profund și starea generală; începe cu vezicule, apoi se transformă în bule, apoi apare escara cu extensie periferică și cu evoluție mortală și e datorită unei infecții streptococice pe un teren diabetic.

O altă formă locală formată din mici placarde izolate sau reunite.

Gangrene primitivă diseminate a mucoaselor se pot localiza pe gland și se manifestă prin pete albăș'rui sau prin puncte hemoragice și formează repede escară, apoi ulcerație, cari sau se cicatrizează sau se infectează și cauzează accidente secundare grave.

5. Gangrena microbiană.

Gangrena microbiană a penisului poate fi împărțită în 2 mari grupe:

- A) Gangrena propriu zisă,
- B) Ulcerul gangrenos sau fagedenismul.

Impărțirea aceasta e justificată din cauza că baza celor două procese o formează necrobioza.

A) Gangrene propriu zisă se împarte iar în 2 grupe și anume: în a) gangrena primitivă, b) gangrena secundară.

- a) Gangrena primitivă are o singură formă.

Gangrena fulgerătoare spontană (Foudroyantă) numită așa de Fournier.

Istoricul: a fost semnalat de Hippocrate, Ambroise Paré. În 1880 Jalaguier a fost primul care a descris această maladie în teza sa, intitulându-o limfagita fulgerătoare gangrenoasă.

Fournier șeful școlii sifiligrafice franceze în 1884 a separat-o ca o entitate morbidă aparte și îi dă numele de gangrenă fulgerătoare a organelor genitale externe.

Emery o studiază mai amănunțit în teza sa în 1896.

Zimnitzky amintește în lucrarea sa publicată în 1932 că, până atunci în literatură sunt cunoscute 146 de cazuri.

Etiologia. E o afecțiune gravă; survine la bărbați aproape totdeauna la adolescenți sau adulți (între 18-30 ani), rar la bătrâni și foarte rar la tineri. Se întâlnește la indivizii sănătoși, cu starea generală bună, fără semne ereditare speciale. Sifilisul, paludismul, mizerie fiziologică, factorii gangrenoși se pare că nu joacă nici un rol în etiologia lor. Singur alcoolismul cronic e semnalat; pe când diabetul dă formă specială de gangrenă la nivelul organelor genitale

Sunt descrise și câteva forme epidemice, acestea însă sunt foarte rare. Boala însăși e foarte rară și aproape totdeauna izolată. Apare adeseori fără nici o leziune anterioară, care ar putea fi in-

vocată ca poartă de intrare. Alteori s'au observat ca leziuni anterioare: intertrigo, balanopostite, ectima, eczema, grataj, dar de cele mai multe ori apare ca o complicație a unei eroziuni minime, după coit anormal, violent sau dificil în circumstanțe defavorabile. După Jalaguier coitul intervine în o treime a cazurilor. Alții însă neagă importanța coitului anormal.

Agentul patogen. După Milian e bacilus gangrenae cutis; alții Sabouraud, Pellizzari, etc. invocă un streptococ foarte virulent, asociat cu b. perfringens sau b. Löffler. Deci în gangrena fulgerătoare spontană, infecția e rezultatul unei inoculații la nivelul unei escoriații sau eroziuni minime necunoscute sau care e foarte greu de pus în evidență.

Prodrom. Mulți autori admit o plagă infimă a pielii sau mucoasei, care se roșește, se înconjoară de o margină puțin ridicată și e punctul de plecare a unei limfangite. Dar acest stadiu se observă foarte rar și se spune că e foarte scurt, foarte ușor și trece neobservat se pare că lipsește în majoritatea cazurilor.

Debutul: Am văzut că atât natura cât și felul de apariție, accidentului inițial, sunt foarte variabile, fără a putea prevedea evoluția afecțiunii. Avem fenomene locale și generale.

Local: roșeață, umflare, mai des la nivelul regiunii prepuțiale, câte odată simplă sufuzie roșie, câte odată o pată roșie vie, asociată cu edem și producând fimoză, balano-postită; apoi se instalează scurgerea, care poate să fie minimă sau abundentă.

Semnele funcționale: sunt foarte variabile, precede câte odată toată simptomatologia fizică; astfel pot apare ca: dureri la micțiune, dureri la nivelul prepuțului, sau arsuri intolerabile sau o simplă furnicătură, pe care bolnavul o localizează pe gland.

Starea generală: dă aspectul caracteristic, în această perioadă și precedă câte odată toate simptomatologia fizică sau funcțională. Altă dată starea generală nu se alterează decât 2—3 zile după simptomele fizice. Bolnavii au: temperatură la 39—40°, frison, vomă, cefalee, față pământie, puls rapid și moale. O stare proastă, cu temperatură ridicată, a cărei debut e brutal, la un individ sănătos trebuie să ne atragă atenția.

Perioada de stare sau de mortificație. Necroza apare subit, fapt care ne clarifică diagnosticul. Ea survine deobicei după debut în curs de 2—3 zile, dar poate surveni și în câteva ore; Alte ori numai după 20 zile. În acelaș timp, temperatura poate să fie 40°, puls foarte rapid, limba seacă, starea ataxo-adinamică, cu delir.

Câte odată în regiunea întâiu atinsă apar una sau două flictene, cari confluiază, se rup, și lasă un fond negru-violaceu sau o escară se formează imediat și atunci apare o modificare a culorii, consistenței și sensibilității pielei, la nivelul imflamației și a durerii primitive. Escara este mică, apoi se mărește; e rece și insensibilă, de culoare neagră sau pestriță, sau verde sau galbenă și excepțional albă.

Se pare că locul de elecție e baza prepuțului sau dosul penisului și mai rar pe partea laterală a prepuțului, pe frâul sau pe scrot.

Gangrena odată declarată se extinde foarte rapid; în mai puțin de 24 ore se invadează în totalitate prepuțul, frâul, și scrotul. Câte odată, insule de necroze sunt separate prin pielea sănătoasă și aceasta are o mare importanță din cauza cicatricelor ulterioare. La periferie, pielea e edemațiată, roză sau roșie, și adesea apare în jur șanțul de eliminare. Toată suprafața cât și marginile se umectează cu un lichid fetid.

Ganglionii inguinali sunt măriți și rare ori dureroși. Dela apariția gangrenei, semnele generale se accentuează: agitație, vărsături, sudori, paloare, diaree fetide, deci avem tabloul unei intoxicații profunde. În această stare bolnavul poate sucomba prin complicații infecțioase, în general însă în câteva zile se ameliorează.

Perioadă de reparație. Tot așa de brusc, cum au apărut, dispar simptomele, fie spontan, fie sub influența tratamentului medical sau chirurgical. Leziunea se delimitează, șanțul de eliminare se mărește, zona necrotică se retractă, apoi se detașează; tot tegumentul penisului, chiar a scrotului poate să cadă și rămâne o ulcerăție cu fondul înmugurit. Starea generală se ameliorează.

Gangrena rămâne totdeauna foarte superficială și nu trece peste derm, nu atinge nici aponevroza, nici vasele, deci nu produce nici hemoragie. Pierderea substanței e foarte variabilă în întindere, poate fi minimă sau se poate extinde și pe prepuț, scrot, perineu și regiunea hipogastrică, însă corpii cavernoși nu sunt atinși; erecția e rare ori turburată și pielea, grație laxității în această regiune se poate reconstitui aproape integral, dar câte odată intervin complicații.

Forme c'ince: Afară de forma clasică descrisă în gangrena spontană a penisului, se mai descrie o formă supurată nefetidă, la care găsim glicozurie, și o formă fetidă extensivă, la care găsim glicozurie, și o formă fetidă extensivă, la care găsim o asociație

fusospirilară. Acestea sunt mai puțin dramatice, mai localizate, cari pot să se vindece în 15 zile.

Complicațiuni: De obicei sunt precoce și intervin în perioada de invazie. Hemoragiile sunt dese, însă aproape totdeauna sunt benigne, excepțional poate interveni și o hemoragi gravă a vaselor dorsale peniene.

La început intervin complicațiuni infecțioase: eriteme; abcese diseminate, purpuri, limfangita penisului, care necesită o intervenția chirurgicală; apoi septicemie mortală.

Se pare că gangrena fulgerătoare nu-i decât o limfangită cu evoluția gangrenoasă și se adaugă la această posibilitate prezența unei adenite.

Erizipelul e tot secundar: invadează tegumentul învecinat, cât odată e primitiv și cauzează gangrena. Dar complicațiunile sunt rare și prognosticul vital e acelaș ca la cele necomplicate.

Prognosticul: local poate fi dezastruos, dar de cele mai multe ori se limitează destul de repede. Prognosticul vital e rezervat.

Diagnosticul: Dacă la un ulcer se adaugă fenomene locale acute ce se instalează cu repeziciune și se repercută și asupra stării generale, trebuie să înclinăm spre o gangrenă supraacută, Apariția la un individ mai tânăr fără alterație vasculară locală, fără turburări nervoase, ne permit o diferențiere netă între gangrenă fulgerătoare spontană și gangrene prin arterite sau pangrenele trofeneurice.

Însă debutul prin simptome generale grave de infecție sau de intoxicație, face să ne gândim la o septicemie, iar asociația frecventă cu puseuri eruptive: eriteme, purpuri, erizipel, face să ne gândim întâi la o boală infecțioasă.

Diagnosticul diferențial se face cu cancerul penian: aspectul, lipsa fenomenelor generale și evoluția ne clarifică diagnosticul. Cu ulcerul gangrenos sau fagedenic care se extinde încontinuu, fondul e cenușiu, murdar, și e constituit din țesut necrotic aderent; dacă fondul e galben cenușiu atunci e format din puroi, care poate fi ridicat ușor și apar mugurii vasculari.

Cu limfangita gangrenoasă, de care se deosebește prin perioada lungă de limfangită, care precedă gangrena.

Cu flegmonul difuz în care avem un tablou caracteristic, se deosebește ușor, exceptând forma, unde procesul se începe la nivelul uretrei anterioare, printr'o îngustare (periuretrită) nu departe de meat; aici apare prima dată sfacelul; într'o perioadă mai tar-

divă, tabloul local și starea generală profund alterată, arată o mare analogie între cele două afecțiuni, și numai anamneza, îngustarea anterioare a uretrei, punctul de debut al gangrenei, care se extinde dinapoi înainte (dela scrot spre penis) și profunzimea țesutului interesat, precizează diagnosticul. Cu gangrena prin arterită, care apare la indivizi bătrâni, adeseori la sifilitici.

Cu gangrena consecutivă unei cauze locale: balano-postite, parafimoza, etc. Ne clarifică antecedentele. Traumatismele penisului adeseori în urma perversiunilor sexuale sunt mai dificile de a diferenția de o leziune spontană.

Cu ulcere sau eroziuni veneriene; blenoragia recentă câte odată e greu de depistat. Deasemenea șancrul cu tendință fagedenică și erizepelul burselor se discută în perioada inițială a gangrenei.

Ulcere sifilitice, fagedenismul sifilisului malign, pot să ne pună în dubiu.

b) Gangrene secundare.

Ele sunt secundare unei afecțiuni neglijate a penisului și sunt cauzate mai mult, de o suprainfecția, decât de o exaltare a virulenței microbiene, dar pe lângă aceasta intervin deobicei și factorii generali. Mai deseori survin în cursul unei afecțiuni localizate a penisului. Dar pot surveni și în cursul bolilor eruptive cu gangrene diseminate.

Etiologia. Bacterologia gangrenei penisului e foarte discutată. După Fournier, Dieulafoi descrie un bacil gros aerob Gram pozitiv, ca agentul patogen al gangrenei. Mai târziu în 1890, se crede în originea scretococică pură sau asociată. După alți autori, asociația fuzospirilară ar produce gangrena. După Ravaut mai frecvent se găsesc numai spirii singuri, după această concepție de altfel se explică terapia foarte eficace cu arsenobensoli. După alții bacilul *perfringens* și bacilul histolitic ar fi agenții patogeni cu toate varietățile, și asociația lor cu aerobii și anaerobii. Anaerobii cei mai frecvenți incriminați sunt Bacilul *perfringens*, funduliform, *fragilis*. După Hudelo ar fi o simbioză variabilă cu predominanța anaerobiilor. După Bejerano și Hombria asociația bacilul sporogenes și bacilul proteus sunt producătorii de gangrenă. După Milian bacilul *gangrenae cutis* descris de Froment e agentul specific al tuturor pangrenelor cutanate. Aceasta e un cocobacil, facultativ anaerob, în formă de șuveică, cu centrul clar, Gram negativ. Cu acest

bacil s'au putut reproduce gangrenă cutanată tipică la epuri. Bacilul se apropie bacilul proteus prin caractere morfologice și prin culturi, iar cu piocianic prin caractere experimentale. Trebuie apoi accentuat sensibilitatea lor la arsenobensoli atât de întrebuițați în tratamentul gangrenelor. După Sezary, virulența acestui germen poate fi exaltată prin asociație, mai ales cu stafilococi,

Forme clinice. Gangrenele secundare pot fi împărțite în 2 mari grupe: I, Gangrene datorite afecțiunilor locale numite și inpropriu ulcere gangrenoase și II. Gangrene datorite bolilor eruptive.

1. Gangrene datorite afecțiunilor locale, numite și ulcere gangrenoase.

1. In urma ulcerățiunilor banale survin ca o complicație, astfel după furunculi, eczeme, ulcerățiuni epidermice și orice leziuni de grataj pe penis sau în plicele genito-crutale; deasemenea abcese, fistule apropiate, cari pot fi puncte de plecare ale limfangitelor, pot da gangrene la penis. Su vine la cei predispuși așa diabetici, paralitici, aretrio-scleroși, bătrâni. După von Coenen și și Brzedoborsky inflamații locale dau 70% din gangrenele organelor genitale. Diagnosticul lor e ușor și se face din simptomatologia lor. Pielea e albă, rece, insensibilă la înțepături, scurt timp după aceea devină fetidă și ia un aspect pseudo-membranos, sau negru-verzui.

Eliminăm necrozele și gangrenele datorite combustiilor, congelețiilor, radio-dermitelor, causticelor, compresiunilor și intoxicațiilor. Excludem leziuni arteriale, boala lui Raynaud, Bürger, arterite sifilitice, diabetice, bacilare, cărbunele, pesta.

2. Gangrena șancrului sifilitic. Șancrul dur se complică rar cu gangrena și atunci intervin anumiți factori, fie local, fie general, fimoza parafimoza, balano-postite, precum alcoolismul, murdăria, iritațiuni și cauterizări.

După Fournier, Mauriac, Petrini — Galatz, cauzele complicației gangrenoase a șancrului sifilitic sunt numeroase. Astfel iritațiuni locale în diferite medicamente iritante, cauterizări intempestive și inoportune, cu medicamente caustice, ca nitrat de argint, nitrat acid de mercur etc. făcut sau de bolnav, sau de farmacist sau chiar de medic curant.

Alteori din contră bolnavii fiind foarte ocupați și neputând îngriji de șancrul lor, sunt expuși la fimoză și parafimoză și în cazuri mai rare la gangrenă.

Sunt însă mulți bolnavi, cari se prezintă la consultații cu șancru sifilitic, iritat, cauterizat, complicat cu fimoză sau parafimoză, gangrena însă nu apare, deci nu-i destul ca un șancru să fie iritat, cauterizat sau maltratată, ci trebuie și o altă cauză care predispoze la gangrenă; aceasta însă nu depinde de tăria virusului cum se credea, ci de o tară a organismului produsă uneori prin paludism, dar cel mai des de alcoolism. Afară de aceasta predispoze la gangrenă și vârsta înaintată, debilitate, glicozurie, surmenaj, mizerie. Inșă sunt totuși bolnavi, cari deși nu prezintă nici una din infirmitățile sau viciile mai sus expuse, totuși șancrul lor sifilitic devine gangrenos, astfel e și cazul citat de Fournier. In astfel de cazuri se presupune asociația șancrului sifilitic cu șancrul simplu (după Ricord) sau prezenta unei infecții secundare, fie streptococică, fie stafilococică.

Clinic. Uneori gangrena se limitează precis în locul șancrului și atunci în loc de aspectul eroziv-roșietic, ca carnea caracteristic șancrului sifilitic, vedem un sfacel livid, negricios, cu miros fetid, care la început e aderent de țesuturile sănătoase, dar care cu timpul se elimină de obicei printr'un lambou mare, lăsând în locul sfacelului o ulcerațiune cu aspect roșietic, curată, acoperită de o materie parulentă. Alte ori, din contră, sfacelul nu se limitează numai la locul șancrului ci se întinde; de exemplu dacă a fost localizat în șanțul balano-prepuțial, poate ataca prepuțul în totalitate, și glandul în parte, distrugând în acelaș timp și o parte din corpii cavernoși sau chiar glandul în totalitate în cazuri mai rare.

In aceste cazuri, nu se mai distinge locul șancrului, și sfacelul se prezintă cu un aspect omogen, livid, negricios, foarte fetid și uneori simulând culoarea negricioasă a cărbunelui. Sfacelul ca și în prima varietate, se elimină, sau prin mici lambouri, sau deodată, printr'un lambou mare, lăsând să se vadă o ulcerațiune mai mult sau mai puțin profundă, după întinderea gangrenei sau are o culoare roșietică, curată, sau e acoperită de o materie purulentă. Bolnavul prezintă fenomene generale ca insomnie, inapetență, uneori chiar febră și local dureri.

Diagnosticul. Când un șancru sifilitic balano-prepuțial devine gangrenos, în câteva zile după apariția sa, e foarte greu de diagnosticat din cauză că nu avem nici un element sigur pe care să ne bazăm, lipsesc atât caracterele șancrului sifilitic, cât și adeno-patiile specifice inguinale și atunci trebuie să ne mărginim la antecedente și să fim în rezervă.

Când însă șancrul sifilitic devine gangrenos mai târziu ca în 2 săptămâni după apariția sa și s'au ivit și adenopatiile inguinale specifice, atunci diagnosticul e mai ușor, însă diagnosticul precis ni-l dă numai reacția Bordet-Wassermann.

Diagnosticul diferențial. Șancrul sifilitic gangrenos penian nu trebuie confundat cu șancrul sifilitic fagedenic, deși la unul și la altul avem acelaș factor comun: gangrena. La gangrena propriu zisă însă sfacelul se ivește deodată și atinge țesuturile deodată și se elimină deodată, pe când în cel fagedenic țesuturile se necrozează în suprafață și necroza se întinde treptat și se elimină prin mici lambouri (Prof. Petrini-Galatz).

Deasemenea nu trebuie confundat cu un șancru simplu gangrenos unde știm că pe de o parte nu găsim adenopatiile specifice, iar pe de o altă parte prin examenul microscopic găsim streptococul specific șancrului simplu.

Prognosticul. În general nu-i grav, deoarece cel mai des gangrena se limitează dela sine și se elimină fără destrucții sau emoragii mari. Afară bine înțeles, de cazul excesiv de rari, unde gangrena de ex. ocupă totalitatea glandului și o parte din penis, în care caz prognosticul e grav, din cauza că lasă pe individ infirm.

Uneori infecția sifilitică la acest bolnav se manifestă sub formă benignă. Alteori însă se manifestă cu fenomene grave căci în interval de 3—4 luni dela infecțiune sifilitică se ivește manifestațiuni terțiare.

În faza secundară putem avea gangrenă diseminată sifilitică, care poate apare și pe organe genitale, deci și pe penis. Apare sub formă de plăci eritematoase, apoi se transformă în flictene și apoi în escare în general superficiale.

3. Gangrena șancrului moale. Dă adeseori o limfangită, care în rare cazuri dă gangrenă. Deobicei se prezintă ca o formă benignă localizată pe prepuțul, pe glandul, pe frâul penisului. În cazuri mai rare avem o formă mai gravă, care se extinde și pe scrot și perineu. După unii însăși baciul Ducrey prin exaltarea virulenței produce gangrene; după alții intervine o suprinfecție cu vibrion septic sau cu stafilococi sau cu streptococi.

4. Gangrena ulcerului gonococică. E excepțională. Garnier admite gangrena gonococică și explică patogenia ei, prin embolii septice. Monod descrie un caz datorit gonococului, deasemenea și Jalaguier în teza sa citează un caz în legătură cu blenoragia.

5. Herpes zoster gangrenos (Kaposi). O formă specială cu localizație pe un traiect nervos (Bayer, Gallis), sau arterial. În perioada eruptivă, atunci când vezicula e intactă încă, apare o colorație neagră sau brună-neagră; câte odată se produce escara fără vezicule, în vecinătatea unui buchet vascular. Toate veziculele devin gangrenoase, ceea ce nu se întâmplă niciodată în zonă. În urma escarei se produce cicatrice, câte odată cheloide. Perzistența neuralgiei e de regulă. Se mai descriu forme recidivante cu febră. Istologic e o necroză de herpes-zoster.

6. Limfangita gangrenoasă fără flegmon dat de bacilul Colli. Guyon și Albarran citează gangrene survenite la vechii urinari, fără prealabilă infiltrație de urină. La acești bolnavi urina curgând neconținut macerează prepuțul, frâul precum și pielea scrotului, produce soluții de continuitate a tegumentelor și în urmă o gangrenă supraacută a penisului și a regiunilor învecinate. Gangrena se mărginește la pielea și țesut celulelor subcutanat. Dela început starea generală se alterează, temperatura peste 39°, adinamie, prostrație, delir; după 48 de ore apar plăcile mortificate. Desnodământul fatal în câteva zile. Aproape în toate cazurile se găsește b. Colli atât în urină cât și în serozitatea sero-purulentă, care infiltrază țesuturile sub sfacel. Deci în aceste cazuri colibacilul e agentul gangrenei și posedă o virulență specială. Cu culturi de Colii au putut reproduce gangrena.

7. Gangrena cu flegmon e dată de infiltrația de urină. În etiologia acestuia găsim totdeauna stricturile uretrei și periuretrite cu anaerobii, ce dau caracterul gangrenos; intervine mai ales bacilul perfringens. Virulența în aceste cazuri e exaltată prin asociația diverselor specii de microbi. Uneori nu găsim anaerobi, ci numai flora obișnuită a uretrei. De altfel anaerobilor se datorește întinderea rapidă a leziunii, gangrena, crepitație gazoasă și fenomene generale grave.

Lichidul flegmonos e un lichid septic, rezultat din distrucția celulară produsă de microbi și de toxinele lor. Supurațiile periuretrale sunt începutul gangrenelor flegmonoase. Rar sunt acuzate traumatismele intrauretrale (căi false, eroziuni uretrale, operații intra-uretrale), ca producători de gangrene. Calculii uretrali, neoplasme uretrale pot produce colecții periuretrale ce dau gangrene localizate pe porțiuni restrânse (după Ștefănescu-Galați).

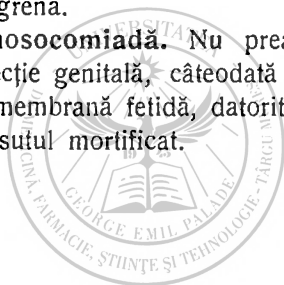
Simptomatologie asemănătoare cu gangrena fulgerătoare.

Gangrena flegmonului urinos e limitată de un gulerăș de infiltrat la margine, care progresează și nu permite confundarea cu altă maladie. Spre deosebire de celelalte forme, ce își limitează însuși terenul ce au de a distruge, gangrena flegmonului urinos nu se oprește dela sine ci numai în urma largilor debridări ale termocauterului sau bisturiului.

Diagnosticul se face din antecedente și inspecția regiunii: de obicei apare mai rar cu necroza formată mai mult, bolnavii se prezintă la început, când putem găsi poarta de intrare. Penisul e turgescenț. La palpație găsim porțiuni dure, inflamate, alternând cu porțiuni moi. Durerea produsă prin palpare e un simptom constant. Procesul rămâne limitat la piele și țesutul celular subcutanat, și nu interesează corpii cavernoși și spongioși ai penisului. După von Coenen și Brzedoborsky infiltrație de urină dă 5% de gangrenă a organelor genitale.

8. **Paraziții** mai ales protozoalii pot produce deasemenea în cazuri foarte rare gangrenă.

9. **Gangrena nosocomiadă.** Nu prea se întâlnește și se interpretează ca o infecție genitală, câteodată se suprainfectează și se acoperă cu o fașă membrană fetidă, datorită asociației fuso-spirilară, care acoperă țesutul mortificat.



II. Gangrene datorite bolilor generale și eruptive.

Gangrenele multiple diseminate ale pielii sunt afecțiuni rare. Survine la copii cașectici, sau cari suferă de suprainfecții prelungite, paludism, enterite, tuberculoză, etc. Câte odată apare ca o erupție gangrenoasă; alteori seamănă în primele 2 zile cu o boală eruptivă nederminată și gravă. Repede apar flictene cu conținut roșu sau hemoragic, cari se deschid și dau un ulcer cu fond negru, acoperit, sau nu, de o crustă și înconjurat de un inel inflamator. Peste câteva zile apare șanțul de separație, care supurează și es-cara se detașează și lasă un ulcer cu margini tăiate drept. Din unirea mai multor elemente se formează un ulcer poliociclic, care poate produce mari malformații ale organelor genitale. La început pot lua aspecte diferite, fie aspectul abceselor superficiale, fie nodozităților subcutanate, fie plăcilor purpurice, toate aceste forme pot să apară la același bolnav, într'un singur puseu.

Are și formă specială, care începe ca un inpetige banal la un copil cașetic.

Subiectiv avem dureri locale și dureri la distanță, dureri articulare. La începutul erupției avem febră, frison, astenie, vărsături, diarei fetide, chiar convulsii sau moarte.

Prognosticul. Se agravează prin complicații renale sau prin pleurezii purulente.

Agenții patogeni, cari sunt încriminați, sunt: streptococul, stafilococul și mai ales împreună sau asociația lor cu bacilul proteus vulgaris, bacilul pseudo-difteric, meningococ, anaerob: bacilul perfringens, b. ramosus, asociația fuso-spirilară, b. piocianic, bacilul Ebert, în cursul febrei tifoide.

Deasemenea mai ales la adulți se observă după gangrena pulmonară, în tuberculoză, sifilis, lepră, pian, psoriazis, erizipel, pitiriasis rubra pilaris.

Apoi în boli eruptive, mai ales la copii mai puțin reztenți, câte odată tuberculoși sau heredo-sifilitici. Apar câteva plăci purpurice, câte odată hemoragice: după 2—4 zile urmează puseul

gangrenos, care poate fi generalizat sau localizat. Aproape toate bolile eruptive, pot da aceste forme grave, adesea mortale: variola, vaccina, rușeola, varicela, scarlatina, difteria, erisipelul, urticaria, eritem nodos, eritem polimorf, febră tifoidă etc. În toate cazurile intervine o infecție secundară cu germeni banali, căci nu s'au putut evidenția microbii specifici maladiei infecțioase, ci numai streptococi, stafilococi, bacilul colii, etc. În cazuri rare, aceste gangrene pot să apară și la adulți. După von Coenen și Brzedeborsky (1911) cam 5% din gangrenele genitale sunt produsă de boli infecțioase.



B. Ulcerul gangrenos sive Fagedenismul.

Fagedenismul se caracterizează prin următoarele :

a) Tendința extensivă și invadantă a ulcerului, b) Mari distrucții de țesut și mutilări, c) rezistență la agenți terapeutici.

De fapt nu-i o boală aparte ci o complicație a unui ulcer, care astfel primește un caracter malign.

Etiologia și patogenia. Fagedenismul e deci o complicație a ulcerelor cu etiologie diversă, astfel cel mai des, ulcerul inițial e un ulcer moale, mai rar un ulcer dur, câte odată un ulcer mixt, adeseori un sifilis terțiar, tuberculo-gomos, sau un epiteliom basocelular, excepțional un ulcer tuberculos, o pustulă ectimică, impetigo, o plagă de gangrenă spontană.

Pentru a produce fagedenismul intervin mai mulți factori. 1) Exaltarea acută a virulenței agentului patogen. 2) asociația microbiană, un bacil Ducrey cu sifilis sau cu stafilococi sau cu microbi necrobiozați : b. piocianic, fuso-spirili lui Wincent, b. gangrenae cutis Milian. 5) Obliterarea vaselor sanguine printr'un proces de vascularită. 4) Teren alterat : debili, tarați, intoxicați, surmenați, vârstă înaintată, alcoolism, diabet tuberculoză, decăderea organismului prin mizerii fiziologice, sau maladii cașectice, deasemenea iritațiuni locale, cauterizațiuni superficiale, fimoză. Se pot observa și la indivizi în aparență sănătoși și în condiții de igienă bună.

Pentru Milian cauza principală dar nu exclusivă a fagedenismului e sifilisul terțiar asociat, această părere e bazată pe aspectul clinic al ulceratei, care e foarte asemănător cu sifilide terțiare, apoi pe antecedente și pe eficacitatea tratamentului specific. Brocq și Clement Simon vorbesc despre fagedenism și în general înțeleg sub acest termen un ulcer a cărui caracter fagedenic e rededeptat de sifilis și care nu se vindecă numai prin tratament antisifilitic. Dar ei disting și alte cazuri unde procesul ulceros are tendință extensivă mai rapidă și supurează mai abundent și e complet străin de sifilis ; aceste ar fi produse de infecții microbiene asociate ; în acest grup intră și fagedenismul șancrului moale.

Dintre microbii cari pot fi izolați totdeauna se găsește streptococul și stafilococul cărora se acordă un rol preponderant și a căror caracter necrozant e cunoscut. Rezultatele obținute cu vaccin antistafilococic se pare că confirmă această opinie. Pe de altă parte Chevalier a putut inocula acești streptococi la epuri și a reprodus experimental leziuni de tip fagedenic. Nu se poate nega însă existența, aproape constantă a bacilului Ducrey în ulcere fagedenice, care poate fi găsit, fie direct, fie prin auto-inoculație. Această constatare are o importanță în succesele terapeutice obținute prin vaccin antișancros.

Însă trebuie să luăm în considerare atât existența streptobacililor, cât și o predispoziție de teren.

Se pare că sifilisul e cauza acestei predispoziție. În aceste cazuri tratamentul antisifilitic are o acțiune curativă rapidă; în alte cazuri când ulcerul fagedenic nu se influențează prin tratamentul specific; atunci e posibil intervenția piogenilor banali.

Anatomia patologică. Reacțiile tisulare n'au nici un caracter specific; se constată alterații necrotice și reacții inflamatorii. Fasciculele conjunctive și fibrele elastice sunt dispărute; vasele sunt dilatate și pereții lor sunt alterați, ceea ce explică extravazare de hematii și diapedeza polinuclearelor neutrofile a cărora nucleul se alterează și dispare. Celulele conjunctive în straturile profunde sunt hipertrofiate, protoplasma e basofilă și nucleul cromatic.

Simptomatologia. După caracterele extensive ale ulcerului fagedenic, îl împărțim în 2 categorii, și anume: a) fagedenismul pe suprafață, — b) fagedenismul terebrant.

a) *Fagedenismul pe suprafață* parcurge suprafeței întinse ale tegumentului și poate distruge nu numai tegumentul penian, ci și alte regiuni, cum e perineu, abdomen; această extensie poate să fie, regulat și centrifugă (fagedenismul circular) sau în mod neregulat capricios (fagedenismul serpinginos) sau fără nici o ordine (fagedenismul neregulat), sau poate lua diferite forme geometrice (fagedenismul geometric al lui Brocq sau idiofagedenismul al lui Chevallier).

b) *Fagedenismul terebrant* e un ulcer dela câțiva centimetri până la 20 cm. sau și mai mult de lung, distruge țesuturile în profunzime. Fundul plăgii e acoperit de puroi galben sau grii, câte odată sanguiolent, care ascunde lambouri de derm sfacelate sau granulații roșii vii, sau chiar pe cale de epidermizație. Marginile ulceratei, cari sunt roșii, mai mult sau mai puțin vii, se

pot extinde și pe tegumentele sănătoase. Marginile de altfel sunt caracteristic regulate, circulare sau ovale, geometrice sau ulcerul e limitat de segmente de circumferință. Marginea e tăiată drept, pereții deasemenea sau ca o pantă rapidă sau ca o pantă lentă. Profunzimea variază dela 2—6 cm. Tot ca și fundul, și pereții sunt cenușii sau roșii sau voalați de puroi. Brocq găsește mici puncte galbene în pielea din jur, cari apoi se videază și confluiază; în jur pielea e roșie. Limfangita nu se observă nici odată. Ulcerul nu miroasă, sau se simte un miros moderat; de regulă e indolor, dar la atingere adeseori dureroasă.

Poate distruge nu numai prepuțul, dar chiar și glandul și penisul și adesea perforează uretra, distruge mușchi, nervi, vase; se poate ca tot penisul să fie distrus sau glandul rămâne atârnat de un fir de țesut. Deobiceiu nu e însoțit de adenopatii, dar când este, în cazuri rare, atunci ganglionii se umflă, devin dureroși, însă nu supurează niciodată.

Starea generală e bună, dar se poate observa pe un timp, la începutul perioadei de stare, febră și inapetență, greață, prostrație, mai ales în formele foarte extensive sau terebrante.

Extensia poate fi rapidă; altă dată mai înceată, neregulată, în timp și în spațiu (o zi se extinde mai mult ca în alta).

Evoluția. Durează dela câteva luni până aproximativ la 10 ani. În general debutul e acut și sfârșitul e cronic. Poate să termine cu moarte sau se poate suprainfecta și din cauza aceasta degajă un miros fetid și apar fenomene generale, și în acest caz primește numele de fagedenismul septic al lui Fournier.

În forma terebrantă poate cauza moartea prin hemoragie. În general însă se cicatrizează.

Cicatricea începe la margini; vindecarea necesită cel mai des câteva săptămâni.

Când începe cicatrizarea la centru, în cazuri mai rare, marginile continuă încă să se extindă și acest fapt nu-i un prognostic bun.

Forme clinice:

Ulcerul fagedenic a șancrului moale sau fagedenismul șancros. E cel mai frecvent dintre toate ulceratiunile serpinginoase cu margini violacee, tăiate sau decolate cu fond anfractuos, cu abcese miliare întra-sau subdermice și cari se deschid la mari distanțe de ulcerul primitiv și se reproduce cel mai des fagedenismul geometric al lui Brocq și Clement. Se extinde rapid și atacă și

perineul. Ganglionii pot fi respectați sau uneori tumefiați. Cicatricile formate sunt neregulate, traversate de bride și ulcerul poate recidiva pe cicatrice,

Starea generală e alterată și moartea poate surveni în marasm sau printr'o infecție intercurentă. Dacă se cicatrizează, atunci cicatricea produce malformațiuni serioase.

Fagedenismul șancrului sifilitic. E mult mai rar și poate să apară sub două aspecte, una difteroidă și se acoperă cu o membrană aderentă, și a doua necrotică, cu escară brună sau neagră și se detașează progresiv pe când în jur se formează noi escare în acelaș timp duritatea șancrului dispare în urma obliterării vaselor.

Fagedenismul șancrului mixt (Rollet). Se observă destul de frecvent și se constată asociația treponemei cu bacilul Ducrey. Are un aspect serpinginos și cel mai des terebrant și distruge glandul, uretra, etc. Marginile sunt rupte, fondul membranos, ușor sanguinolent și hemoragii grave sunt totdeauna de temut. Simptome subiective sunt câte odată foarte pronunțate cu dureri acute spontane și la contact.

Ulcerul terțiar, tuberculo-ulcer sau ulcer gomos câștigat sau hereditar, se extinde câte odată foarte rapid atât în lărgime cât și în profunzime. Țesutul învecinat e inflamăat, supuraat, gangrenos, sau necrotic. Aceste forme, cari se găsesc și în alte regiuni, se observă cel mai des la organe genitale.

Diagnosticul. Se recunoaște ușor prin caracterele clinice, dacă au o altă localizare și nu la organele genitale. Dacă însă fagedenismul e situat pe organele genitale, atunci se confundă foarte ușor cu gangrena fulgerătoare a organelor genitale, care e mutilantă; — așa în cât însuși Brocq întreabă că n'ar fi mai bine să nici nu le diferențiem, cu atât mai mult, cu cât și agentul cauzal e adeseori acelaș și găsim astfel fie streptococi, fie asociația fuso-spirilară, fie anaerobi. Pentru deosebire ne-ar putea ajuta sfacelul, care e special, pe de altă parte mirosul.

Prognosticul. Când e foarte extensiv sau terebrant se poate complica cu turburări generale. Evoluția e lungă și produce mutilări și cicatrice vicioase, cari determină un prognostic foarte serios atât general cât și local.

Tratamentul gangrenelor și ulcerelor gangrenoase.

O importanță foarte mare din punct de vedere terapeutic ar diagnosticul precoce și în consecință tratarea fără nici o ezitare.

Tratamentul preventiv. În forma fulgerătoare nu se poate prevedea evoluția brutală a accidentului, deci nu-i nici tratament profilactic. În cazul însă când avem o leziune anterioară, atunci se tratează leziunea pentru a preveni gangrena secundară; aici trebuie accentuat desinfecția minuțioasă a tuturor excoriațiilor genitale.

Se va suprima cauza de exemplu reducerea parafimozei și se va atenua inflamația de ex. tratarea șancrului moale, apoi asepsia riguroasă, a eroziunilor, repaus în pat, comprese antiflogistice și se dă neosalvarsan în doze 0,15 gr. pentru a preveni procesul gangrenos.

Tratamentul curativ. Se face local și general și dacă se poate, atunci specific.

Altă dată s'au insistat asupra tratamentului chirurgical. Actual se pare însă secundar și în același timp periculos, pentru că poate produce fagedenism.

Tratamentul intră într-o nouă fază după clarificarea microbielor prezenți la gangrenă.

După 1914 Ravaut bazat pe prezența fuso-spirililor preconizează arsenobenzoli în tratamentul gangrenei fulgerătoare, la acesta revine și Milian, care a arătat sensibilitatea bacilului gangrenae cutis la arsenobenzoli.

Prezența anaerobilor la nivelul leziunilor a determinat întrebuintarea serului antigangrenos, care a dat multe succese.

Actual se face un tratament cât se poate de specific. În general tratăm sau cu arsenobenzoli sau cu ser antigangrenos, sau cu amândouă deodată.

Dacă bolnavul suportă arsenobenzolii, atunci se face un tratament ca la sifilis, facem un atac energetic. Se mai pot injecta sulfarsenoli sau preparate analoage, dar se pare că sunt mai puțin energice. Electrargol și alte preparate cu metale coloidale de asemenea sunt foarte bune.

Se dă apoi chiar împreună cu arsenobenzoli ser antigangrenos, uneori ajunge 20—30 cmc. pentru a obține vindecare, alteori

trebuie dat în doze de 60—100 cmc. pe zi și continuat mult timp. În multe cazuri trebuie injectat mai mult de un litru pentru a obține vindecarea.

Dacă constată prezența streptococilor, atunci dăm ser anti-streptococic, sau bulion vaccin Delbet și mai nou preparat de sulfamide: prontosil, rubiazol, deseptil, proseptin, etc.

Dacă sunt anaerobi sau asociația fuso-spirilară a lui Vincent atunci local pudră de neosalvarsan și în același timp și intravenos.

Acest tratament specific trebuie combinat cu un tratament corespunzător stării generale. Se dau cardiotonice: ulei camforat, caffeină, apoi acetat de amoniu, strichnină; un ceai cu rom e diuretic și diaforic și dă rezultate bune în flegmonul urinos.

Local sunt recomandate băi, lavagii, comprese umede cu permanganat de potasiu dela diluții 1 la 200—1000 sau Dakin sau sulfat de cupru, apă oxigenată sau se pot întrebuița o soluție slabă 1 la 200 neosalvarsan, sau acid boric 4% sau sublimatul corosiv 1 la 2000 mai ales la sifilis.

După ce escara a căzut se pot întrebuița pudre inerte cum e iodoform, insulina, sau balsam peruvian sau pastă antiseptică Alibour și pe lângă acestea de 2 ori pe zi dimineața și seara spălături și cauterizări. Dacă e invadantă atunci intervenția chirurgicală, dar acelaș serviciu îl oferă și diatermia și aero-termo-cauterizare și delimităm astfel țesutul gangrenos de cel sănătos.

Când începe cicatrizarea se dirijează până limita posibilității, cu creion de nitrat de argint.

Mai târziu poate fi necesară o intervenție chirurgicală pentru a distruge bridele și aderențele deformante.

În caz de limfangită gangrenoasă dat de bacilul colli și în caz de infiltrație de urină, sunt recomandate incizii largi, cu debridări întinse, contraincizii cu dreanțe multiple, pentru a permite scurgerea lichidului format sub invelișul cutanat. Apoi vom cureta țesuturile din marginea regiunii necrozate spre a grăbi procesul fagocitar. Se vor face spălături largi și fierbinți cu irigator pentru a curăți regiunea. Se pansează apoi cu antiseptice ușoare și variate; se preferă apa oxigenată și în primele zile se vor schimba de 2 ori pe zi pansamentele.

Contra fetidității — utilizăm pansamente cu creolina, lysol, apă oxigenată.

Escarele le vom ridica cu mare prudență pentru a evita hemoragii supărătoare.

În cursul tratamentului vom evita anestezicele pentru că sunt vătămătoare, introducem un nou toxic. Eliminarea sfacelurilor începută după 24 ore, e un bun augur și e o dovadă că infecția nu și-a croit vre'un diverticul. După ce s'a liniștit infecția periretrală, vom începe tratamentul uretrei; și anume în caz de necesitate vom face dilatații sau uretrotomii interne pentru stricturi și tratăm cu sonda „à demeure“.

Dacă întâlnim infecția în stadiul inițial cu tumefacții, vom face acelaș tratament. E de sine înțeles că dăm și aici ser anti-gangrenos (*perfringens* vibriion septic).

Plastii. Când se pierd tegumente întinse, se fac plastii mai ales dacă și acoperirea regiunii se face încet.

Un autor autor american Ernstie Saravia a arătat că în timpul lung, cât e necesar pentru reacoperirea dela sine în pierderile mari, se produc cicatrici retractate, scurtări și devieri din partea penisului, dureri la erecții și chiar atrofia corpilor cavernoși și spongioși. Totuși sunt mulți autori contra plastiiilor.

Unii autori au semnalat cazuri în care penisul rămas dădat s'a retras sub sinifiză lăsând afară numai o parte din gland; în acest caz îndeplinirea funcțiunii genitale a penisului devine imposibilă. Deaceia se recomandă diferite plastii. În caz de pierderea tegumentului glandului se recomandă un lambou din pielea scrotului. În caz de pierderea pielii prepuțului și a glandului, se utilizează un lambou din partea anterioară a scrotului, cu care acoperim porțiunea denudată*).

În cazurile de gangrenă a penisului și a scrotului în acelaș timp, vom face închiderea perineală pentru scrotul pierdvt, iar penisul se pune sub pielea hipogastrică în prealabil decolată, și scoatem glandul printr'o ferestruică făcută în partea superioară și suturăm circular marginea acestei ferestruici la șanțul balano-prepuțial. Pacientul e sondat în primele zile și urinează stând în genuchi. După 3 săptămâni dela intervenție, se croește un lambou mare din pielea abdominală pentru a obvia puternica retracție a lambouului și invelim penisul în acest lambou. Lipsa de piele de pe abdomen o acoperim cu lambouri obținute prin decolarea și

*) O operație interesantă e închiderea perineală a testicuilor descoperiți. Se pun sub pielea de pe fața supero-internă a coapselor la nivelul șanțului genito-cruial. Punga astfel obținută se închide printr'o sutură verticală și astfel obținem un scrot infantil. Cu timpul testiculii migrează spre mijloc și ajung în perineu. La această închidere se utilizează și eventuale rămășițe de scrot.

ăpropierea marginilor pielei flancurilor pe linia mediană a abdomenului. Cu această metodă au obținut rezultate bune. Plastiile sunt indicate mai ales în cazurile în care bolnavul nu poate rămâne prea multă vreme imobilizat din cauza infirmității ce o are.

Rezultatele sunt mai bune când intervenim după 15—20 zile dela declararea gangrenei, deoarece vom găsi terenul curățit de resturi de țesut sfacelat, cari pot compromite reușita operației prin supurațiile supărătoare.

Terapia fagedenismului. În fagedenism terapia trebuie să fie energetică și tratamentul specific se asociază cu tratamentul local.

Tratamentul antisifilitic dacă găsim că e de natură sifilitică și dăm arsenobenzoli, cianură de mercur și iodură de potasiu 4—6 grm. intravenos.

Vaccinoterapia antișancroasă dacă găsim că la bază e un ulcer moale.

Rezultatele tratamentelor specifice sunt excelente cu condiția însă ca, starea generală să fie bună și tratamentul specific să fie aplicat pe un timp îndelungat.

Când nu putem aplica tratamentul specific, a'unci dăm tonice generale.

Dar *tratamentul local* e indispensabil și aici căldura e mijlocul terapeutic cel mai eficient și se aplică fie sub formă de irigație foarte caldă, quasi continuă, fie sub formă de aer supraincălzit până 800°.

Brocq și alții nu recomandă causticele chimice și fizice pentru că ar putea cauza hemoragie și infecție generală. Pe de altă parte operație minuțioasă poate reuși admirabil, dar poate eșua și înainte de a fi căzut escara, marginile reincep activitatea. Nu trebuie uitat nici aceia, că cauterizarea se face sub anestezie pentru că e foarte dureroasă. Ablația trebuie să fie largă și profundă, dar nu se întrebunțează decât excepțional din cauzele enumerate mai sus.

De aceia se întrebunțează soluții antiseptice așa, pomadă de colargol, apă oxigenată, albastru de metilen, soluții slabe de ipermanganat de potasiu, pudră de arsenobenzoli și actual se întrebunțează mult vaccin antistreptococic sau antistafilococic.

Vaccinul antistafilococic poată să fie stock-vaccin sau auto-vaccin. Se prepară în modul următor: o cultură de geloză de 20 ore se emulzionaază în ser fiziologic, apoi germenii sunt omorâți

prîn căldură la 73° pe timp de 2 ceasuri. Numărul germeilor e de 6 miliarde pe un cmc.

Se injectează subcutanat începând cu doza de 0,5—1 cmc, a doua zi se dă 2 cmc. și se continuă în fiecare zi sau în fiecare 2 zile. Aceste injecții nu produc reacții generale, câte odată însă produc însă fenomene locale pasagere cu roșeșă, chiar dat intravenos nu dă reacții generale.

Rezultate sunt remarcabile și rapide. După 2—3 inj. extensia se oprește apoi cicatrizează. Vaccinul antistafilococic ajunge singur pentru a vindeca fagedenismul datorit ulceratiunilor nespecifice.

Un caz clinic.

N. O. plugar. Antecedente: nimic de remarcat.

Istoricul boalei actuale: înainte cu 2 săptămâni observă apariția unei leziuni ulceroase pe glandul penisului. Se prezintă la infirmeria respectivă, unde a fost tratat cu apăături hipermanganate.

Habitus: mijlociu dezvoltat. Pielea nu prezintă nimic patologic, mucoasele sunt normale, ganglionii inguinal nu sunt palpabile.

Organe genitale: Partea stângă a glandului e ocupat de un proces gangrenos, care prezintă un sfacel aderent de o culoare neagră.

Laborator: R. W. -|-|-|-|. Urina: e negativă.

Decursul boalei: Ziua 1. Starea generală e proastă. Temperatura e 39°. Primește cardiotonice și 5 cmc. proseptin și local comprese cu ozonogen. Ziua 2-a. Se simte mai bine și primește acelaș tratament. Ziua 3-a. Temperatura e 38°. Primește 0,15 gr. de neosalutan și e de remarcat că sfacelul în cea mai mare parte se elimină. În ziua 4-a e deja subfebril. În ziua 5-a primește 0,30 gr. neosalutan. Altcva nimic de remarcat. Ziua 6—7-a gangrena se elimină complet. Ziua 8-a primește 0,30 gr. neosalutan. Ziua 10-a e iar febril însă se simte mai bine și primește 2 cmc. de de bismut. Ziua 11-a primește 0,45 gr. novarsenobenzol. În ziua 13-a iar primește 2 cmc. de bismut. Ziua 15-a primește 0,60 gr. novarsenobenzol. În ziua 16-a. Bolnavul nu tolerează bine doza de 0,60 gr. de novarsenobenzol și primește 10 cmc. natriosulfat intravenos, după care se ameliorează. Ziua 18-a primește 2 cmc. de bismut. Ziua 20-a primește 0,45 gr. novarsenobenzol. În ziua 21-a. Primește 2 cmc. de bismut. Ziua 23 a primește 0,45 gr. novarseno-benzol. Ziua 24-a. 2 cmc de bismut. Ziua 27-a 0,60 gr. novarseno-benzol și în ziua 28-a iar 2 cmc. de bismut. Ziua 32-a 0,60 gr. de novarseno-benzol și are ușoare dureri de cap. În ziua 34-a primește iar 2 cmc. de bismut, în ziua 36-a 0,60 gr. de novarseno-benzol, în 37-a iar 2 cmc. de bismut. În total a prmit 4,50 gr. novarseno-benzol și 8 inj. de bismut. După aceia părăsește clinica și gangrena lui e vindecată.

Concluziuni.

1. Gangrena penisului poate fi produsă de cauze fizico-chimice și microbiene.
2. Agentul patogen microbial nu se cunoaște cu precizie.
3. Gangrena penisului aproape totdeauna e umedă și numai în cazuri foarte rare e uscată.
4. Gangrena penisului uneori se delimitează dela început, alteori se extinde progresiv și ia caracterul fagedenic.
5. Gangrena penisului poate fi asociată cu fenomene generale grave și uneori se termină chiar cu moarte.
6. Pentru a stabili diagnosticul precis, trebuie examinați toți factorii, cari pot produce sau favoriza gangrena.
7. Diagnosticul clinic trebuie completat cu diagnosticul bacteriologic, din considerațiuni terapeutice.
8. Diagnosticul trebuie să fie precoce pentru a preveni destrucții mari și uneori chiar moartea.
9. Tratamentul gangrenei trebuie să fie local și general (dacă e posibil specific).
10. Tratamentul trebuie aplicat cât mai precoce. Tratamentul preventiv cu arsenobenzoli în cazuri fimotice și parafimotice are o valoare sigură și neprețuită.
11. Tratamentul curativ aplicat la timp, oprește procesul, pe când întârzierea lui poate provoca moartea.
12. Gangrene locale sunt relativ ușor influențabile, pe când gangrena fulgerătoare spontană, cu toată perseverența terapeutică, în majoritatea cazurilor se termină cu moarte.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății :

(ss) Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele tezei :

(ss) Prof. Dr. V. BOLOGA

Bibliografie.

- Darier, Sabourau, Gourget, Miliam, Rautier, Ravaut, Sezary, Clement Simon*: Nuvelle Practique Dermatologique. Vol. IV. pag. 2, 610. Paris 1936.
- E. Forgue*: Precis de Pathologie Externe. Vol. I. pag. 184. Paris 1935.
- Belot, P. Chevallier, J. Gaté, P. Joulia Marcel, Pinard, F. Ramel, A. Touraine, R. J. Weissenbach*: Traite de Dermatologie clinique et Therapeutique. Tom. II. pag. 584, 587. Paris 1938.
- Dudumi*: Un caz de șancru sifilitic gangrenos, pag. 3. București 1903.
- Șvarțenberg Manase*: Gangrena tegumentelor organelor genitale externe bărbătești. Teză, pag. 8, 13, 15, 17, 19, 20.
- V. Cimoca*: Formular terapeutic. Vol. II. pag. 9, 11. Cluj 1934.
- V. Cimoca*: Gangrena organelor genitale. Clujul Medical, an. 1932, No. 2. pag. 39.
- V. Drăgoiescu, A. Dobrescu*: Dermatita liveoidă Nicolau și gangrena glandului în urma unei injecții de iodo-bismutat de chinină. Mișcarea Medicală Română an. 1939, an. XII. No. 11—12, pag. 671.
- Vereanu I. Dimitrie*: Gangrena scrotului. pag. 11, 13, 14, Teză, București 1935.
- Vasilie Mihail Eugeniu*: Contribuțiuni la studiul gangrenei supraacută a organelor genitale la bărbați. Pag. 10, 23, 27. Teză, București 1928.