

8578

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 525.

TRATAMENTUL ABORTIV AL BLENORAGIEI LA BĂRBAT



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 10 APR. 1930

DE

MEDVE ANDREI
FOST EXTERN AL CLINICELOR





* 4 4 0 0 0 3 1 9 0 *

Biblioteca UMFST

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

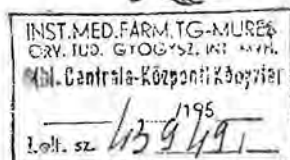
No. 525.

TRATAMENTUL ABORTIV AL BLENORAGIEI LA BĂRBAT



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 10 APR. 1930
DE

MEDVE ANDREI
FOST EXTERN AL CLINICELOR



29 MAY 1930

TIPOGRAFIA ALBERT, CLUJ, CALEA VICTORIEI No. 7.

1930

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-I. Prof. I. DRĂGOIU.

Profesori :

Bacteriologie (agr.)	DI Dr. Baroni V.
Patologia generală și experimentală	" " Botez A. M.
Istologia și Embriologia umană	" " Drăgoiu I.
Clinica Infantilă	" " Gane T.
Semiologie medicală (agr.)	" " Goia I.
Clinica Ginecologică și Obstericală	" " Grigoriu C.
Istoria Medicinii	" " Guiart I.
Clinica Medicală	" " Hațieganu I.
Clinica Chirurgicală }	" "
Medicină operatorie }	" " Iacobovici
Farmacologie și Farmacognozie	" " Martinescu G.
Clinica Oftalmologică	" " Mihail D.
Clinica Neurologică	" " Minea I.
Medicină Legală	" " Minovici N.
Igienă și Igienă socială	" " Moldovan I.
Radiologie Medicală	" " Negru D.
Fiziologie umană	" " Nițescu I.
Farmacie chimică și galenică	" " Pamfil G.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Papilian V.
Clinica Oto-Rino-Laringologică }	" "
Clinica Stomatologică suplin. }	" " Prdescu-Rion I.
Clinica Dermato-Venerică	" " Tătaru C.
Clinica căilor urinare (agr.)	" " Țeposu E.
Chimie biologică	" " Thomas P.
Clinica Psihiatrică	" " Urechie C.
Anatomie Patologică	" " Vasiliu Titu

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : D-nul Prof. Dr. C. Tătar.

Membri : { D-nul Prof. Dr. Baroni V.
 D-nul Prof. Dr. Botez M.
 D-nul Prof. Dr. Grigoriu C.
 D-nul Prof. Dr. Țeposu E.

Supleant : D-I Docent Dr. Konrádi D.

Blenoragia

Blenoragia este o boală infecțioasă și contagioasă localizată de obicei la căile genito-urinare și este cauzată de un agent microbial specific: gonococul descoperit de Neisser în 1879. Ea se poate transmite de la om la om în imensa majoritate a cazurilor prin raport sexual, iar contagiunea prin contact indirect (mâni murdare, rufe, instrumente nesterilizate etc.) este mult mai rară și e mai frecventă în localizările extragenitale ale blenoragiei (mucoasa conjunctivei, oculare, nasală, bucală etc.) Câteodată blenoragia poate lua și forma unei septicemii generalizate.

Gonococul

Gonococul este agentul cauzal al blenoragiei mucoaselor cât și a infecției generale blenoragice.

El se prezintă sub forma unui diplococ format din două grăunte reniforme sau cum este clasic de a le compăra ca „boabe de cafea” așezate în fața prin suprafața lor concavă.

În puroiul blenoragic el se prezintă în grămezi într'un număr mai mult sau mai puțin însemnat. În faza cu totul incipientă (perioada sero-mucoasă) a blenoragiei, el se află extracelular între celulele de puroiu, deasemenea și în perioada de declin al acestei afecțiuni. În marea majoritate a cazurilor însă în cursul blenoragiei confirmate în perioada de stare, gonococul se află întracelular în interiorul leucocitelor din puroiul blenoragic.

Punerea lui în evidență este foarte ușoară în cursul blenoragiei acute din secreția uretrală, ea întâmpină însă multe greutăți în cursul blenoragiei cronice și mai ales în

formele cu scurgere minimală sau latente, când trebuiesc căutate toate proprietățile biologice pentru a-l identifica și a-l diferenția de alți microbi cari prezintă o mare asemănare morfologică cu gonococul (Meningococ, micrococcus catarrhalis etc.)

Gonococul se colorează foarte ușor cu toate culorile de anilină. Colorantul lui preferat în cazuri simple (acute) este albastrul de methylen în soluție alcoolică iar în cazuri dubioase colorația prin metoda Gram tranșează diagnosticul, gonococul fiind Gram-negativ spre deosebire de ceilalți diplococi cu care s'ar putea confunda însă cari sunt Gram-pozitivi, iar dela micrococcus catarrhalis care deosemena este Gram-negativ se deosebește prin situația lui întracelulară ca una din proprietățile caracteristice a gonococului, pe când micrococcus catarrhalis ne producând supurația, nu este fagocitat și deci nu se află înglobat în lencocite, ci se află între celule de puroiu. Situația întracelulară a gonococului se referă numai la leucocite polinucleare; el nu se află niciodată în interiorul celulelor epiteliale desquamate ale mucoasei uretrale.

Proprietățile biologice ale gonococului

Gonococul este un aerob strict. El trăește între temperaturile 22-40°C.; temperatura lui optimă de dezvoltare fiind 37°C. Sub temperatura de 22°C îi scade vitalitatea repede și se distruge. Deasemenea temperatura peste 40°C îl distruge. De aci influență binefăcătoare a bolilor cu 40-41°C temperatura intercurrente în cursul blenoragiei. Pe aceasta proprietate a gonococului se bazează și o metodă de tratament al blenoragiei (Proteino-therapie).

Vitalitatea gonococului în mediu exterior e foarte slabă indiferent dacă el provine din culturi artificiale sau din puroiul blenoragie. Acesta din urmă la temperatură de 0°C sau chiar la temperatura ambiantă devine steril în 24 ore. Gonococul rezisă puțin desicării. Expus la aer moare în câteva ore. Umiditatea are tot o acțiune nocivă asupra lui scăzându-i vitalitatea.

Faptul amintit mai sus că gonococul expus la aer

moare în câteva ore, explică cum rezultatele de cultură rămân negative când însemnarea se face cu câteva ore mai târziu de recoltare.

Gonococul se cultivă foarte cu greu în medii artificiale și exigă medii speciale pentru păstrarea și înmulțirea lui (bouillonascită-agar cu sânge etc.) În culturi de asemenea prezintă o vitabilitate scăzută. Nu se poate păstra decât cu condiția de a-l ține permanent la 37° C în etuvă. În medii artificiale nici așa nu trăește mai mult de 3-4 săptămâni. Dacă se lasă o zi la temperatura laboratorului, se distruge. Gonococul e foarte sensibil față de antiseptice, chiar și de cele slabe. Sublimatul, sărurile de Argint solubile, protargolul 1% îl omoare în 5 minute. De asemenea e foarte sensibil față de hipermanganat de potasiu chiar și în soluții foarte diluate. Unii autori (Guiard) atribuă o acțiune specifică hipermanganatului de potasiu față de gonococ.

Serul antigonococic obținut prin injectarea unei culturi de gonococi omorâți prin căldură — la animale prezintă caracterele serurilor specifice; aglutinează gonococii chiar și microscopic, conține precipitine și un sensibilizator prin ajutorul cărora se poate diferenția gonococul de meningococ și micrococcus catarrhalis- (Reacția de fixare a complementului.)

Considerațiuni anatomopatologice referitor la alterațiunile mucoasei uretrale produse de infecțiunea gonococică

Infecțiunea gonococică se produce prin faptul că în timpul coitului în mod mecanic puroiul blenoragic ajunge în fosa naviculară. Deși acest puroiu este spălat în mare parte prin ejaculare, totuși rămâne atâta cât e suficient de-a produce infecțiunea gonococică.

Timput de incubatie adică timput ce se petrece dela pătrunderea gonococului în fosa naviculară până la apariția manifestațiunilor clinice la infecția gonococică este în termen mediu 3-5 zile. Mai rar s'a văzut cazuri cu incubatie foarte scurtă 24-36 ore și contrar cazuri cu incubatie mai lungă de câteva săptămâni sau chiar luni.

Când gonococul astfel ajuns în uretra s'a fixat pe un oarecare punct al mucoasei fosei naviculare, el se extinde atât în suprafața epiteliului cât și — însă ceva mai târziu — în profunzimea mucoasei uretrale, dacă nu se înstitue tratamentul în mod precoce.

Procesul blenoragic început în fosa naviculară se întinde dinainte înapoi mai mult sau mai puțin departe după virulență microbului, după predispoziția bolnavului și mai ales în funcție de tratamentul înstituit. Extinderea în suprafața a procesului blenoragic de obicei se oprește la nivelul sfincterului extern al uretrei, rămânând localizat în uretra anterioară luând o evoluție după împrejurări spre vindecare sau trecând la cronicitate. În alte cazuri — și acesta se întâmplă cam în 60-70% a cazurilor (Finger, Jadasshon) trecând peste acest sfincter, interesează și uretra posterioară. Uretrita blenoragică totală. Acesta este totdeauna mai grav din cauza complicațiilor multiple la care poate da naștere: (Prostatita, veziculita, cistita, pielo-nefrita etc.)

Mai târziu după un timp care variază între 1-3 zile după autori și în care timp nu se produce nici un simptom funcțional gonococul pătrunde în profunzimea mucoasei.

Se știe că mucoasa uretrală are la nivelul fosei naviculare un epiteliu pavimentos, iar în rest e acoperită cu epiteliu cilindric. Acest fapt anatomic își are importanța lui în evoluția blenoragiei. Într'adevăr s'a constatat de către Finger că pătrunderea în profunzime a gonocolului se face mai ușor pe un epiteliu cilindric decât pe unul pavimentos. Bun a pretins chiar că gonocolul nu poate pătrunde de loc în epiteliu pavimentos în profunzime, însă experiențele lui Jadasshon, Touton Dinkler și altor autori au combătut aceasta concepție.

Fapt este însă că epiteliul pavimentos opune o mai mare rezistență pătrunderii microbului decât cel cilindric, care favorizează evoluția blenoragiei.

Aceasta observație a lui Finger explică clar unele particularități clinice observate în cursul blenoragiei.

Într'adevăr se observă că pe o uretră virgină de orice infecțiune anterioară și care are un epiteliu cilindric intact

pătrunderea gonococului în profunzime fiind mult mai ușoară, extinderea procesului blenoragic în profunzime se face mult mai repede ca pe una care a fost deja odată sau de mai multeori atinsă de blenoragie.

Aceasta explică încă de ce spălăturile înstituite precoce pentru abortarea blenoragiei nu reușesc decât foarte rar atunci când e vorba de o uretră cu una sau mai multe infecțiuni gonococice anterioare, în cursul cărora epiteliul cilindric a suferit o metaplasie devenind pavimentos în punctele cari au fost focarele blenoragiei anterioare, aceasta metaplasie reprezintă o barieră deși nu absolută în contra pătrunderii gonococului în profunzime și dă o mai mare șansă de reușită a unui tratament abortiv instituit precoce și bine condus.

Aceasta metaplasie se petrece în modul următor. În stadiul de regresie a blenoragiei gonococii dispar, secreția se clarifică, își pierde caracterul purulent, devine sero-mucoasă clară, fenomenele inflamatorii se reduc. Edemul și hiperemia dispăre, infiltrația subepitelială se resorbă iar epiteliul se regenerează.

După Oberländer, Kollmann și Wossidlo aceasta regenerare se face prin celule epiteliale pavimentoase ale căror proveniență Cederkreutz explică prin extinderea insulelor epiteliale pavimentoase din viața embrionară sub influența gonococului. Rost în schimb susține că e vorba de o metaplasie adevărată a celulelor epiteliale cilindrice în celule pavimentoase, prin turburarea de nutriție a acestor celule de către toxina gonococului și procesul inflamator.

După Jadasshon aceasta metaplasie a mucoasei ar fi numai trecătoare și după dispariția definitivă a gonococului, epiteliul revine în starea lui fiziologică normală adică cilindric dar și acest epiteliu cilindric nou format, ca și cel pavimentos, prezintă o oarecare rezistență locală fața de gonococi.

Când nu există aceasta barieră și câteodată chiar și cu existența acesteia gonococul cu virulență exagerată alunecă în spațiile între celulele superficiale în toate părțile unde găsește o rezistență diminuată și pătrunde astfel până la țesutul conjunctiv subepitelial unde l-au găsit deja a 3-a zi

Finger Ghon și Schlangenhauer la infecțiuni experimentate. Acest fapt nu poate fi fără importanță pentru tratament și mai ales pentru tratamentul abortiv dat fiind că acțiunea profundă a sărurilor de Argint atât de mult întrebuintate în tratamentul blenoragiei, este foarte îndoelnică după cum au arătat Schumacher, Jakobson și Langer.

În timp ce gonococul pătrunde în profunzime, se produce o reacție intensă din partea uretrei care se traduce prin o înfiemăție datorită apărării organismului ca întotdeauna când se introduce în interiorul organismului un agent patogen străin și se manifestă prin o diapedeză intensă. Leucocitele ies în abundență prin pereții vaselor și se aduce la întâmpinarea gonococului. Din lupta între aceste două elemente rezultă scurgerea blenoragică.

Scurgerea blenoragică prezintă două perioade: una sero-mucoasă și una purulentă.

În primul stadiu sero-mucos buzele meatului prezintă o ușoară roșeață, sunt lipite una de cealaltă și la presiune sau câteodată și spontan se scurge o secreție seroasă în cantitate mică. La examenul microscopic al acestei secreții celulele epiteliale desquamate foarte numeroase, lencocite în număr mic, fibre fibrinoase și o cantitate de gonococi în mare parte extracelular. La examenul urinei filamente în primul pahar, urina de altfel e clară atât în primul pahar cât și în al doilea și filamentele plutesc în interiorul și suprafața urinei.

Acest stadiu în 1-3 zile trece în stadiul purulent. Lupta între gonococi și lencocite se angajează chiar în sânul mucoasei. Deoparte stau gonococii pătrunzând în profunzimea mucoasei uretrale, pe de altă parte lencocitele extravazate în ofenzivă contra gonococului.

Lencocitele înglobează în protoplasma lor gonococii, însă mor și ele în luptă și cadavrele lor pline de gonococi sunt duse către suprafața mucoasei și cad în lumenul uretrei ceace dă puroiul dela nivelul meatului.

Epiteliul mucoasei constituie deci un adevărat câmp de luptă ceace explică și leziunile considerabile ce le prezintă. Alterat de pătrunderea gonococului dinafară înăuntru mai este

maltratată și de ieșirea leucocitelor dinăuntru înafară prin interstițiile epiteliale. Epiteliul astfel traumatizat suferă degenerescență mucoasă, se decolează și în diferite puncte dispar, complet lăsând mucoasă descoperită.

Imediat după această mucoasa se umplă sub influența inflamației acute cu celule embrionare. Deseori aceasta infiltrație se limitează la straturile superficiale a mucoasei altădată interesează toată grosimea ei. În acest ultim caz mucoasa îngroșată, rugoasă și și pierde elasticitatea, sângerează ușor. Deseori inflamația pătrunde și mai profund. Tesutul conjunctiv submucos se umplă cu o infiltrație foarte abondantă de celule de puroiu care merg până la corpii cavernoși și se pot găsi chiar și între trabeculele lor. Cavitățile corpilor cavernoase umplă producându-se o infiltrație foarte abondantă și acolo.

Arterele prezintă endo-și peri-arterite, venele sunt atinse de flebită. Capilarele sunt foarte dilatate iar lumenul lor umplut cu leucocite polinucleare. Vasele limfatice sunt deasemenea interesate de procesul inflamator prezintă limfangite. Ganglionii limfatici sunt umflați, devin dureroși și chiar supurează câteodată.

Formațiunile glandulare ale mucoasei: glandele lui Littre și lacunele lui Morgagni iau parte și ele în procesul inflamator și acest fapt prezintă o deosebită importanță pentru uretrita cronică.

Prezența gonococului în glandele lui Littre și lacunele lui Morgagni determină o umflare intensă a întregului acest aparat glandular și o proeminență crateriformă a deschizăturii lor.

Epiteliul canalelor excretoare ale glandelor lui Littre se desquamează în parte la început, apoi e acoperit cu leucocite, iar mai târziu devine sediul unei proliferațiuni epiteliale foarte bogate în timp ce peretele lor se îngroșă și se produce și o infiltrație cu celule embrionare. Apoi se înstalează extensiunea inflamației în corpurile cavernoase în jurul glandelor.

Glandele înfecțate pot să se sclerozeze ca terminația procesului. Procesul de sclerozare le atrofiează sau corpii

glandulari se transformă în chiste prin obliterarea canalelor excretoare. Mai rar glandele lui Littre produc abcese periuretrale cu fistule consecutive.

Puroiul blenoragic este gros, galben verzui caracteristic, care lasă urme caracteristice pe rufe. Această pată prezintă în partea mijlocie o zonă de puroiu gros, iar marginile peiei reprezintă o secreție seroasă și sunt mai clare.

Secreția purulentă e mai abondantă dimineața din cauza că bolnavul în timpul zilei își spală deseori uretra prin micțiuni pe când noaptea urinează rar sau de loc și secreția se acumulează.

Cantitatea de puroiu e în raport direct cu lungimea uretrei infectate. Gonococii în puroiu nu se găsesc niciodată în interiorul lencocitelor epiteliale ci numai în interiorul leucocitelor care în înglobează în cantitate enormă. Oeltze, Reinholdt, și Meta au găsit 122 gonococi înglobat într-o singură celulă polinucleară.

După Finger, Ghon și Schlangenhauer gonococii se pot găsi în:

1. Puroiul mucoasei liber și mai ales întraleucocitar.
2. În lacunele lui Morgagni la fel liber în grămezi ca și în interiorul lencocitelor.
3. În interstițiale dintre celulele epiteliale cilindrice tot liber și întraleucocitar. La nivelul fosei naviculare din cauza epiteliului pavimentos se găsesc numai la suprafața acestuia, în interstiiții nu.
4. Între celulele epiteliale ale lacunelor lui Morgagni.
5. Între celulele epiteliale ale canalelor excretoare ale glandelor lui Littre precum și în interiorul acinilor glandulari însă tot numai întraleucocitar.
6. Între fibrele țesutului conjunctiv subepitelial și aci liber și întraleucocitar.

Perioada sero-mucoasă a blenoragiei. Pentru tratamentul abortiv al blenoragiei are importanță numai perioada ei seroasă ce durează 12-24 ore, maximum 3. zile.

Simplomatologi aclinică și alterațiunile anatomo-patologice. După o incubajie de 3-5 zile în medie se prezintă următoarele simptome:

1. *Simptome generale*: ușoară depresiune fizică sau morală, abateri, înțepeli, cefalee rareori ușoară ridicare de temperatură. În majoritatea cazurilor aceste simptome generale sunt puțin exprimate și pot lipsi chiar complet.

2. *Simptome subiective*: (funcționale) Primul simptom e o senzație de gâdălitură, ușoară mâncărime, pișcătură ușoară și instantanee ca și aceea produsă de o muscă ce se așează brusc pe piele (Diday) În același timp survin iritațiuni, erecțiuni frecvente care îndeamnă bolnavul la un nou contact sexual, eventual survin poluțiuni nocturne.

3. *Simptome obiective*: (locale): buzele meatului sunt roșii edemate și aglutinate de o mică secreție sero-mucoasă, vâscoasă, cleioasă, ușor colorată în griș care se formează între două micțiuni, iar urinarea e ușor dureroasă. La examenul microscopic al secreției sero-mucoase se găsesc celulele epiteliale pavimentoase se poligonale număruse ale meatului leucocite polinucleare în număr redus, fibre fibrinoase și o cantitate oarecare de gonococi în mare parte extracelular.

Dacă punem bolnavul să urineze în mai multe pahare, urina este clară în toate paharele însă în primul pahar ea prezintă câteva filamente groase care plutesc în interiorul urinei.

La examenul microscopic al acestor filamente găsim același elemente ca și la examenul secreției sero-mucoase; epiteliale multe, polinucleare puține fibre fibrinoase și gonococi extracelulari între celulele de puroiu.

Diagnosticul blenoragic al blenoragiei în faza sero-mucoasă. Acest diagnostic este absolut indispensabil în toate cazurile spre a putea confirma indiscutabil natura uretritei.

Trei momente sunt determinante pentru identificarea gonococului.

1. Diplococ în forme de boabe de cafea și așezarea lui în grămezi;

2. Gram-negativitatea și

3. Situația lui extra și întracelulară.

Într'un caz dat unde după un timp de incubație tipică (3-5 zile) apare o secreție uretrală întovărășită sau nu de fenomene subiective și un preparat microscopic făcut din

ăceasta secreție și colorat cu albastru de methylen arată prezența unui mare număr de diplococi tipici extracelulari în faza sero-mucoasă a scurgerii intracelulari în perioada purulentă — în practica diagnosticul poate fi confirmat.

În toate cazurile însă unde nu găsim aceste forme tipice și există orice îndoială colorația Gram este absolut indispensabilă spre a elimina diplococii Gram-positivi. De ceilalți diplococi Gram-negativi cum este *Micrococcus catarrhalis* îl deosebește situația intracelulară a gonococului și extracelulară a primului care fiind saprofit, nu produce supurație și nu este fagocitat.

Tratamentul abortiv a blenoragiei

Tratamentul blenoragiei trebuie condus după leziunile anatomo-patologice,

Scopul tratamentului blenoragiei este nimicirea cât mai rapidă a gonococului ori unde s'ar afla fără a cauza vre'o stricăciune țesuturilor bolnave sau a organismului întreg.

Or după cum am văzut în capitolul considerațiilor anatomo-patologice, în primele ore, după unii autori până la a 3-zi a scurgerii, gonococul este situat superficial pe suprafața mucoasei.

În acest stadiu se poate încerca abortarea blenoragiei.

Condițiunile în care tratamentul abortiv se poate aplica sunt următoarele:

1. Să nu treacă mai mult de 3 zile dela începutul scurgerii,

2. Scurgerea să fie numai sero-mucoasă și nu purulentă.

3. Să lipească fenomenele subiective.

4. Fenomenele inflamatorii să fie reduse la minimum.

5. Urina să nu fie tulbură și să nu prezinte decât filamente în primul pahar.

6. Examenul microscopic să ne arată celulele epiteliale multe, polinucleare puține și gonococi extracelulari,

Prin tratamentul abortiv se înțelege o metodă de tratament prin care încercăm nimicirea gonococului prin mijloace mecanice sau bacteriale de pe suprafața epitelului mucoasei uretrale în așa fel încât țesuturile subepiteliale să fie scutite

de infecție și reacția inflamatorie a organismului să lipsească.

Însă scurgerea, supurația este salutară și e un proces natural ce duce la vindecare (Luys) deci: Tratamentul blenorogiei confirmate nu trebuie să se fiinde nici odată la suprimarea radicală și cu o singură lovitură a agentului patogen. Din contra trebuie ajutat și favorizat decurgerea vindecării naturale și nu împiedecat (Luys).

Importanța tratamentului abortiv este dată de neplăcerile cauzate de evoluția și complicațiunile blenorogiei. Marele serviciu ce-l aduce abortarea blenorogiei este de a preveni aceste complicațiuni atât imediate, cât și cele tardive, scutind astfel bolnavul de un lung șireag de suferință.

A obține o vindecare radicală în câteva zile, înseamnă pe lângă suprimarea unei indispoziții genante și demoralizante momentane — de a preveni complicațiunile locale și generale, de a pune canalul uretral la-adăpost de stricturile ulterioare, de a reda bolnavul imediat ocupațiunilor sale obișnuite de a-i reda posibilitatea unei vieți genitale normale fără niciun un pericol nici pentru el, nici pentru alte persoane — deci a aduce bolnavului un serviciu înapreciabil.

Ca să ajungem la un rezultat bun prin aplicarea tratamentului abortiv, se cere o colaborare foarte strânsă între medic și bolnav.

Prima condiția — și aceasta este condiția sine qua non — ca bolnavii să se prezintă la consultație în perioada sero-mucoasă a blenoragiei, deci în primele 3 zile ale scurgerii — tratamentul abortiv putând fi aplicat numai în acest stadiu și acest punct este tocmai punctul cel mai slab al chestiunii.

Bolnavii de obicei nu cred sau nu-și dau seama că s'au infectat de blenoragie, numai atunci când fenomenele inflamatorii acute sunt deja accentuate, scurgerea purulentă și abodontă; într'un cuvânt când tratamentul abortiv nu numai că nu este eficace, ci chiar este contraindicat, dând complicațiuni dacă-l forțăm.

Acest optimism al bolnavilor se bazează pe diferite împrejurări. Odată bolnavii din cauza lipsei lor de educație sexuale sunt ignoranți. Ei nu-și dau seama de scurgerea lor

minimale și dacă da, nu i iau importanța cuvenită decât târziu.

Altădata cauza reprezentării la timp la medic scurgere gonoroică este neglijența îndiferentă foarte condamnată ce se observă din partea unora din bolnavi, cari nu-și caută de tratament decât când boala înaintată prin simptomele ei subiective penibile îi face incapabili de a persista în neglijența lor.

În fine în foarte multe cazuri cauza optimismului nefast este o credință eronată. De câteori se întâmplă ca să auzim dela bolnavi cu scurgere uretrală din care am pus în evidență gonococii cu cealță și spunându-le că suferi de blenoragie — cum ne ripostează câteodă'ă chiar cu indignare: „Asta nu se poata domnule doctor!„ „Femeia cu care am avut contact e sănătoasă! Vă garantez eu!!„ Am avut raporturi de luni de zile cu dânsa și nu n'am infectat, deci nu se poate nici acum!“ „Femeea, aceea e cinstită“ etc.

Ori medicul nu poate pune nici un preț în aceste argumente sentimentale sau de domeniul fantaziei. El se bazează pe realitate — chiar dacă aceasta e crudă pentru bolnav — și diagnosticul blenoragiei se împune prin evidențierea bacteriologică a gonococului din secreția uretrală. El știe că: Orice contact extraconjugal — întovărășit sau nu de sentimente — trebuie considerat ca suspect (Cimoca). La acesta trebuie să mai adaug spre a fi complet ca aceasta nu exclude suspiciunea raportului conjugal în cazuri date, cunoscând injecțiunile îndirecte prin intermediul persoanei a treia. . . .

Toate acestea în definitiv sunt datorite lipsei de educație sexuală a tinărelului. Copilul de eri, ajuns în perioada vieții genitale fără să-și dea seama de pericolele ce-le înconjoară și este lăsat pe seama soare capricioase, care rareori lasă aceasta lipsă de educație nepedepsită.

Aci ar fi deci rolul mare și atât de des îndițat al societății și a propagandei igienice de a arăta tinăratului realitatea vieții genitale, pericolele ei, importanța profilaxiei și a tratamen'ului — în cazul nostru special — dat fiind subiectul lucrării — prin evidențierea importanței și marilor avan-

tajii a tratamentului abortiv față de durata lungă și complicațiunile atât de neplăcute ale blenoragiei confirmate — îndemnarea lor de a se arăta medicului îndată ce observă o cât de mică secreție uretrală, întovărășită sau nu de fenomene subiective.

Iar odată tratamentul început; bolnavul trebuie să urmeze cu cea mai mare regularitate tratamentul, prezentându-se exact la orele indicate de medic, pentru că spălăturile trebuie să reînnoie.

Metodele de tratament abortiv

Ca tratament abortiv au fost preconizate o serie întreagă de metode. Vom cerceta pe rând următoarele:

1. Injecțiuni intrauretrale;
2. Spălături largi uretro-verticale;
2. Pansamente intrauretrale;
4. Periajul uretrei;
5. Medicațiunile balsamice.

1. Injecțiuni intrauretrale

Numeroase substanțe au fost preconizate pentru abortarea blenoragiei prin injecțiuni intrauretrale. Intre ele un prim loc ocupă sărurile de Argint. Principalele sunt următoarele:

Nitrat de argint. Deja de un secol și mai mult s'a încercat abortarea blenoragiei prin injecțiuni intrauretrale de $\text{NO}^3 \text{Ag}$.

Principiul partizanilor metodei a fost aplicarea în primele 1-3 zile ale infecțiunii acestor injecțiuni. În ceea ce privește concentrația soluției de $\text{NO}^3 \text{Ag}$, precum și modul de injectare, autorii sunt de diferite păreri.

Diday: a întrebuițat soluție de 1-5 ‰, câteodată chiar concentrație mai mare 1:4 (metoda zisă „ultraabortivă“ a lui Diday) și pretinde că a obținut vindecare în 60 ‰ a cazurilor.

Delefosse: face înstilațiuni cu o soluție de $\text{NO}^3 \text{Ag}$ 2 ‰ ce le repetă tot la 2 zile odată și pacă după 3-5 înstilațiuni a mai găsit gonococi, a abandonat aceasta metodă.

A obținut vindecare completă în 14 zile în majoritatea cazurilor.

Pantoppidan: a imaginat o metodă interesantă. El a pus după micțiune câteva picuri din o soluție de nitrat de argint 2% în fosa naviculară. Din 100 de cazuri tratate astfel, el a obținut vindecare în $\frac{1}{3}$ a cazurilor, iar cazurile celelalte le-a tratat mai departe curativ vindecându-le ușor.

Ullmann: a întrebuințat 3-5 gr. din o soluție de Nitrat de argint 2% injectând până la o profunziune de 3-5 cm. și lasă să acționeze 2 minute. Afirmă, că a obținut rezultate satisfăcătoare.

Ricord și Welander: au întrebuințat o soluție de nitrat 1-2% făcând două injecțiuni pe zi lăsând soluția să acționeze câte 3-6 minute. Acest tratament se continuă 4-5 zile. Însă dacă a 2-a—3-a zi nu se observă ameliorare, tratamentul trebuie suspendat, fiindcă dă foarte des complicațiuni și se agravează blenoragia.

Felekí: introduce un lub uretoscopic până la nivelul bulbului și retragând apoi tubul încetul cu încetul, face pensulări ale uretrei cu o mică pensulă introdusă în interiorul tubului uretoscopic și înmuiată într'o soluție de nitrat de argint 5%. El afirmă, că acest tratament aplicat chiar la debutul infecțiunii, o singură pensulare a fost suficientă pentru vindecare completă.

Dacă se aplică mai tardiv (a 2-a—3-a zi max.) pensularea trebuie repetată la 2-3 zile. Pretinde că vindecă cu această metodă blenoragia în 9 zile.

Engelberth: din Copenhaga face o spălătură mare a uretrei anterioare cu 500 gr. din o soluție de nitrat de argint 1:400—1:200 călduță la 37° C. Total face 4 spălături. Prima cu ocazia primei consultații, a doua cu 6-12 ore mai târziu, iar pe celelalte două la intervale de 10-20 ore, așa fel, încât în 48 ore termină tratamentul. Cu acest tratament Engelberth ar fi obținut rezultate excelente în 85% a cazurilor. Bine înțeles că numai la cazurile unde a aplicat tratamentul în primele 3 zile ale scurgerii.

Dr. Melun: din București, partizan al tratamentului abortiv al blenoragiei cu nitrat de argint, reproșează metodei

lui Engelberth posibilitatea introducerii unei cantități din soluția de nitrat de argint în vezică, care în această concentrație poate leza mucoasa vezicală.

Pentru a înlătura acest inconvenient, Drul Melun construiește tuburi metalice drepte traversate de un mare număr de găuri mici la una din extremitățile, putându-se adopta ușor o seringă la cealaltă extremitate. Tuburile au un calibrul No. 24-26 din scara Chariere și sunt destinate de a netezi plicele mucoasei uretrale, putându-se cauteriza mai ușor în felul acesta.

Metoda Drului Melun: după urinarea prealabilă, a bolnavului el face o spălătură a uretrei anterioara cu apă destilată spre a obține apoi maximum de efect al soluțiunii de nitrat de Argint. Apoi introduce un tub construit în felul descris mai sus și adoptând siringa la tub injectează în uretra anterioară o soluție de nitrat de argint 20-33 ‰. După această injecție bolnavul acuză dureri vii, urmate de o secreție foarte abundentă. După 12-24 ore face o a doua injecție însă cu o soluție relativ mai puțin concentrată 10-20‰. După acest tratament blenoragia se vindecă după autor.

Metoda aceasta fiind dureroasă, Dr. Melun insistă de a obține consimțământul prealabil a bolnavului pentru a fi supus acestui tratament.

(Revue pratique de maladies des organes genito-urinaires. Lille 1 Septembrie 1904 p. 213).

Finger și Jadasshon n'au obținut rezultate prin spălături cu nitrat de argint.

În general rezultatele obținute prin injecțiuni cu nitrat de argint sunt slabe. Reacția imediată e penibilă, câteodată produce recrudescența fenomenelor inflamatorii locale, dă deseori complicații (uretroragie, abces periuretral prostatită). Toate aceste considerațiuni fac ca metoda injecțiilor cu nitrat de argint să fie puțin de recomandat chiar și în cazuri foarte recente a scurgerii.

Protargol

Protargolul încă este o substanță foarte des întrebuințată în tratamentul abortiv al blenoragiei.

Ahlström întrebuițează o soluție de protargol 2-4 % din care el injectează 5-10 gr. de două ori la zi timp de 4-5 zile. După acest timp scade concentrația la 1-2 % și lasă soluția 10-15 minute în uretra totdeauna. Din 100 cazuri el a obținut rezultate în 87 %, eșec numai în 13 cazuri, iar complicațiuni ca uretrita posterioară prostatică, epididimită, stricturi în 8 cazuri.

Bettmann întrebuițează următoarea soluție:

Rp. Protargol 100 gr.

Apă dest. 450 gr.

Glicerină qu. sat. pentru 100.00 gr.

El aplică aceasta soluție cu o pensulă pe mucoasă uretrală grație unei instrumentațiuni speciale. Aceasta este o operație delicată și nu poate fi făcută decât de medic. Glicerina adăugată soluției face ca aceasta să penetreze mai ușor în profunziunea mucoasei uretrale.

Bierhoff face spălături combinate cu injecțiuni de protargol.

Prima zi o spălătură cu 450 cm³ din o soluție de protargol 1/2 %. Cu 4 ore mai târziu face o injecție de 8 cm³ din o soluție de protargol 1/2 % cu 15 % glicerină, lăsând injecția 10 minute în uretra. Această injecție o repetă tot la 4 ore în prima zi.

2-a zi: Examenul microscopic trebuie să fie negativ dacă tratamentul merge bine. Același tratament ca în prima zi.

3-a zi: Examenul microscopic să fie tot negativ. Spălătura cu 300 cm³ din o soluție de 1/4 % protargol. Bolnavul își face 3 injecții uretrale cu protargol 1/2 % cu 15 % glicerină.

4-a zi: Dacă nu găsim gonococi facem numai două injecții cu soluția de protargol de mai sus, dimineața și seara. Spălătura nu mai facem.

5-a zi: Nici un tratament. Proba cu bere. Examenul microscopic timp de o săptămână. După autor se obține vindecarea în 63 % a cazurilor.

Argonin

Argoninul a fost preconizat de Dr. Follen Cabot din

New-York. El aplică numai în cazuri recente de 36-48 ore a scurgerii în modul următor: Spală uretra anterioară cu apă caldă apoi introduce în ea o sondă moală prin care injectează o soluție de Argonin 10%. Scoate sonda, însă menține soluția în uretra timp de 5-10 minute strângând buzele me-alului. Apoi introduce o tijă curbă acoperită cu vată îmbibată în argonin 10% până la bulb, ștergând ușor toată uretrala retragând încet vata. Aceasta operație o mai repetă de două ori în cele două zile următoare cu soluții mai concentrate 20-30 % însă totdeauna recent preparată fiindcă aceasta sare de argint se alterează foarte repede în soluție.

Autorul pretinde că ar fi avut succese frumoase: 7 cazuri vindecate din 8 tratate și n'a observat nici o complicație nici momentană, nici tardivă.

Albargina

A fost recomandată de Blaschko și Fuchs în soluție de 2-3 % injectată în uretra anterioară timp de 4-5 zile

Wossidlo injectează o soluție de Albargină 1:30000 — 1:1000 — 4-6 ori la zi, menționând fiecare injecție timp de 5 minute în uretra, obținând rezultate bune.

2. Spălături largi uretro-vezicale.

Agenții destinați de a pune mucoasa uretrală într'o stare de receptivitate rea pentru gonococ în modul de a face microbului un mediu nefavorabil de înmulțire, sunt reprezentanți în mod principal de hipermanganat de potasiu și se întrebuițează sub forma de spălături mari uretro-vezicale.

Intemeiătorul metodei spălăturilor mari cu hipermanganat de potasiu este Janet. El cu Diday, Cloquet, Religuet, Bertholle și Lavaux fac spălături mari uretro-vezicale, pe când o altă serie de autori: Serre, Morgan, Durharm, Harrison, Thomas Windsor, Halstead, Reverdin etc. fac spălături mari numai a uretrei anterioare considerând că spălătura totală duce gonococul în uretra posterioară și vezică favorizând astfel întinderea procesului blenoragic. Guiord însă spune că chiar să fie așa că gonococul este dus înapoi, fiind vehicolul un lichid antiseptic — după el chiar specific

antigonococie — acesta este cu siguranță omorît și mediul fiind făcut nefavorabil pentru dezvoltarea gonococului—spălătura totală poate fi făcută fără nici un pericol în toate cazurile cu atât mai vârtos că nu putem ști exact niciodată până unde a ajuns gonococul îndărăt.

Principiile metodei lui Janet

1. Aplicarea spălăturilor mari numai în primele 3 zile după apariția scurgerii cu șanse bune da reușită, când nu există încă nici un fenomen dureros din partea micțiunii sau erecțiunii și mai ales nici o inflamație locală. În aceste condițiuni metoda aceasta pare că dă cele mai frumoase rezultate.

2. Dozele: Durata tratamentului este 10 zile în care dozele sunt reportizate după următoarele tablou făcut de Janet:

	8 dimineața	amiază	9 seara
1-a zi	U. A. 1:3000	U. A. 1:1000	U. A. 1:1000
2-a „	U. A. 1:3000	„	U. A. 1:4000
3-a „	2 U. 1:2000	„	2 U. 1:4000
4-a „	„	2 U. 1:2000	„
5-a „	„	„	2 U. 1:2000
6-a „	„	„	„
7-a „	„	2 U. 1:1000	„
8-a „	„	„	„
9-a „	„	„	„
10-a „	U. A. 1:1000	„	„

Guiard susține că aceste concentrațiuni date de Janet sunt prea tari și el nu întrebnițează decât soluțiuni diluate 1:100.00-1:8000.

Aparatul pentru spălătură constă din următoarele părți: 1. un rezervoar de 2 litri din sticlă, lemn sau cauciuc. 2. un tub de cauciuc lung de 2 metri. 3. O canulă de sticlă la capătul tubului de cauciuc cu capătul bont să nu pătrundă în fosa naviculară, care trebuie cel mai bine curățit de gonococi. Curentul de lichid este regulat de un robinet.

Technica: Bolnavul trebuie să urineze înainte de spălătură din următoarele motive.

1. Spre a examina urina

2. Spre a elimina secrețiunile patologice în mare parte reducând astfel pericolul propagării infecțiunii în uretra posterioară și vezică.
3. Spre a goli vezica ca să încape cât mai mult din hipermanganat de potasiu în ea.

Ceeace privește poziția bolnavului, el poate sta pe picioare, poate șede pe marginea unui scaun sau poate fi culcat. Oricare este poziția bolnavului, scopul este relaxarea mușchilor perineali și a sfincterului spre a ușura spălătura totală.

Spălătura

1. Spălarea uretrei anterioare e bine să se facă întâi separat în toate cazurile și se și face chiar și de cătră partizanii metodei spălăturilor uretro-vezicale pentru a preveni orice eventualitate. Pentru împiedecarea trecerii lichidului în uretra posterioară e bine să se recomandă bolnavului de a face ca și cum ar vrea să rețină micțiunea spre a contracta sfincterul. În cazuri când uretra prezintă o sensibilitate exagerată a mucoasei, este necesară cocainizarea acesteia prin o injecție sau insilație.

Pentru efectuarea spălăturii anterioare rezervorul trebuie să fie așezat la 50 cm. înălțime.

2 Spălarea uretrei posterioare și a vezicei. După efectuarea spălăturii anterioare, se ridică rezervorul la o înălțime de 150 cm. și se procedează la spălarea uretrei posterioare și a vezicei. Când lichidul de spălătură dă de rezistența sfincterului, care câte odată nu poate fi învinsă ușor, e bine să se recomande bolnavului de a face ca și cum ar urina, relaxând astfel sfincterul uretral și mușchii perineali.

Se injectează apoi lichidul încet până ce vezica se umplă, apoi se lasă bolnavul să urineze, ceeace nu poate face câte odată numai pe picioare. Astfel lichidul acționează și la intrare, și la ieșire. Punând degetul din când în când la meat, oprind astfel brusc scurgerea lichidului, acesta netezește plicele mucoasei, ajungând în toate criptele și diverticole astfel.

Dupăce bolnavul a urinat, se repetă spălătura astfel ca lichidul de spălătură să fie total 500 cm³

După spălătura cu metoda Janet, efectele imediate sunt:

1. Durere ce nu e permis să fie de o intensitate mare dacă spălătura s'a făcut în condiții ireproșabile și cu o tehnică bună.

2. Nevoia micțiunii sau chiar și a defecațiunii ce durează câte odată și 2 ore.

3. O secreție seroasă aproape totdeauna foarte abundantă, care se elimină și se oprește după câteva ore și este înlocuită cu reapariția scurgerii albe. Dacă însă scurgerea seroasă persistă câteva zile de a fi abundantă, tratamentul abortiv trebuie sistat și instituit tratamentul curativ obișnuit.

Acțiunea hipermanganatului de potasiu

După Janet acțiunea hipermanganatului de potasiu ar fi datorită nu atât proprietății sale antiseptice, fiindcă acesta în concentrația întrebuintată are o putere bactericidă mică, ci

a) măturatului din profunzime în suprafața a mucoasei prin secreție seroasă abundantă produsă de el;

b) mediului nefavorabil reprezentat de această secreție seroasă pentru gonococ.

Guiard susține din contra că hipermanganatul de potasiu e specific antigonococic și dacă sublimatul și nitratul de argint, care sunt antiseptice mai puternice ca hipermanganatul de potasiu și totuși au o acțiune antigonococică mai slabă, aceasta ar fi datorit

a) rezistenței gonococului față de ele și

b) iritației mucoasei de către ele și că reacția seroasă trebuie evitată cât e posibil, fiindcă aceasta este bună pentru gonococ și rea pentru bolnav. Deaceea el recomandă întrebuintarea soluțiunilor cu titlu m.s 1 : 10.000—1 : 8000 fără a mări concentrațiunea în cursul tratamentului, acesta făcând numai rău bolnavului.

Reușita tratamentului depinde și de blenoragie. Dacă e prima, șansele de reușită sunt reduse, daeă e a doua, epitelul mucoasei uretrale fiind transformat din cilindric în pavimentos, tratamentul instituit precoce și bine condus reușește aproape totdeauna.

Rezultatele:

Janet a obținut în majoritatea cazurilor vindecarea cu 10-12 injecțiuni, totuși pentru a ne asigura recomandă continuarea tratamentului 10 zile după tabloul reprodus de mai sus.

După Guiard tratamentul început în

1-a zi dă 90 % vindecare;

2-a „ „ 70-80 % „

3-a „ „ 50-60 % „

apoi se diminuează rapid și ajunge la zero.

Indicațiile după care tratamentul abortiv început merge bine și trebuie continuat sunt:

1. Transformarea scurgerii purulente în seroasă și diminuarea ei;

2. Absența micțiunilor și erecțiilor dureroase;

3. și principal este persistența sau dispariția gonococului.

Examenul microscopic la fiecare vizită este indispensabil. După 2-3 spălături de obicei nu se mai găsesc gonococi. Dacă după 4 zile de tratament gonococii persistă, e semn rău și tratamentul abortiv trebuie suspendat și înlocuit cu tratamentul curativ obișnuit.

Diagnosticul vindecării

Diagnosticul vindecării este dat de dispariția gonococului. Acesta câte odată dispăre după 2-3 injecții, dar pentru a ne asigura trebuie să facem totdeauna 12 injecții, în medie 8-10 zile tratament.

După ultima spălătură 5 zile (timpul de incubație medie a gonococului), repaus. Dacă gonococii n'au fost nimicși după acest timp reproduc scurgerea și fenomenele inflamatorii, gonococii aflându-se din nou în număr mare și tratamentul trebuie reînceput imediat.

O blenoragie niciodată nu poate fi declarată vindecată adică definitiv liberă de gonococi, până când mult timp după sistarea tratamentului, după repetate cercetări microscopice și cu aplicarea metode'or de Provocare, gonococii din toate focarele de localizare nu sunt distruși. (Jadassohn)

Metodele pentru constatarea vindecării

Vindicarea blenorogiei se poate constata cu ajutorul metodelor de provocare: mecanice chimice și biologice.

1. Metodele de provocare mecanice.

Pe cale mecanică se poate face provocarea prin introducerea unei sonde olivare No. 24-26 Charriere în uretra și făcând masajul penisului din afară spre a constata îngroșări noduli de infiltrație cari exprimate cu mâna pun în libertate gonococii ascunși aici. Același lucru se poate face și cu o sondă de metal No. 26-30 Charriere asociat de menaj sau se pot face dilatațiuni cu dilatorul lui Kollmann până la mărime No. 35. prin scara Charriere timp de 5-10 minute Masajul prostatei și a veziculelor seminale prin tușeu rectal încă poate arunca la suprafața gonococii ascunși la nivelul lor.

2. Metode Chimice

Provocarea pe cale chimică se face cu injecțiuni intra-uretrale sau spălături cu soluții medicamentoase iritante. Ce mai comun e injectarea de No. 3 Ag 1-2 % 4-5 cm s în uretra, Schäfer întrebuițează Argentamin în soluție 1 % injectat de 3 ori pe zi timp de 2-3 zile, menținând injecțiile 2-3 minute în uretra. Blaschko recomandă soluția Lugol 1:5 în apă destilată, după aceeași metodă.

3. Metode biologice.

Prin metodele de provocare biologice se înțeleg injec-tarea întrevonoasă sau intramusculară de diferite preparate de vaccin antigonococii Ingerare de bere încă poate mobiliza gonococii ascunși.

Aceste diferite metode combinate dau rezultate cele mai sigure iar provocările trebuie repetate și urmate de control bacteriologic timp de 2-3 săptămâni zilnic spre a ne asigura de o vindecarea reală a unei blenorogii.

3. Pansamente intrauretrale

Boureau (Congres internațional din Moscova) a preconizat metodă pansamentelor intrauretrale în tratamentul abortiv al blenorogiei.

Pansamentul intrauretral al lui Boureau numit și uretro-

meșă se face cu bumbac Acesta e suplu și se introduce ușor în canal cu ajutorul unui mandren după ce meșa a fost uns cu o pomadă de sublimat 1 ‰.

După precauțiunile antisepsiei manipularii, Bourean introduce pansamentul prealabil îmbibat cu pomada de sublimat lasă înafară firul pansamentului acoperă meatul cu o bucățică de vată hidrofیلă și readuce peste el prepuțul

Pansamentul se păstrează 3-7 ore. El nu trebuie smuls niciodată, ci eliminat prin urina primei micțiuni.

Insuflațiuni pulverulente

S'a propus de practica pe mucoasa uretrală cu ajutorul diferitelor aparate mai mult sau mai puțin bune, însuflarea pudrelor antiseptice, ca acid boric, calomel, submitrat de Bismut, iodoform etc. însă rezultatele obținute au fost slabe.

Bougiuri cari se topesc făcute din glicerină solidificată sau cu butirum cacao, n'au dat rezultate satisfăcătoare.

4. Periajul canalului

Huguet 1889 a practicat periajul canalului cu un pământ de coamă după cocainizarea peralabilă a uretrei-periajul fiind urmat de o înjecție cu sublimat 1:10.000. Acest periaj produce o hemoragie abondantă. Manopera acesta e destinată de a desquama mucoasa distrugând complet epiteliul și permitând lichidelor antiseptice de a pătrunde în plicele și criptele unde se ascund gonococii Huguet a aplicat aceasta metodă numai în două cazuri și a obținut vindicarea în 7-8 zile însă gonococii n'au fost cautați iar Guiard în alte două cazuri n'a obținut abortarea blenoragiei și din cauza hemoragiilor produse de periaj metoda a fost abandonată.

5. Medicațiunea balsamică

Încercată cu copahu, cubebu, santal și succedaneele lor sunt insuficiente de opri blenoragia și pe lângă aceasta mai prezintă și accidente: copahu cutanate: rozeole copahice cubebe dă dispepsii dacă se întrebuițează în doze mari, care ar putea acționa radical, iar santalul dă fenomene renale congestive, deaceea astăzi nu mai pot fi întrebuițate în tratamentul abortiv al blenorogiei.

Critica procedeelor

Dacă aruncăm acuma o privire asupra metodelor de tratamente abortive enumerate mai sus spre a-ne pronunța în favoarea unuia sau altuia bazați fiind pe statisticele publicate și părerile emise de autorii cei mai de seamă, trebuie să avem în vedere următoarele considerațiuni

Condițiunile unei metode de tratament abortiv ireproșabil ar fi următoarele

1. Respectarea lozincei medicinei *Primum non nocere* deinde salutare“ deci a nu strica uretra

2. A se putea aplica în toate cazurile care întrunesc condițiunile în care se poate aplica tratamentul abortiv al blenoragiei, arătate la începutul acestei lucrări.

3. Să dea maximum de succes în minimum de timp.

4. Să nu dea complicațiuni.

5. În caz de eșec să nu dea întârzierea vindicării prin tratamentul curativ de urmat în aceste cazuri.

Tratamentele de azi nu satisfac toate aceste condițiuni

Medicațiunile basamice sunt insuficiente pentru abortarea blenoragiei și dau complicațiuni cutanale (copahu) (digestive) (cubebae) (și renale) șantal

Periajul canalului este o metodă care produce hemoregii și nu dă rezultate satisfăcătoare.

Pansamentele întrauretrale sunt greu de aplicat și constituind o metodă delicată ce nu poate fi făcut decât de medic și astfel nu poate fi vulgarizat.

Metoda injecțiunilor abortive cu nitrat de argint constituie o metodă relativ mai bună însă este dureroasă și dă naștere la reacțiuni uretrale violente, precum și la complicațiuni ca disurie, retenție, complexă de urină, orchită cistită prostatită etc. Dintre sărurile de argint pare a fi cea mai bună protargolul care dă cel mai mare procent de vindicare și complicațiuni rare.

Dintre toate metodele abortive cele mai favorabile statistice ne dau autorii pariziani ai metodei lui Janet.

Spălăturile cu hipermanganat de potasiu au un efect rapid și fac ca gonococul să dispară în medie în 10 zile

Ianet dă statistica cu 87 % vindicări în medie prin metoda sa.

Guiard spune că tratamentul aplicat din

1-a zi dă 90 % vindecare în

a 2-a zi „ 70-80 % „ în

a 3-a zi „ 50-60 % „ și apoi se diminuează re-
pede ca mai tardiv să eşueze. Complicațiunile cele mai rare
ne dă aceasta metodă.

Rezultate 100 % nu putem obține cu nici o metodă de
tratament abortiv oricât de bine este condus.

Cauzele eşecului tratamentului abortiv.

1. Penetrarea rapidă în suprafața și în profunzime a
gonococului cece e variabilă după caz și noi nu putem ști
absolut exact niciodată.

2. Cripte, diverticule, fistule juxta-uretrale, abcese ale
meatului etc.

3. Malformațiuni congenitale ale meatului și uretrei
(înfundibule, diverticoli congenitali, hipospadias) Dr. Andry:
Les diverticules blenoragiques chez l'homme. Journal de ma-
ladies cutanées et siphilitiques de H. Fournier 1895 p. 449)

4. Vegetațiuni pe gland, prepușul și șanțul balano-
prepușial unde se ascund gonococii.

5. Supurația glandelor prostatice ce trebuiesc exprimate
înainte de spălătură pentru a putea pătrunde lichidul anti-
septic și în aceste glande.

Toate aceste posibilități trebuiesc cautate cu cea mai
mare atențiune în toate cazurile când ne aflăm în fața unei
resistențe neașteptate în cursul tratamentului abortiv al ble-
noragiei.

Concluțiuni:

1. Tra'tamentul abortiv al blenoragiei este o metodă
foarte prețioasă în combaterea acestei plăgi sociale.

2. Acest tratament se poate aplica numai în primele
3 zile, în faza-seromucoasă a blenoragiei.

3. Metodele de tratament sunt variate și multiple.

4. Metoda de preferat este aceea a spălăturilor mari cu hipermanganat de potasiu și injecțiuni cu Protargol.

5. Rezultate 100 % nu putem obține cu nici o metodă din cauza malformațiunilor parauretrale și virulenței exagerate a gonococului.

6. Tratamentul trebuie condus cu prudență pentru a evita complicațiunile posibile (Prostatite, veziculită cistică, pielo-nefrită.

7. Pentru a putea aplica tratamentul abortiv, este necesar să se facă o educație sexuală și propaganda igienică înăretului evidențiând importanța și avantajile tratamentului abortiv îndeunând bolnavii a se arăta medicului la începutul scurgerii.

Văzută și bună de tipărit.

Președinte :

(ss.) Prof. C. Tătaru.

Decan :

(ss.) Prof. I. Drăgoiu.



Bibliografia

1. *Abraham J. Johnston*: Treatment of acute gonorrhoe Internale Lancet. Vol. 206 No. 24 Pag. 1223-1224 Zentralblatt 1924-25.
2. *Augagner*: V. et Charles M. *Precis des maladies vénériennes* 1927.
3. *Balzer Maladies*: venerieunes Paris 1920.
4. *Bum*: Gonococcus Neisser.
5. *Buschke — E. Langer*: Lehrbuch der Gonorrhöe 1926.
6. *Dr. M. Carle*: Profilaxie des maladies vénériennes 1921.
7. *Dr. Valeriu Cimoca*: Noțiuni elementare de Venerologie.
8. *V. Crippa I. F.* Wie rasch kann der gonokokkus Neisser das Epithel der Harnröhre durchdringen? Wien. med. Presse 1893 Pag. 1373-75.
9. *Dr. F. P. Guiard*: Traitement abortif et Profilaxie de la Blennorrhagie chez l'homme 1889.
10. *Ichok G.* Le traitement abortif de la blennorrhagie par les injectioni intrauretrale Pr. med. Anul 45 No. 11 p. 389-392.
11. *Jeanselme et Sezari*: *Precis de Siphilografie et des maladies vénériennes* 1925.
12. *Iesionek A.*: Zur Histopatologie der Gonorrhöe Arch für Dermatol u. Siphilis Vol. 130 P. 372-404-1921
13. *Gy. Kiss*: A gonorrhoea kezelése 1901.
14. *Edmund Lesser* 'S Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten von Jadosshon 1927.
15. *Dr. Georges Luys* *Traité dela Blennorrhagie et de ses complications* 1921.
16. *Mulzer P.* Die abortiv Behandlungen der Geschlechtskrankheiten. Zentralblatt Bd. 206. No. 24. P. 389-392.
17. *Nicolas, Moutot, Durand*; *Therapeutique de la siphilis et des maladies vénériennes* 1929.
18. *Orlowski*: Die Behandlung der Gonorrhöe des Mannes. Leipzig 1927.
19. *Wossidlo*: Die Gonorrhöe des Mannes und ihre Complicationen 1923.



